

35



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL: EL PSICÓLOGO COMO PROMOTOR DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

PEDRO CASTILLO BARRIENTOS

294825

JURADO DICTAMINADOR:

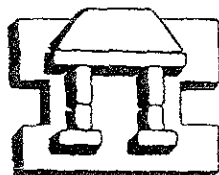
DIRECTORA:

MTRA. E. MA. MARISELA RAMÍREZ GUERRERO

ASESORES:

MTR. ENRIQUE B. CORTÉS VÁZQUEZ

LIC. CESAR ROBERTO AVENDAÑO AMADOR



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, MÉXICO, JUNIO DEL 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## DEDICATORIA

A mis papás, porque gracias a su apoyo y cariño de toda la vida soy un hombre de bien.

A Juan José y Sandra Isabel por existir, por haber llenado los últimos 10 años de mi vida de múltiples emociones, a Jose por tenerlos y acompañarme en su crianza

A mis hermanos.

A mi coordinadora Alma Margarita por ser como es, una gran jefa y amiga.

A mis compañeros promotores, especialmente a ^da y Blanquita.

A Elvira López Pérez supervisora de la zona 14.

A los (as) directores (as) de las escuelas que a aquí se mencionan, a los maestros y alumnos de las mismas.

Y muy especialmente a una maestra que me alentó a superar los obstáculos que acompañaron a este trabajo, por quien he comprendido y valorado la importancia de un maestro de educación primaria, porque sin su apoyo no hubiera sido posible concluir este obra, gracias, E. S. A.

## AGRADECIMIENTOS:

A Marisela por guiar y facilitar el camino para construir este reporte, con sus consejos, aportes, su mucha paciencia y comprensión, quien desde el comienzo de la carrera fue un modelo a seguir.

A Enrique, por ser exigente, firme y al mismo tiempo noble y amistoso. por ti el trabajo se enriqueció notablemente.

A Cesar por facilitar la impresión del trabajo.

A los tres por aceptar ser mis asesores, sin importar los errores que cometí ni el tiempo que me lleve en realizar esta obra.

Gracias.

# INDICE

	Pág.
Resumen.	6
Introducción .	7
<b>CAPITULO 1.</b>	
<b>PSICOLOGÍA DE LA SALUD</b>	9
1. Antecedentes de la Psicología de la Salud.	9
2. Áreas o Subcampos de Trabajo y Disciplinas afines de la Psicología de la Salud.	16
3. Definición de La Psicología de la Salud.	22
<b>CAPÍTULO 2.</b>	
<b>ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.</b>	25
1. Marcos teóricos más comunes.	25
2. Métodos de investigación.	27
3. Estrategias de evaluación en Psicología de la Salud	31
4 Métodos de evaluación.	32
5. Estrategias de intervención en la psicología de la salud.	34
<b>CAPÍTULO 3.</b>	
<b>PROMOCIÓN DE LA SALUD.</b>	41
1 Modelo biopsicosocial.	41
2. Niveles de atención.	42

3. Tendencia actual de la postura biopsicosocial: Atención Primaria a la Salud.	46
4. Antecedentes de la Promoción de la Salud.	48
<b>CAPÍTULO 4.</b>	
<b>EDUCACIÓN PARA LA SALUD.</b>	56
1. La participación del Psicólogo en la Comunidad.	56
2. Educación para la salud.	61
3. Descripción del Programa de Educación para la Salud del Estado de México.	70
4. El Promotor de Educación para la Salud (PES).	75
<b>CAPÍTULO 5.</b>	
<b>REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL: EL PSICÓLOGO COMO PROMOTOR DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.</b>	79
Método	79
Sujetos.	79
Escenario.	79
Materiales.	79
Procedimiento.	80
Resultados y conclusiones.	84
Discusión.	100
Bibliografía.	105
Anexo 1.	113
Anexo 2.	115

## RESUMEN

Bajo las premisas del modelo biopsicosocial, los psicólogos, han podido desenvolverse en diferentes ámbitos, como en los hospitales, la comunidad, centros educativos, de trabajo, etcétera. El incursionar en el área de la salud les ha permitido crear un nuevo campo de estudio conocido como psicología de la salud. Esta se inserta en el primer nivel de prevención y su tendencia actual es la de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La educación para la salud es el elemento más importante de la misma porque permite el desarrollo de pautas de conductas favorables a la salud a través de acciones que van desde la transmisión de información, hasta la reflexión y participación conjunta de educadores y educandos. El lugar más apropiado para llevarla a cabo es en la escuela.

En Estado de México existe la figura de promotor de educación para la salud cuyo objetivo general es la de promover acciones tendientes a conservar la salud física y mental de los educandos, así como apoyar el desarrollo de programas de mejoramiento ambiental y de conservación del equilibrio ecológico. El psicólogo, por su formación, cuenta con las habilidades necesarias para desenvolverse adecuadamente en este puesto de trabajo

En este reporte de trabajo profesional, se realiza la descripción del desempeño del psicólogo, durante un año de trabajo, en el puesto de promotor de educación para la salud en cinco escuelas oficiales de nivel primaria del Estado de México.

## INTRODUCCIÓN

Desde el año de 1977 en el Estado de México se creó el Departamento de Educación para la Salud que se encarga de asesorar, impulsar y promover programas en esta área en instituciones de nivel básico a través del especialista denominado Promotor de Educación para la salud.

Para lograrlo las acciones se organizan en dos vertientes: Apoyo a contenido programáticos y Actividades comunitarias que están agrupadas en 4 áreas. Los objetivos de cada área son:

- **Educación Ambiental y Ecología:** Contribuir al mejoramiento de las condiciones ambientales de la comunidad a través del cuidado y la conservación de los recursos naturales disponibles en el medio.
- **Prevención de Enfermedades:** Incidir favorablemente en la salud de la comunidad escolar a través de la implementación de medidas de carácter práctico para evitar las enfermedades infectocontagiosas, la malnutrición y la prevalencia de la caries dental y parodontopatías.
- **Emergencia y Primeros Auxilios:** Promover la participación activa de la comunidad escolar en el qué hacer en casos de Emergencia y catástrofe, así como disminuir el número de accidentes y la gravedad de sus consecuencias en la escuela, hogar y vía pública.
- **Salud Mental y Educación de la Sexualidad:** Desarrollar actividades tendientes a la conservación de la salud mental y a la educación de la sexualidad que coadyuven en el desarrollo del educando.
- **Contenidos Programáticos:** Asesorar a los docentes de Educación Elemental, para el manejo y desarrollo de contenidos programáticos relacionados con Educación para la



Salud, a través de actividades teórico-prácticas.

Este reporte de trabajo profesional se enmarca desde la postura cognitivo conductual bajo las premisas de la Psicología de la Salud. Se ubica dentro del primer nivel de prevención y resalta la importancia de la inserción del psicólogo en la comunidad enfatizando la promoción de la salud.

El trabajo esta organizado como sigue:

**Capítulo 1.** Nos habla de la Psicología de la salud, su definición, antecedentes, características, áreas de trabajo y disciplinas afines.

**Capítulo 2.** Se abordan los aspectos teóricos y metodológicos de la psicología de la salud, así como de los marcos teóricos que la sustentan, sus métodos de investigación y evaluación, estrategias de evaluación y de intervención.

**Capítulo 3.** Nos habla de la promoción de la salud, del modelo biopsicosocial y de los niveles de atención a la salud de la tendencia actual de la postura biopsicosocial: Atención Primaria a la Salud.

**Capítulo 4.** Muestra cual ha sido la participación del psicólogo en comunidad, da un panorama global de la educación para la salud y hace una descripción del programa de educación para la salud del Estado de México y del promotor de la misma.

**Capítulo 5.** Hace una descripción del trabajo del psicólogo como promotor de educación para la salud, de la forma en cómo se realizó y de los resultados y conclusiones.

Es así, que a partir de lo mencionado, el fin del presente trabajo es reportar las actividades realizadas por el psicólogo en cinco escuelas oficiales del Estado de México durante un año, como Promotor de Educación para la Salud cuyo objetivo general es la de promover acciones tendientes a conservar la salud física y mental de los educandos, así como apoyar el desarrollo de programas de mejoramiento ambiental y de conservación del equilibrio ecológico.



# Capítulo 1

---

## Psicología de la salud

### ***1. Antecedentes de la Psicología de la Salud.***

La Psicología es una ciencia y profesión que nació debido a la investigación filosófica de las ciencias naturales. Sus inicios se ubican en Europa y Norteamérica teniendo como base a la investigación científica de los procesos mentales y del comportamiento. El avance de la Psicología se ha generado, como en las demás ciencias, debido al cambio continuo en la teoría y metodología empleada en su aplicación; esto le ha permitido expandirse hacia una amplia variedad de áreas, como a la clínica, la de la orientación personal, la educativa o la industrial (Holtzman, Evans, Kennedy & Iscoe, 1987).

Las disciplinas científicas que abarcan el área de la salud tradicionalmente han sido: la medicina, la biología, la odontología, la enfermería y recientemente la psicología.

La incursión de los psicólogos al área de la salud ha sido reciente. Esto ocurrió después de haber estado concentrados por muchos años en el área de salud mental, pero el darse cuenta de las posibilidades de servicio que pueden ofrecer al sistema de salud, les ha permitido crear un nuevo campo de estudio y de trabajo conocido como Psicología de la Salud cuyo avance ha sido lento pero constante (Ramírez, 1996).

Esta irrupción tuvo lugar bajo el dominio del modelo méxico, el cual, cabe recordar, se basa en el punto de vista Cartesiano acerca de que la mente y el cuerpo son entidades separadas y por lo tanto deben ser analizadas, apreciadas, diagnosticadas y trata-

das de manera aislada. Los médicos están entrenados para tratar el cuerpo y los psicólogos la mente. Este punto de vista sin duda domina en la sociedad actual, sin embargo, no podemos negar que las experiencias biológicas, sociales y psicológicas interactúan y se influyen una a otra de formas muy complejas (Ramírez 1996).

Haremos una revisión de como se ha dado la incursión del psicólogo en el área de la salud y la evolución del modelo médico con el fin de darnos una idea del recorrido que se ha dado para poder llegar a los modelos actuales de participación, que siempre bajo el modelo médico ha tenido las siguientes características: 1.- Centrado en la enfermedad y no en la salud; 2.- Dirigido hacia una sola actividad (el diagnóstico); 3.- Enfocado hacia el individuo y no al grupo y la comunidad; 4.- Asociado a una especialidad médica; 5.- Enmarcado, como referencia, a la enfermedad "mental" estableciendo un límite que deja fuera los problemas del "soma" con lo que se expresa una dicotomía propia del paralelismo psicofísico; 6.- Vinculado con mayor frecuencia al trabajo hospitalario, y no a la atención primaria en instituciones de la comunidad; 7.- Considerada muchas veces como actividad paraprofesional subordinada; 8.- Vinculado necesariamente a un modelo médico (Morales & Azcaño, 1987).

El modelo médico, ha evolucionado desde la segunda mitad del siglo pasado, inicialmente se basó en una visión de los problemas de salud como fragmentos que deben ser atendidos uno a la vez y los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad son relegados a último término. Esto es, su propuesta es la de un enfoque individualista, curativo, y hospitalario (Soberón, Martuscelli, Alvarez-Manilla, Frenk, & Loria 1988), enfocando las enfermedades físicas o "mentales" a cuestiones totalmente biológicas, aislando al individuo de su contexto social. Explica el surgimiento de la enfermedad de un modo unicausal, ya que el interés radica en eliminar el o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de las funciones normales o

las condiciones anatómicas del organismo, (para este enfoque fueron importantes los hallazgos de microbiología de Koch y Pasteur), sin embargo las ciencias sociales permitieron mostrar que el modelo unicausal es insuficiente para explicar el origen de las enfermedades ya que existen otros elementos del medio ambiente que influyen en el proceso salud-enfermedad, esta incapacidad explicativa del modelo biomédico se hizo más evidente a medida que se incrementaron los problemas socioeconómicos y se aceleró el proceso de producción en la década de los sesenta. En este contexto se vio la necesidad, por parte de los grupos dominantes en el área médica, de plantear un nuevo marco teórico para interpretar el proceso salud-enfermedad acorde con los intereses sociales dominantes (Rojas, 1990).

A partir de ahí , se buscó tomar en cuenta variables del medio físico y social para explorar la presencia de las enfermedades a fin de interrumpir la cadena causal o mediante la modificación o supresión de alguna de las variables que intervienen en el surgimiento de los procesos patológicos; su objetivo, como orientación funcionalista, no se aboca a las condiciones estructurales que determinan el problema, sino a aquellos factores que resultan fáciles de atacar con medidas de salud pública tradicionales o con procedimientos clínicos propios de la medicina curativa. Así, surge el modelo de la historia natural de la enfermedad que desarrollan Leavell y Clark a fin de ofrecer una explicación multicausal de la enfermedad y que domina en la medicina actual (Rojas, 1990).

A partir de este enfoque, las explicaciones de la salud se hacen considerando tres factores que se hallan interrelacionados en un constante equilibrio: el Agente, el Huésped y el Medio Ambiente; cuando el equilibrio se rompe viene la condición patógena. Este esquema ha permitido estructurar un sistema de prevención a diferentes niveles: Prevención primaria (son aquellas medidas preventivas que se llevan a cabo en la etapa prepatogénica e incluye la promoción de la salud, educación sanitaria y

protección específica, por ejemplo). Prevención secundaria (es aquella que se realiza a través de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno: medicina curativa). Prevención terciaria (permite limitar las secuelas y rehabilitar al inválido). Esta visión permitió que se diera un gran avance para comprender el proceso salud-enfermedad, sin embargo, bajo esta conceptualización se deja de lado que el proceso salud enfermedad es el producto de las condiciones materiales de existencia y de trabajo, y que también el acceso a los servicios médicos dependen de dichas condiciones materiales (Salinas, 1995). Tampoco se ha podido dejar de lado el exagerado énfasis en la curación, y su poco interés o desprecio en las actividades preventivas y de promoción de la salud, así, se reconoce que el modelo actual necesita incorporar fórmulas que no posee: la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Salinas, 1995).

Actualmente encontramos una preocupación por involucrar los factores psicológicos y sociales en la salud, la enfermedad y su atención. La incapacidad del modelo biomédico para satisfacer completamente tal objetivo y las necesidades reales de salud de la población han incrementado el interés y entusiasmo por la atención primaria a la salud, prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, lo cual implica anticipar el daño y tomar acción contra los riesgos, que involucre hasta donde sea posible a la población (Soberón, Martuscelli, Alvarez-Manilla, Frenk, & Loria 1988; Duran-González, Becerra-Aponte & Torrejón 1991, Frenk, 1993).

Así, se propone un nuevo modelo llamado biopsicosocial, que toma al individuo como una totalidad, en forma integral, como una unidad biológica y social que esta integrada en una familia y ésta a su vez a la sociedad, teniendo presente las relaciones recíprocas con el medio ambiente: fisicoquímico, biológico, psicológico o social en lugar de enfocarse a los componentes físicos por separado (Schneider, 1978; OPS, 1976; en Duarte, 1986).

El modelo biopsicosocial, cada día más aceptado, considera importante reconocer que los factores psicosociales son determinantes para el éxito en la atención de la salud, las acciones sociales y todos los programas tendientes a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y el bienestar se deben basar en un entendimiento de la cultura, las tradiciones, las creencias y los patrones de la interacción familiar y de grupos (OMS, 1981; citado en Frenk, 1993).

Los orígenes de la participación del psicólogo en el campo de la salud se encuentran en la educación de profesionales de la medicina (Gentry y Matarazzo, 1981). En la evolución de la inscripción de la psicología en el ámbito del cuidado de la salud biológica se pueden identificar tres etapas: inicialmente el psicólogo se inscribe en la educación y orientación de personal profesional de la salud en escuelas de medicina, enseñando tópicos de psicología, vinculados seguramente con la enseñanza de la psiquiatría, pero también a médicos generales, extendiendo su labor pedagógica a hospitales de salud mental y posteriormente, aplicando habilidades como evaluación, el tratamiento clínico y la investigación en instituciones del cuidado de la salud mental y médica (Stone, 1979). La psicología se inscribe en el campo de la salud a través de la práctica de especialidades de la psicología como son la clínica, la orientación de personal que nació en ambientes académicos y la psicología educativa y del desarrollo; todas las cuales comparten características en cuanto a la forma de ofrecer el servicio (salud mental) donde predominan formas de prácticas similares al modelo de atención de la medicina (relación uno a uno), con énfasis en el diagnóstico y tratamiento o atención (Holtzman, Evans, Kennedy & Iscoe, 1988). El psicólogo fue ganando espacios participativos en ambientes del cuidado de la salud física como producto de su inscripción profesional, como profesores e investigadores de escuelas de medicina a lado de médicos y psiquiatras, sus aportaciones en el entendimiento y tratamiento de factores psicológicos relacio-

nados con la enfermedad física y la asesoría en la aplicación de los conocimientos de la psicología para resolver problemas del sistema de salud (Gentry y Matarazzo, 1981). Esta inscripción obedece, sin embargo, a la demanda social en la solución de problemas y es posterior al desarrollo de otros campos de aplicación de la psicología. Después de la Segunda Guerra Mundial se crearon y consolidaron áreas profesionales como la psicología clínica y anormal, la consultoría, la industrial y empresarial, el servicio público y militar, entre otras, los desarrollos conceptuales y metodológicos de otros campos son posteriormente aplicados con éxito en el área de salud en general (Stone, 1979; Soberrón, Martuscelli, Alvarez-Manilla, Frenk & Loria 1988).

En este contexto surge la psicología de la salud como un área derivada del crecimiento de la psicología dentro del sistema de salud, ya que esta disciplina se ha relacionado con dicho sistema más que cualquier otra ciencia social. Stone (1979) argumentó sobre la necesidad que emerge del campo de la salud para incorporar el análisis de los procesos mentales en algunos problemas médicos y reconoce que el trabajo del psicólogo no había sido hasta ese momento, suficientemente apreciado en sus aportaciones. Franz y Watson (citados en Stone, 1979) intentan integrar ambos campos de estudio en 1911 y 1915, este es el primer antecedente importante, sin embargo, es hasta la década de los 50 cuando se encontró una marcada relación entre la psicología y el sistema de salud, a partir de este momento y ya en la década de los 70 nos encontramos con una línea más adecuada del nuevo campo de estudio. De estos estudios surge el término general de psicología de la salud (Ramírez, 1996).

### **1.1. Características Generales de la Psicología de la Salud.**

El desarrollo de este nuevo campo de estudio ocurrió de los 70 a mediados de los 80 y se debió a factores tales como: las fallas del modelo médico para explicar el fenómeno salud-enfermedad, la necesidad de incrementar y mejorar el estilo de vida y la preven-

ción de la enfermedad, reconociendo la influencia de los estilos de vida para la salud y la madurez de la psicología entre otros (Belar, Derdoff & Kelly, 1978). Se llegó a comprender que los efectos de las variables psicosociales y conductuales sobre los fenómenos biológicos eran importantes y que la ciencia conductual y social daban contribuciones relevantes para la comprensión de los problemas de la salud física. Así, surge un interés sobre procesos psicológicos y las dimensiones ecológicas y sociales, igual que en el desarrollo de intervenciones psicológicas para prevenir la enfermedad en el ámbito de la salud, aquí es donde la psicología como disciplina hizo aportaciones importantes para esta empresa. Desde la psicológica básica, se tuvo una mejor comprensión de los procesos corporales y acerca del aprendizaje, se tuvieron éxitos en la autorregulación fisiológica a través de la retroalimentación. En los estudios de los procesos cognitivos se encontró la importancia del significado, los sistemas de creencia y el procesamiento de la información. Por otro lado, la investigación sobre la psicoendocrinología ayudó a comprender las relaciones entre los procesos fisiológicos y las emociones (Ramírez 1996). Los psicólogos están descubriendo tipos muy variados de psicopatologías relacionadas a enfermedades orgánicas, así como la utilidad de las intervenciones conductuales para algunos desórdenes médicos, se responde, así, a la noción de paciente total en lugar de enfocarse a los componentes físicos por separado (Schneider, 1978).

La relación entre psicología y salud es más fuerte que con otras especialidades dentro del sistema de salud dado que en este servicio se incluyen especialidades psicológicas, sociales y educativas sumadas a la especialidad médica usual, es por esto que se habla de un análisis molar acerca del problema a tratar, además de que para propósitos de investigación, la psicología de la salud toma la posición de que factores biológicos, psicológicos y sociales están implicados en todas las bases de la salud y la



enfermedad, variando desde conductas que ayudan a la salud hasta aquellas que producen un daño severo (Taylor, 1990).

Esta posición ha sido llamada el modelo biopsicosocial y es el esquema de trabajo que guía a la investigación y a la práctica de la psicología de la salud (Schwartz, 1982). Este término surge a partir de la publicación de George Engel en la revista Science en 1977, para designar e integrar una aproximación a los problemas médicos con la capacidad de moverse desde lo molecular a un nivel de análisis social y de intervención, dependiendo de la naturaleza del problema.

## ***2. Áreas o Subcampos de Trabajo y Disciplinas afines de la Psicología de la Salud.***

Se hará una revisión de las áreas que dieron la pauta para que surgiera la psicología de la salud, y que ahora se consideran como Subcampos de trabajo de la psicología de la salud, estos son: la modificación de la conducta, medicina psicosomática, psicología médica, medicina conductual y la psicología clínica de la salud, así como de las disciplinas científicas de que se apoya, y que son: la epidemiología, la salud pública, la sociología y la antropología.

### ***2.1. Modificación de la conducta.***

Con sus fundamentos teóricos y metodológicos puso un orden en el caos imperante dentro del ámbito de la salud mental y da una alternativa al modelo médico que imperaba, este movimiento se compone de una variedad de teorías y técnicas basadas en el aprendizaje y condicionamiento mismos que vienen a dar estabilidad a la aproximación. Estas superaron cuestiones propuestas por el modelo médico, y también aspectos que se manifestaron en corrientes teóricas anteriores: existe el comportamiento desadaptado, pero no existe el comportamiento normal ni anormal (salud-enferme-

dad), sus estrategias de tratamiento van dirigidas hacia la conducta y no hacia procesos intrapsíquicos (el modelo médico refiere la causalidad de la enfermedad a factores endógenos); enfatiza la evaluación, diagnóstico y tratamiento sistemático, es su interés la conducta presente del individuo y no su historia. Se tuvo un avance considerable en el momento en que los psicólogos salieron del laboratorio a estudiar el aprendizaje de las conductas desadaptadas, esto les permitió desarrollar nuevos paradigmas, el papel que jugó la construcción teórica fue vital para la creación e intervención de nuevas áreas, propiciando avances dentro del campo aplicado (Bazam, 1997).

La modificación de la conducta lleva inherente el aspecto educacional, sugiere la identificación del proceso de psicoterapia como un proceso de enseñanza-aprendizaje conformado por la interacción de dos partes: un sujeto que reeduca y un sujeto que aprende activamente (aquellas habilidades o repertorios que no maneja y le generan problemas de adaptación), de esta manera la psicoterapia se convierte en la alternativa para la adquisición de nuevos repertorios que pueden generar una mayor adaptación y funcionamiento óptimo en todos los campos de desarrollo humano (Bazam, 1997).

El ver, de este modo, a la psicoterapia como un proceso de enseñanza-aprendizaje ha permitido ganar espacios para el psicólogo fungiendo como educador, esto es porque tiene la formación suficiente para proporcionar al usuario las habilidades necesarias para modificar sus estilos de vida y aumentar su calidad de vida.

Por haber dado el primer intento de desarrollar técnicas dirigidas al cambio individual, el análisis conductual aplicado es considerado como la raíz de la psicología de la salud, tiene como base al análisis experimental de la conducta. Esta se contraponen al modelo médico y a la psiquiatría por:

- superar la causalidad interna por entidades biológicas o mentales, residuos del dualismo occidental formalizado por Descartes, y,

-la definición de la conducta presente del individuo como el objetivo fundamental de cualquier estrategia de cambio: la conducta no es sólo síntoma, sino el problema esencial a modificar (Ribes, 1982).

## **2.2. La Medicina Psicosomática y Psicología Médica.**

Otra vertiente que intento abordar los diferentes fenómenos psicológicos que ocurren en el proceso salud-enfermedad, ha sido la medicina psicosomática. Fue la primera que se interesó en la relación que hay entre emoción y desórdenes de salud dentro de un modelo psicosocial. Su enfoque se basa en la etiología y patogénesis de la enfermedad (Weiner; citado por Seligson, 1989).

Después surgió el término psicología médica que constituye básicamente un sinónimo de psiquiatría, a grosso modo abarca los problemas psicológicos que intervienen en la salud física, enfermedad y tratamiento, sin llegar a presentar una orientación teórica particular y solo contempla entre sus áreas las referentes a educación: intervención clínica, aplicación y enseñanza (Bazam, 1997). Gentry y Matarazzo (1978, citados en Prokop & Bradley, 1981), sostienen que la psicología médica es la práctica de la psicología dentro de una escuela de la medicina que incluye no solamente los servicios clínicos sino un importante papel en la medicina a nivel educativo. Prokop & Bradley (1981) manifiestan que la psicología médica es una parte de la medicina conductual (de la cual se hablará más adelante) diferenciándose únicamente por las orientaciones teóricas que las rigen y el alcance que tienen. Así, tenemos, que la medicina también dirige esfuerzos al desarrollo de esta disciplina que tiene la intención de comprender en el sentido más amplio los fenómenos de salud-enfermedad. Trata de aglutinar la información de la psicología, la medicina y la educación para la salud, en temas como: hábitos y estilos de vida, influencias recíprocas de la enfermedad con el comportamiento y los estilos de vida, el paciente como generador de información, el profesional como

comunicador (procedimientos y técnicas que permitan transmitir información eficaz), como educador o modificador de hábitos de comportamientos, la meta es proporcionar una visión que le permita al médico comprender al enfermo, facilitando su recuperación tanto social como médica (Penzo, 1990). En este sentido, es un gran avance, por parte de la medicina, el proponerse atender los factores psicológicos, pero lamentablemente, no se ha aplicado de manera sistemática y no cuenta con un respaldo empírico .

### **2.3. Psicología Encargada de la Salud y Medicina Conductual.**

Al superar las limitaciones expuestas anteriormente surgió la psicología encargada de la salud, que provee un servicio más amplio, a gran escala y centrándose en el mantenimiento de la salud, prevención, epidemiología y programas de intervención. En contraste surge el término de la medicina conductual que se enfoca al individuo y se denominó como un campo interdisciplinario, dedicado a la prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación (Bazam, 1997). Es una amalgama de ciencias comportamentales y medicina e incorpora métodos y conceptos de varias disciplinas: fisiología, epidemiología, endocrinología e ingeniería biomédica (Salinas, 1995).

Fue Birk el primero en utilizar el término, afirmando que la retroalimentación o condicionamiento operante de los sistemas de respuesta fisiológica podían considerarse como una forma de terapia conductual para el control de síntomas de trastornos físicos. La medicina que debería de tomar el paciente debía involucrar un cambio en los hábitos y pautas de comportamiento y no drogas ni cirugía. Junto con otros conceptos y métodos del aprendizaje, del análisis experimental de la conducta, la modificación de la conducta, la psicología cognitiva, de la psicofisiología y la retroalimentación biológica se ampliaron las perspectivas que anteriormente sólo había esbozado la medicina psicósomática para varios trastornos de la salud (Birk, 1974 citado en Salinas, 1995 pag. 57).

Para la medicina conductual, el énfasis debe darse en el estilo de vida y del compor-

tamiento porque se relaciona con la etiología y la patogénesis de la enfermedad y también porque el estilo de vida pudiera prevenir la enfermedad, mantener y promover la buena salud, también su intervención en el campo de la rehabilitación ha tenido grandes alcances. Como tecnología, se apoya en la epidemiología y en el análisis experimental de la conducta y de la modificación de la conducta.

En la definición de Swartz & Weiss (1980, citados en Shapiro, 1988, pag. 27) se enlaza la medicina conductual con una orientación biológica "...medicina conductual es el campo interdisciplinario que trata con el desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias comportamentales y biomédicas que son relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de estos conocimientos y estas técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación". Al enfatizar la prevención de la enfermedad a través de cambios conductuales y del ambiente, ha demostrado efectividad en enfermedades crónicas: se ha investigado a los estados elevados de estrés que propician problemas cardiovasculares, de cáncer, úlceras pépticas; etcétera, (Salinas, 1995).

Las estrategias de intervención son: técnicas de bioretroalimentación, métodos de autocontrol con entrenamiento para cambiar aspectos del ambiente para modificar conductas problemáticas y estrategias de afrontamiento. En las intervenciones se enfatiza la responsabilidad del individuo para asumir su enfermedad, su recuperación, adaptación a ello o en el mantenimiento de la salud (Salinas, 1995).

Otro campo en el que se ha trabajado es el que se refiere a la organización de los servicios de salud, se han logrado contribuciones en base a los niveles de prevención en que se organizan las acciones del sistema de salud (se hablará de ellos más adelante).

En general, la medicina conductual ha desarrollado diversos procedimientos para intervenir en problemas de enfermedad ya sea eliminando la fuente conductual de la

patología, aminorando los efectos de ésta, coadyuvando al tratamiento médico o rehabilitando.

#### **2.4. Psicología Clínica de la Salud.**

Millon (1982, pag 9) la definió como "la aplicación del conocimiento y métodos de todos los campos sustantivos de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud física y mental del individuo, así como para la prevención, evaluación y tratamiento de toda forma de desorden físico y mental en los cuales las influencias psicológicas contribuyen o pueden ser usadas para aliviar el estrés o la disfunción". Las actividades en que ha participado son: terapia, diagnóstico, enseñanza, investigación, administración, consulta de enlace, asesoría y aplicación de programas para reducción de riesgos en la industria, en todas ellas el énfasis se pone en la disminución del estrés. Las técnicas terapéuticas y de diagnóstico que se han empleado son todas aquellas que están disponibles a los psicólogos: diagnóstico, entrevista, evaluación conductual, pruebas psicométricas, psicoterapias del insight, terapias conductuales, autorregulación y retroalimentación biológica, terapia familiar, marital y de grupo, etcétera. Tiene las siguientes orientaciones teóricas: psicodinámicas, conductual, de sistemas, existencial y aproximaciones del aprendizaje social. Los problemas que ha manejado son: afrontamiento con la enfermedad, adherencia, desórdenes psicofisiológicos, relaciones médico-paciente, diseños prostéticos de sistemas de atención, diagnóstico diferencial y prevención de desórdenes (Salinas, 1995).

Al igual que la psicología médica y la medicina conductual, la psicología clínica de la salud es considerada, hoy en día, como un subcampo de la psicología de la salud.

#### **2.5. Disciplinas afines.**

La psicología de la salud requiere apoyarse en disciplinas como:

-De la misma psicología se apoya del área clínica y social

- Medicina con sus áreas pediatría y psiquiatría y sus campos aliados: enfermería, nutrición, farmacología, biología y trabajo social (Ramírez 1996).
- La salud pública que estudia la salud y la enfermedad en el contexto social imperante.
- Especialmente de la epidemiología porque estudia la distribución y frecuencia de la enfermedad: cuál daño ocurrió, en dónde, cuando, a quién y a qué edad, cómo, etcétera.
- De la sociología y su rama la sociología médica, ya que estudia a los grupos y comunidades, evalúa el impacto de los factores sociales, crecimiento de la población, epidemias e instituciones, relaciones sociales, culturales y el impacto de la enfermedad, factores socioeconómicos, del uso de sistemas de salud, etcétera (Ramírez 1996).
- La antropología con su subcampo la antropología médica, estudia a las culturas humanas y las diferencias en la salud y la enfermedad a través de los diferentes grupos culturales (Adler & Stone 1979).

Estos campos nos proporciona una información combinada y nos describen el sistema social en el cual la salud, la enfermedad y las personas existen y se desarrollan (Ramírez, 1996).

### ***3. Definición de La Psicología de la Salud.***

Intentando unificar y organizar los diversos temas, aplicaciones de la psicología y las contribuciones que ha hecho, surge el término de psicología de la salud, considerando este rubro el más apropiado (Stone, Cohen y Adler, 1979). Como todos los campos nuevos, la psicología de la salud tiene problemas conceptuales tanto de definición como de ubicación.

Stone (1979) la definió en términos demasiados amplios, considerando que es una aplicación de toda la psicología a la consecución de los objetivos del sistema de salud, debido a las múltiples aportaciones de teorías y aproximaciones, no se tiene una teoría

o modelo que articule todas las contribuciones ya que éstas se pueden utilizar según la naturaleza y problemas del ámbito específico y las características de los objetivos a lograr, "...la intersección del sistema total de salud con toda la psicología. Consiste en la aplicación de cualquier aspecto del conocimiento o técnicas psicológicas, a cualquier problema del sistema de salud" (pag. 16). El énfasis se pone en los sistemas de salud, en sus acciones, no sólo se enfatiza los aspectos de los síntomas físicos, sino también estados subjetivos de bienestar, lo cual es una crítica al modelo biomédico. Así se aplica la psicología al campo de la salud, con un modelo orientado a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud considerando integralmente al individuo.

El sistema de salud se convierte en todos los elementos del ambiente y del sistema social que afectan la capacidad del individuo para vivir productiva y creativamente.

Stone (1988) propuso estos puntos de participación para el psicólogo:

- El nivel de actividad, que va desde la investigación básica hasta la evaluación de las aplicaciones.
- El objetivo de la intervención, incluyendo al individuo cuya salud está en juego. otras personas relacionadas en alguna forma con este individuo, personas que trabajan profesionalmente en el sistema de cuidados de la salud y personas, organizaciones e instituciones del sistema mayor de salud.
- El tipo de intervenciones a los cuales se dirige la actividad psicológica incluyendo aquellas encaminadas al cambio de la modificación del comportamiento o de cogniciones por medio de factores educacionales.

Esta propuesta hecha por Stone fue un gran avance, sin embargo, el no tener claramente definida la naturaleza de lo psicológico en la salud, conlleva el riesgo de una mayor ruptura entre disciplina y profesión y la dificultad de identificar los eventos propios de su campo y su quehacer social sin invadir otros (Piña, 1991). Millon (1982) argumenta



que sus límites están marcados por disciplinas como la biología y la sociología, y aunque puede encontrarse dentro de la medicina debe considerarse independiente, se mantiene dentro de los dominios de la psicología, incluye el término salud y no enfermedad o medicina, no enfatiza el carácter interdisciplinarios de otros términos.

Para Matarazzo (citado en Millon, 1982), tiene un sentido especificado en cuanto a los objetivos profesionales y científicos en relación a la salud, sin identificarse con alguna ciencia en particular. La definió como: "Las contribuciones educativas científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, la identificación de etiologías y diagnósticos relacionados con la salud, enfermedades y disfunciones, así como el mejoramiento del sistema al cuidado de la salud y la formación de políticas de salud" (pag. 8).

La tendencia de la aplicación de la psicología en el campo de la salud es la de la prevención de la enfermedad, por eso se enfatiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Matarazzo, 1982). Se tiende a ver a la salud y a la enfermedad dentro de la teoría de sistemas, considerando a ambos estados como extremos de un fenómeno continuo (Holtzman, Evans, Kennedy & Iscoe 1988). La atención de la salud se percibe como un suceso interpersonal y como tal es un hecho, un comportamiento y un fenómeno biomédico, por lo tanto, debe ser visto desde la óptica del modelo biopsicosocial.

Así, este reporte de trabajo profesional, toma como marco teórico la definición de la psicología de la salud hecha por Matarazzo y los planteamientos del modelo biopsicosocial.



## Capítulo 2

---

### Aspectos teóricos y metodológicos de la psicología de la salud.

#### **1. Marcos teóricos más comunes.**

Stone, (1979) y Takanishi, DeLeon & Pallak, (1984) consideran que no existen teorías psicológicas específicas para la psicología de la salud e incluso, dicen, que esto no es posible ni deseable, sin embargo podemos considerar a cinco esquemas conceptuales y teóricos como útiles, dentro de cada uno de ellos hay teorías específicas que pueden diferir en sus aproximaciones y afirmaciones básicas, a continuación los mencionaremos brevemente.

##### **1.1. Teoría de la adaptación.**

Su base es la teoría de sistemas de Von Bertalanffy (Von bertalanffy, 1968, citado en Schwartz, 1982). Se inicia del estudio de los mecanismos adaptativos fisiológicos del cuerpo y cómo estos responden a los daños físicos o químicos, se apoya en el equilibrio fisiológico u homeostasis.

##### **1.2. Teoría del afrontamiento.**

Basada en las teorías cognitivas y cognitiva-conductual (Peterson, 1989), estudia la forma en que el individuo responde al daño a través de patrones de conducta complejos, aprendidos y modulados socialmente y analiza la forma en que se da el proceso cognitivo al responder a ciertos eventos durante el desarrollo, lo cual determinará las habilidades para responder al daño y conformará imágenes mentales permitiendo la

reestructuración y recuperación emocional y fisiológica (Peterson, Harbeck, Chaney, Farmer & Thomas, 1990).

### **1.3. Teoría psicósomática.**

Sus bases están en la medicina psicósomática y fue un campo dominado por los psicoanalistas que intentaban comprender los síntomas corporales en términos de los conflictos psíquicos (Ramírez, 1996). Según Lipowski (Lipowski 1976, en Stone, 1979), se sostiene que los estresores ambientales llevan a un estado emocional a través de la mediación cognitiva, la cual es individual y particular a la cultura, familia y al aprendizaje idiosincrático de la persona. Hoy estudia la interacción entre los estresores biológicos, procesos simbólicos y las reacciones del cuerpo. Una de sus premisas para explicar el fenómeno salud-enfermedad es que: los estados emocionales determinan los patrones de ayuda fisiológica que sirven como fuentes de información y que tienen un impacto etiológico en la patogénesis. La enfermedad y su tratamiento son los estresores mismos, de tal manera que ambos mantienen la salud y el curso de la enfermedad en un interjuego dinámico entre los sistemas ambientales, sociales, cognitivos y fisiológicos.

### **1.4. Teoría Humanística.**

Estudia la forma en cómo los individuos forman personalidades sanas y los medios que emplean, también en cómo el sujeto puede comunicar sus emociones y cómo se hace consciente de ellas (Ramírez, 1996) Se emplea como una especie de psicoterapia en donde las personas son una parte consciente y activa con el terapeuta al determinar el curso del tratamiento. Su bases teóricas son las propuestas por Maslow (citado en Crain & Crain, 1987).

### **1.5. Teoría de la salud conductual.**

Sus bases teóricas son el condicionamiento clásico, la teoría del aprendizaje y el análisis de la conducta. La conducta molar es guiada para propósitos de salud o reforza-

da por hallazgos de salud. La conducta resulta de dos tipos de aprendizaje: el condicionamiento clásico en donde un estímulo condicionado evoca una respuesta a través de la asociación con otro estímulo llamado incondicionado que ya evocaba la respuesta y el condicionamiento operante en donde la conducta es modificada por sus consecuencias a través de una recompensa o un castigo. Esta postura dio la pauta para que surgiera la medicina conductual (Stone, 1979).

La siguiente teoría se debe de tomar en cuenta porque es indispensable para comprender el trabajo de la psicología de la salud (Ramírez, 1996).

### **1.6. Teoría del desarrollo.**

Hay factores del desarrollo que tienen relación con la salud. Maddux, Roberts, Sled-den & Wright (1986) proponen que la aproximación del desarrollo (independientemente del nivel teórico) debe comprender dos elementos importantes: a) una orientación hacia el futuro en la que la intervención temprana es importante para la mejora del estado de la salud; y, b) el análisis de cada fase del desarrollo para dar atención a los problemas evidentes y particulares de cada periodo.

## **2. Métodos de investigación.**

El análisis de las variables que son importantes para el estudio de la psicología de la salud involucra el uso de métodos de investigación tanto experimental como no experimental. A continuación se presentan los métodos que son comúnmente más utilizados en esta área de trabajo.

### **2.1. Estudios Experimentales.**

Son estudios controlados en donde se manipula una variable (independiente *VI*) para ver sus efectos sobre otra variable (dependiente, *VD*). Se hace una hipótesis en base a una teoría, se seleccionan muestras de sujetos y se designan al azar en grupos que

serán llamados grupos experimental (donde se manipula la VI) y grupo control (no hay manipulación de variables), también se puede implementar otro grupo al que se le proporcionan solo placebos, si los sujetos y los administradores de la variable que esta siendo manipulada no saben en donde están administrando la VI, se dice que es un procedimiento de control de doble-ciego (Ramírez, 1996).

### **2.2. Estudios no experimentales.**

En ocasiones es necesario realizar trabajos que empleen los métodos no-experimentales, los cuales no manipulan una variable independiente y no permiten la medición y el control preciso de la misma, tampoco es posible asignar sujetos a grupos determinados. Así, en muchos casos el proyecto de investigación requiere tan solo de una asociación entre variables (Ramírez, 1996).

### **2.3. Estudios no correlacionales.**

Correlación se refiere a la relación que existe entre variables, que se expresan estadísticamente como un coeficiente de correlación, cuyo rango puede ir de + 1.00 a través de .00 a - 1.00. El signo + significa que la asociación es positiva, altos porcentajes en una variable indican que puede estar asociada a altos porcentajes de otra.

El signo - indica que la asociación es negativa: porcentajes altos en una variable pueden estar asociados con porcentajes bajos de otra. Considerando el signo del coeficiente de correlación, el valor absoluto del coeficiente indica la fuerza de la asociación entre variables. Siendo el valor más alto (el más cercano a +1 o -1), entonces la correlación es más fuerte. Conforme decrece el valor absoluto, la fuerza de la relación declina. Así, un valor aproximado a .00 quiere decir que las variables no están relacionadas (Guyton, 1985).

Estos estudios son útiles para examinar las relaciones existentes y las variables que no pueden ser examinadas experimentalmente y generar información que sea predictiva.

#### **2.4. Estudios cuasi experimentales.**

Se selecciona una variable existente, usándola para categorizar a los sujetos dentro de uno, dos, o más grupos. Las variables que define a los grupos no es manipulada y los sujetos no pueden ser designados al azar a estos grupos. En general, las conclusiones que dan son correlacionales, pero, la relación que dan no se convierten en causal. Este tipo de estudio tiene variantes como: las aproximaciones retrospectiva y aproximaciones prospectiva (Sarafino, 1994).

#### **2.5. Aproximaciones retrospectivas.**

Se revisan la historia de los sujetos, el propósito es encontrar lo que es común en la historia de las personas que pueda sugerir el por qué del desarrollo de algún desorden. Su inconveniente es que cuando se apoya en la memoria de los sujetos, sobre todo en los hechos de mucho tiempo atrás, se incrementa la posibilidad de error (Sarafino, 1994).

#### **2.6. Aproximación prospectiva.**

Observa hacia el futuro en las vidas de las personas, estudiando a los sujetos repetidamente sobre un período especificado, se usa esta aproximación para ver si algunas características o eventos en la vida cotidiana pueden ser asociados con el desarrollo de uno o más desórdenes o enfermedades. Han sido utilizados muy frecuentemente por los epidemiólogos (Sarafino, 1994)

#### **2.7. Estudios del desarrollo.**

Se examinan y comparan a los sujetos en diferentes edades. Pueden ser cross seccional (en donde sujetos de diferentes edades son observados a través del tiempo) o longitudinales (la observación se hace de forma repetida en los mismos sujetos durante un tiempo prolongado). Este último es un método prospectivo pero se enfoca específicamente en la edad como variable (Ramírez, 1996).

Efecto cohorte, es otra modalidad de este método y se refiere a un grupo de indivi-

duos que tiene en común factores demográficos tales como la edad o la clase social. En este caso, se pueden combinar las aproximaciones del desarrollo ya mencionadas (longitudinal y cross seccional). Realizar estos estudios de manera sistemática puede dar información importante y son considerados como básicos en el trabajo de la psicología de la salud (Buss, 1973).

### **2.8. Métodos cualitativos.**

Tienen las características de interesarse en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quién actúa. La observación es naturalista, sin control, subjetiva. Se orienta al proceso, no al resultado, son estudios aislados no generalizables, holistas con perspectiva desde dentro. Un ejemplo, es que se basan en la observación de campo para recoger datos, después se puede aplicar cuestionarios, entrevistas, realización de cartas, descripciones etnográficas de entornos naturales de lo que la gente dice o hace. Por la investigación etnográfica se entiende la actividad descriptiva de trabajo de campo que implica: un acceso inicialmente exploratorio y abierto a todas las contingencias al problema de la investigación; una intensa implicación del investigador en el entorno social que está siendo estudiado, como observador y en diferentes grados como participante; el empleo de múltiples técnicas de investigación intensiva, insistiendo en la observación participante y en las entrevistas con informantes clave; una tentativa implícita de comprender los acontecimientos en términos del significado que les prestan quienes habitan en ese entorno social; un marco interpretativo que subraye el importante papel del contexto y de las interrelaciones estructurales o ecológicas entre la conducta y el acontecimiento dentro de un sistema funcional; un producto de investigación en forma escrita (una etnografía) que interprete los acontecimientos conforme a las líneas anteriores y describa el entorno con detalles suficientemente vivos como para que el lector sepa lo que es estar allí (Cook,, 1986).

Como se puede observar, se encuentran varias posibilidades en cuanto al esquema teórico y de investigación para escoger. Belar, Deardoff & Kelly (1978) sugieren que para seleccionar lo más adecuado se debe de considerar los recursos disponibles y elaborar un plan que puede partir de uno o varios niveles teóricos, el biológico, que se dirige a obtener cambios en las respuestas fisiológicas, el afectivo que involucra a los estados emocionales, el cognitivo que se enfoca a cambios en la manera en que un sujeto conceptualiza un problema y el conductual, que incluye cambios en la conducta manifiesta y que involucra el uso de principios de la teoría del aprendizaje.

### **3. Estrategias de evaluación en Psicología de la Salud.**

La evaluación en psicología ha tenido tradicionalmente dos propósitos principales: la identificación y el tratamiento de los desórdenes psicológicos. Para el caso de la psicología de la salud debe integrar dos aspectos: la mente y el cuerpo, lo biológico y lo psicológico. La tarea se convierte en evaluar las interacciones entre la persona, la enfermedad y el ambiente del sujeto para poder formular un diagnóstico o estrategia de tratamiento, tomándola desde una perspectiva biopsicosocial, conjugando información fisiológica, psicológica y social (Kaplan, 1990).

Para lograr esto se sugieren dos objetivos a evaluar, estos son: objetivos hacia el paciente y objetivos hacia el ambiente.

*Objetivos hacia el paciente.*- que considera aspectos biológicos (como la edad, sexo, antecedentes de enfermedades, etc.), afectivos (es la comprensión del ánimo y afecto actuales), cognitivos (información acerca de sus percepciones, sensaciones, actitudes, y el contenido y patrón de pensamientos para conocer la inteligencia general, nivel de educación, expectativas, etc.), conductuales (lo que hace la persona y la forma en que lo hace, con el fin de obtener una comprensión general de los patrones y estilos de



actividad en áreas de autocuidado, relaciones interpersonales y funcionamiento en relación a la salud-enfermedad).

*Los objetivos ambientales.*- se dividen en: familiar (todo lo relacionado a la familia: economía, características del hogar, etcétera), ambiente sociocultural (ocupación predominantes de las personas, características generales del ambiente social) y sistemas para el cuidado de la salud. También se deben considerar los aspectos afectivos, cognitivos y conductuales de ese medio que pueden afectar al individuo (Ramírez, 1996).

#### **4. Métodos de evaluación.**

Existen muchos métodos que pueden ser utilizados. la elección depende del objetivo a evaluar, el propósito y la habilidad del psicólogo (Ramírez, 1996). Dado que es difícil presentar una descripción detallada del uso de un método específico, se dará un listado de las técnicas más utilizadas en la psicología de acuerdo a Karoly (1985).

##### **4.1. Entrevista.**

Es el más usado y tiene la capacidad de mostrar datos históricos a través de todas las áreas de los objetivos: física, cognitiva y conductual, tanto en individuos, su familia, el escenario y del medio sociocultural. El contenido y el estilo de la entrevista puede variar, dependiendo de los objetivos a evaluar. este proceso depende a menudo de las preferencias del aplicador.

##### **4.2. Cuestionario.**

Se considera aplicarlo cuando el tiempo es importante, tiene la ventaja que se puede revisar enfocándose a las áreas que necesiten más claridad. También se puede utilizar como un registro sistemático de datos que puedan facilitar, en el futuro, programas de evaluación. La forma y el contenido también dependen de las preferencias teóricas y de

las habilidades del aplicador, pero, eso sí, debe ser claro y de fácil respuestas.

#### **4.3. Observación.**

Proporciona bastante información que puede aplicarse a los objetivos del presente modelo, puede ser estructurada, específica y determinada como cuando se incluyen tareas como juego de roles con la familia, etcétera; y cuando se tienen experiencias en "vivo"; o no estructurada que implica el registro de eventos en el momento mismo en que ocurren, sin una programación previa.

#### **4.4. Psicometría.**

Pueden ser pruebas de personalidad, inventarios familiares, técnicas proyectivas, inventarios sobre la salud, escalas, etcétera, cualquiera que sea elegida tiene que ser compatible con el problema específico.

#### **4.5. Datos de archivo.**

Que incluyen, causas, síntomas, curso, prevención, tratamiento y componentes psicológicos, datos que son útiles en el proceso de evaluación (Ramírez, 1996).

#### **4.6. Registros médicos.**

Aportan información que puede integrarse al perfil psicológico obtenido y es un requisito indispensable de conocimiento para la integración de la futura intervención. En este aspecto pueden contemplarse todos los datos de exámenes de laboratorio y gabinete como son: exámenes de sangre, de orina, estudios radiológicos, electroencefalograma, electrocardiograma, endoscopias, ultrasonido, etcétera (Higashida, 1995).

#### **4.7. Medidas psicofisiológicas.**

Se emplean para tener información acerca de eventos biológicos o consecuencias de los eventos biológicos, proveen retroalimentación al sujeto y pueden servir como intervención psicológica. Están incluidos en este tipo de evaluación la: tensión muscular, temperatura, presión sanguínea, tasa cardíaca y actividad respiratoria, éstas pueden

derivar como efectos de estrés, dolor de cabeza, ansiedad, etcétera. Se requiere que el psicólogo sea experto en los procesos bioeléctricos y fisiológicos, en las técnicas de instrumentación y registro.

Al termino de todo este proceso de evaluación se debe tener una comprensión total del individuo, de su ambiente físico y social de sus fuerzas y debilidades, de la evidencia de las patologías, de la naturaleza las enfermedades más comunes y de las habilidades de afrontamiento que debe utilizar. Considerando que, en el esquema conceptual biopsicosocial, no se puede estar comprometido con una teoría o con alguna estrategia de evaluación (Karoly, 1985).

### ***5. Estrategias de intervención en la psicología de la salud.***

Una vez que se ha enfocado el problema y se ha integrado la información obtenida en la evaluación, es posible entonces elaborar un plan de intervención. Este debe ser flexible, sin una preferencia rígida hacia una u otra estrategia, se puede variar en el uso de técnicas amplias y generales a diseñadas para objetivos más estrechos y específicos. Se mencionaran las intervenciones que más se han hecho, sin embargo debemos recalcar que este ejercicio de la psicología ha sido a partir del organismo y de la enfermedad y por consecuencia se ha buscado la obtención de la salud por la ausencia de la enfermedad teniendo una visión de la salud negativa, la salud ha sido el resultado del tratamiento de procesos mórbidos del organismo, o de tipo social y psicológico, en donde la cura se da por ausencia de enfermedad, y no se a puesto énfasis en la salud positiva (Cortés & Ramírez, 1998).

*Efecto placebo:* Son los cambios en la conducta que ocurren debido a las expectativas del sujeto con respecto a un tratamiento (Shapiro & Goldstein, 1982).

*Asesoría de apoyo:* Es una forma no específica de intervención psicoterapéutica dirigida

hacia la reducción del estrés psicológico del paciente. Puede involucrar el trabajo con la familia con el individuo o el empleo de grupos de apoyo y con paraprofesionales entrenados (Belar, et al, 1978).

*Aproximaciones con el individuo y la familia:* Están basadas en modelos de tratamiento a corto plazo y se enfocan en ayudar al sujeto y a su familia al manejo adecuado del estrés y de tratamientos médicos.

*Grupos de apoyo:* Permiten al sujeto la confrontación con problemas similares al suyo, discutiendo sus ansiedades, diferentes tipos de afrontamiento y la obtención de información sobre tratamiento médico y sus consecuencias.

*Psicoterapia verbal:* Existen una gran variedad de aproximaciones como: la analítica, cognitivo-conductual, racional-emotiva, directiva, sistémica, etcétera. Esta psicoterapia puede ser específica al síntoma en general o a una combinación. Puede reducir el uso de fármacos y facilita el afrontamiento de la enfermedad (Belar et al, 1978).

*Educación e información:* La educación enfocada al modelo biopsicosocial y sus aplicaciones específicas al sujeto y al problema, es considerada como esencial para todo tipo de intervención. Se usa para obtener el consentimiento, continuar el seguimiento y en sí es una intervención. Promueve el afrontamiento a la problemática y al procedimiento de intervención. Hay dos tipos de información: de procedimiento y sensorial. La de procedimiento se refiere a la información acerca de los aspectos médicos por sí mismos, la sensorial se refiere a la información considerando las sensaciones y sentimientos durante o después del procedimiento (Gil, Keefe, Crisson & VanDaifsen, 1987)

*Intervención en crisis:* Se plantean tres objetivos para intervenir en una crisis: a) la liberación del estrés psicológico del sujeto (ansiedad, desesperanza, confusión), b) el restablecimiento del paciente a su anterior nivel de funcionamiento, y c) ayudar a la comprensión del sujeto de todas las acciones que están involucradas en su caso, y

hacerlo de una manera clara y detallada. Este procedimiento debe involucrar a la familia y a los profesionales (Belar, Deardoff & Kelly, 1978).

*Procedimiento de entrenamiento en relajación:* Se emplea generalmente con otras técnicas intervienen en el estado fisiológico y en aspectos afectivos y cognitivos del sujeto, facilita un sentido de autocontrol y competencia. Es fácilmente aprendida y administrada (Ramírez, 1996).

*Respiración diafragmática:* Es un ejercicio de relajación en donde se enseña a respirar a través del diafragma, generalmente se usa como previa relajación, aunque por sí sola puede alterar la respuesta condicionada al estresor (Belar, Deardoff & Kelly, 1978).

*Relajación muscular progresiva:* Se basa en que el principio de la relajación tiene acompañantes fisiológicos que son opuestos a la ansiedad, se enseña al sujeto a tensar los músculos intencionalmente y luego a relajarlos (Jacobson, 1939; citado en Peveler & Johnstone, 1986).

*Entrenamiento en relajación autógena:* Puede producir un estado de relajación profunda con el uso de autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo y sugiriendo sensaciones de calidez, calma (Schultz, 1932; citado en Luthe, 1963).

*Imaginación:* La imaginación hace uso del mundo interno, privado del paciente, a través de la creación de imágenes. Esta técnica puede dirigir a una relajación general, a una reducción de la ansiedad, del síntoma y al cambio conductual (Ramírez, 1996).

*Imaginación guiada:* Se dirige a la persona para que visualice en detalle una escena que considere que lo puede relajar, en otros casos, se utilizan las sensaciones corporales. En estos ejercicios, la mente del sujeto juega un papel activo a través de la recreación de ciertas señales, sonidos, olores y tacto (Samuels & Samuels, 1975; citado en Davis, Mckay & Esheiman, 1985).

*Desensibilización encubierta:* Se usa principalmente a la extinción de conductas mal

adaptativas aprendidas. Generalmente se asocia a un hábito aprendido con un estímulo nocivo que es imaginado, con lo cual no volverá a presentarse (Cautela, 1972; citado en Kazdin, 1983). La imaginación es ideal para el tratamiento en relajación y la reducción de síntomas, ya que no requiere de movimientos o de equipo especial. El éxito depende de la habilidad para concentrarse por un período de tiempo y la posibilidad de crear cierto grado de fantasía (Ramírez, 1996).

*Hipnosis:* Su propósito es producir cambios fisiológicos directos, cambio de percepción de un evento, facilitar la relajación, etcétera. Esta técnica ayuda al psicólogo a identificar los factores emocionales relacionados al síntoma (LeCron, 1961; en Davis, McKay & Esheiman, 1985)

*Retroalimentación:* Se enseña al sujeto el control voluntario sobre procesos fisiológicos, afectivos y cognitivos. Las dos formas más empleadas incluyen el uso de EMG y la temperatura de la piel. El EMG se emplea para educar al sujeto sobre su tensión muscular y es útil en los desórdenes músculo-esqueléticos. La temperatura da una medida indirecta del volumen sanguíneo periférico y así se utiliza en los desórdenes asociados con la vasodilatación y la vasoconstricción (Bikok, 1957; citado en Kazdin, 1983).

*Desensibilización sistemática:* Se enseña al sujeto a emitir una conducta que sea inconsistente con la ansiedad, puede realizarse ya sea imaginariamente, en vivo o con ambas (Wolpe, 1952; en Kazdin, 1983).

*Modelamiento:* Basado en la teoría del aprendizaje observacional, facilita el aprendizaje de conductas adaptativas, puede usar la observación directa o imaginaria. Es, junto con la información, la más empleada en niños (Bandura & Walters, 1974).

*Entrenamiento de habilidades y ensayo conductual:* Se incorpora el modelamiento, el juego de roles y el ensayo conductual, se aprenden habilidades específicas que facilitan

el ajuste físico y psicológico. Se aprenden habilidades de auto-afirmación, asertividad, acercamiento a personas sin timidez, cuidado general de la salud, etcétera (Belar et al, 1987).

*Estrategias cognitivas:* Se incluyen el uso de la distracción, el sosegamiento, la reestructuración cognitiva, la atención-diversión. El propósito es alejar la atención del sujeto de eventos desagradables y pueden emplearse la imaginación placentera, tareas de dificultad mental, conteo en voz alta y la tensión a estímulos neutrales, estos procedimientos educan al sujeto en la relaciones entre pensamientos, sentimientos y conductas que enlazan la cognición con pensamientos adaptativos (Turk, Litt, Salovey & Walker, 1985).

Es conveniente mencionar que lo deseable es ver al psicólogo actuando a favor de la salud positiva, por la cual entendemos el proceso compuesto de muchos elementos de bienestar que tiene indicadores que pueden afectar favorablemente al individuo de manera completa o alguna de sus partes y que su origen y desarrollo pueden ser conocidos. Es una relación dinámica e interdependiente, un proceso que se ejerce cotidianamente en el que las condiciones del ambiente y los comportamientos particulares cumplen los criterios o exigencias de las personas, dejándola en condiciones de seguridad y/o bienestar psicológica (conductual, biológica y socialmente) (Cortés & Ramírez, 1998). Pudiera plantearse la posibilidad de la inserción del psicólogo en dos sentidos: como la aplicación de la psicología a factores relacionados a problemas de enfermedad de la que deriva salud (salud negativa), y como la aplicación de la psicología a los factores relacionados con la salud (salud positiva) para no abordar la salud como la contraparte de la enfermedad, la salud y la enfermedad son un conjunto de condiciones y situaciones, no se puede hablar de salud absoluta. La salud como el bienestar general funcional, es un proceso dinámico relativo a diferentes niveles de análisis

diferentes de la enfermedad, desde la dimensión de lo psicológico el proceso de salud en si mismo, es un complejo holístico interdependiente de varias características no sólo biológicas, sino sociales, culturales, psicológicas y ambientales. Tiene funciones, sociales, constructivas, creativas, de trabajo, de relaciones humanas, de satisfacción y tranquilidad entre muchas otras (Cortés & Ramírez, 1998). La salud se ejerce cotidianamente, se mantiene y se desarrolla como proceso, por lo que es prioritario identificar patrones de comportamiento que expliquen el proceso. Todo proceso saludable tiene tres puntos de vista: 1.- La adquisición. 2.- El desarrollo. 3.- El mantenimiento.

El cómo práctica el individuo o grupo social el comportamiento saludable adopta matices particulares, todo comportamiento puede verse como funcional o disfuncional, en ambos casos se debe llevar a cabo un análisis de la variables y circunstancias que determinan el desarrollo del proceso y funcionalidad para de esta manera promover el desarrollo y el mantenimiento. Este enfoque tiene como objetivo el manejo de salud en forma integral a nivel tanto individual como comunitario. Cohen (1983, en Cortés & Ramírez, 1998 pag. 28) sugiere que la prevención se lleve a cabo mediante procedimientos educativos en grupos de individuos sanos, también se deben considerar factores sociales y económicos además de los psicológicos así como el desarrollo de estudios epidemiológicos. Hay la necesidad de detectar factores de comportamiento relativo a salud y bienestar. León, Genest & Genest (1987, en Cortés & Ramírez, 1998) nos dan unos indicadores mediante los cuales podemos potenciar el cambio conductual en esos estilos de vida: 1.- conocimiento del riesgo; 2.- aceptación de que el riesgo se aplica personalmente; 3.- integración del conocimiento de una imagen personal; 4.- esfuerzo (la decisión de cambiar la conducta y la instigación del cambio y 5.- aplicación del conocimiento para producir el cambio.

Las estrategias mencionadas se llevarán a cabo tomando en consideración las obser-



vaciones hechas con anterioridad de acuerdo a las necesidades y requerimientos del nivel de atención en que el psicólogo se va a insertar: primario (en donde se da la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad), secundario (en el cual la enfermedad existe pero está en sus fases iniciales) y terciario (en este la enfermedad existe y se encuentra en un estado medio o terminal), los dos últimos implican rehabilitación.

La aproximación biopsicosocial permite al psicólogo desenvolverse en diferente ámbitos como en los hospitales, en la comunidad, centros educativos y de trabajo. Cuenta con habilidades para elaborar programas basados en las necesidades de la población y las características del sistema, considerando la unidad de lo biológico con lo social, dando a los factores psicológicos el lugar que les corresponde. Bajo esta premisa la inserción del psicólogo en México en los tres niveles de atención es posible.

En resumidas cuentas una vez que se tiene un esquema conceptual, las actividades de diagnóstico, evaluación e intervención deben estar delimitadas y enfocadas a sus objetivos particulares, los cuales deben dirigirse a la evaluación de estrategias de prevención y las intervenciones deben de ser a corto plazo con un énfasis en la modificación de los hábitos y estilo de vida, dirigidas a instituciones de salud y en la salud y en los sistemas relacionados con problemas de enfermedad (Cortés &, Ramírez, 1998).

En el siguiente capítulo se mencionan los tres niveles de atención para tener una breve idea de ellos, se hablará con más profundidad del primer nivel y de uno de sus aspectos, que permitirá ubicar el presente reporte de trabajo profesional en este nivel de atención (concretamente en el área de educación para la salud que se retomará en el capítulo cuarto), también, se hará una revisión teórica, para tratar de ubicar a la educación para la salud dentro de lo que es la promoción o fomento de la salud que es el eje central del primer nivel de atención



## Capítulo 3

---

### Promoción de la salud

#### 1. *Modelo biopsicosocial.*

En la actualidad muchos médicos y psicólogos trabajan bajo la aproximación biopsicosocial, asumiendo que muchos problemas humanos son problemas del sistema biopsicosocial; cada problema biológico tienen consecuencias psicosociales y cada problema psicosocial puede tener un correlato biológico (Ramírez, 1996). Esta aproximación llamada holística (total) propone el concepto de sistema para referirse a una entidad dinámica que consiste en componentes que están continuamente interrelacionados. El cuerpo, la familia y la comunidad son sistemas que están constantemente cambiando y tienen componentes que se interrelacionan a través de un intercambio de energía, de sustancias y de información. Por lo tanto, esto lleva al análisis de los elementos que forman al modelo biopsicosocial, los cuales son:

*El papel de los factores biológicos:* En donde se incluyen los materiales y procesos genéticos por los cuales se heredan características de los padres. También aspectos del funcionamiento fisiológicos de la persona, de todo el sistema físico, los órganos, huesos, nervios y tejidos que están constituidos por células, moléculas y átomos. El funcionamiento saludable y eficiente de estos sistemas depende de la forma en que operan e interactúan estos componentes.

*El papel de los factores psicológicos:* Aquí se incluye a las emociones, la cognición, la

motivación y otros aspectos del comportamiento, las cuales puede ser analizadas desde diversas perspectivas dependiendo de las necesidades que aparezcan dentro de la psicología de la salud.

*El papel de los factores sociales:* Se refiere al mundo social que afecta la salud de los individuos y promueve valores que pueden dañar o mejorar la salud y la enfermedad, como la comunidad y la influencia de la sociedad, el aprendizaje de conductas, actitudes y creencias relacionadas a la salud (Engel, 1980)

*El papel de los factores ambientales:* Es la totalidad de los elementos físicos, químicos y biológicos que se encuentran en el medio ambiente: como los factores geográficos, meteorológicos, geológicos, etcétera (Higashida, 1995).

De manera más particular la psicología de la salud considera que los diferentes sistemas biopsicosociales cambian con el desarrollo; el sistema biológico cambia: el cuerpo crece, se fortalece en tamaño y fuerza hasta la edad media en que declina; el sistema psicológico cambia como en las habilidades y la adquisición del conocimiento en el niño. También el ambiente social se modifica a través del tiempo, se pasa de un medio familiar al escolar y laboral (Maddux, Roberts, Sledden & Wright, 1986).

## **2. Niveles de atención.**

Como se comentó anteriormente el psicólogo ha ganado espacios moviéndose dentro de los tres niveles de atención con el modelo biopsicosocial. Haremos una exposición breve de estos niveles de atención a la salud para darnos una idea de como debe de ser su inserción.

### **2.1. Primer nivel.**

Se aplica en el período prepatogénico, con el propósito de mantener la salud, promoverla y evitar la aparición de la enfermedad. Se lleva a cabo a través de la promo-

ción y la prevención de la enfermedad (Higashida, 1995). Las dos comporten estrategias y técnicas similares para la protección preventiva de la población (Stachtchenko y Jenicek, 1990).

La promoción de la salud implica los siguientes aspectos: la educación para la salud, buenos estándares de nutrición adaptados a diferentes fases del desarrollo, atención al desarrollo de la personalidad por medio de la higiene mental, provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y ambiente laboral, consejo genético cuando existe alguna enfermedad hereditaria o que afecte a los cromosomas, exámenes periódicos selectivos con base en los factores de riesgo, etcétera (Higashida, 1995).

La prevención de la enfermedad es una protección específica antes de que ocurra el período de patogénesis en grupos de alto riesgo. Las estrategias se dirigen a estos grupos intentando que las personas inicien un proceso de cambio y este se mantenga, se ha trabajado con técnicas como: grupos de apoyo (Janis, 1983), organización comunitaria y acciones para cambiar las leyes y políticas que afectan el ambiente laboral (Flay, 1987), inmunizaciones que protegen contra una enfermedad en particular, atención de la higiene personal, saneamiento ambiental, protección contra riesgos ocupacionales, uso de nutrientes específicos, aplicación de flúor, eliminación de condiciones peligrosas para evitar accidentes, etcétera (Higashida, 1995).

La intención en este nivel es la de detectar las característica de salud-enfermedad de la población y determinar líneas de acción. Se estiman los riesgos presentes en situaciones determinadas y la manera en como afrontarlos, como por ejemplo, los estilos de vida. La gente tiene costumbres acordes a su cultura, las cuales son perjudiciales para la salud y pueden finalizar en una enfermedad (Sánchez, 2000). En la actualidad se promueve un modelo de creencias de salud el cual implica fases de cambio progresivo, de tal modo que se aprenda de lo simple a lo complejo. En este

sentido, bajo la teoría de la acción social (Sarafino, 1994), se propone un modelo de prevención y de creencia en la salud que contiene tres pasos: la detección, la evaluación y la intervención.

La **detección** se realiza en base a datos estadísticos epidemiológicos que son solo descriptivos de la características generales de la población como: el nivel económico, social, escolaridad, tipo de vivienda, factores de riesgo y estilos de vida de la comunidad, lo cual dará una visión del tipo de población en la cual se va a intervenir y de los problemas específicos en el establecimiento de la salud, las creencias y la habilidades cognitivo conductuales de un grupo de individuos (Rodin & Ickovics, 1990).

La **evaluación** se apoya en el análisis de los datos obtenidos en la detección, esto permitirá elaborar objetivos para la intervención acordes a la población, como por ejemplo, cuando se hace con niños se pueden considerar las fases propuestas por Bibace y Walsh (1979), para establecer la comprensión de los niños sobre la relación que existe entre la salud y conducta, éstas son:

*Fenomenismo:* Las personas explican la enfermedad en términos de sus síntomas y la asocian al ambiente que los rodea.

*Contagio:* Las personas desconocen el origen de la enfermedad atribuyéndola a la cercanía de algo o alguien.

*Contaminación:* Ocurre en personas de más de 7 años, definen la enfermedad a través de múltiples síntomas y reconocen la existencia de gérmenes que la causan. Reconocen que su conducta puede intervenir en la producción de la enfermedad.

*Internalización:* Ya existe el concepto de enfermedad, en término de que ocurre algo dentro del cuerpo, reconocen el problema de los contaminantes y como éstos pueden entrar en las personas a través de la boca y nariz.

*Fisiológica:* Cerca de los 11 años, ya pueden definir la enfermedad en términos de

órganos específicos, dando detalle de cómo las funciones internas se ven afectadas por múltiples causas físicas.

*Psicofisiológicas:* El adolescente comprende que la enfermedad puede resultar de fuentes tanto fisiológicas como psicológicas.

Como objetivos generales de promoción se pueden establecer los propuestos por Maddux, Roberts, Sledden & Wrigth, (1986): a).- Facilitar el crecimiento y desarrollo óptimo del niño, física emocional y socialmente. b).- Establecer patrones conductuales de salud para la nutrición, ejercicio, estudio, recreación y vida familiar; y c).- Reforzar los patrones de conducta opuestos a aquellos negativos como fumar, tomar alcohol y uso de drogas.

La **Intervención** implica el diseño de programas a partir de los objetivos elaborados. Estos deben encaminarse a la enseñanza del individuo y la comunidad sobre las conductas relacionadas con la salud, cuales son y como se pueden llevar a cabo, tratando de persuadir a las personas para que cambien los malos hábitos, sus creencias y sus actitudes. La elaboración de programas o técnicas de intervención tiene que considerar al problema, la población y las consecuencias de la información que se determine en tales programas. Muchas de las intervenciones se han implementado a través de pláticas, conferencias y otros medios de información con el fin de promover la salud en diferentes escenarios, con una variedad de metas, métodos y poblaciones: señales de amenaza, dando información sobre qué hacer, cuándo, dónde y cómo, sobre algún tema en particular; a través de los medios masivos de información, pláticas, panfletos, técnicas cognitivo-conductuales, entre otras. Estas técnicas se aplican a toda la población, adulta e infantil. En el caso de los niños, la escuela es un escenario de vital importancia, porque tienen acceso a una gran cantidad de población en los años que son críticos en el desarrollo de las conductas relacionadas con el cuidado y

preservación de la salud (Parcel, Brunh & Carreto, 1986).

## **2.2. Nivel Secundario y terciario.**

En el nivel de atención secundaria las acciones preventivas se realizan para identificar una enfermedad establecida, con el propósito de revertir o parar sus efectos, impedir su avance y limitar la incapacidad. También aquí se busca la modificación de comportamientos relacionados con la salud. Consiste en el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de muchas de las enfermedades que se pueden detectar cuando están en su etapa inicial, aunque la persona se sienta bien, como son la hipertensión arterial, diabetes, cáncer, etcétera. Con la oportuna intervención y con el tratamiento adecuado se busca evitar que avance, se complique o deje secuelas, de este modo se intenta limitar la pérdida de las facultades físicas, mentales o ambas, ya que alterarían el desempeño normal de las actividades del individuo (Higashida, 1995).

El tercer nivel se caracteriza por llevar a cabo acciones que detienen, retardan o mejoran las condiciones realizadas con un problema de salud o comunitario. Se aplica cuando los niveles anteriores fracasan. Consiste en la rehabilitación, que es la readquisición de la actividad funcional, perdida a causa de una incapacidad (Ramírez, 1996).

## **3. Tendencia actual de la postura biopsicosocial: Atención Primaria a la Salud.**

Hoy en día, en esta orientación se enfatiza la atención primaria de la salud (que desde 1978 ha guiado los esfuerzos del mundo para extender los beneficios de la atención a la salud), lo cual implica anticipar el daño y que la población juegue un papel activo en el sistema de salud, sin eliminar al modelo curativo (Soberón, Martuscelli, Alvarez-Manilla, Frenk, & Loria 1988; Durán, Becerra y Torrejón, 1991; Frenk, 1993).

Toma un enorme impulso después de que en 1977 en Ginebra, Suiza durante la

30a. Asamblea Mundial de la Salud, se tomará como principal meta social de los gobiernos y de la OMS para el año 2,000, el logro para todos los pueblos de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente activa. Esta meta la denominaron "Salud para todos en el año 2 000". Un año después, en la ex URSS, la ONU y la UNICEF convocaron a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. A ella asistieron representantes de 134 países, entre ellos México, logrando el documento denominado La Declaración de Alma Ata, en el cual se fijó el propósito de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. En ésta se declaró que la salud es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo muy importante (Higashida, 1995). Se consideró que la atención primaria es la clave para alcanzar en todo el mundo y en el futuro previsible, un nivel aceptable de salud, que forme parte del desarrollo social y se inspire en un espíritu de justicia (Dhillon, 1995).

Se dijo también que la atención primaria tiene ocho actividades prioritarias: 1.- las enseñanzas relativas a los problemas de salud más comunes y a los métodos para prevenirlos y combatirlos. 2.- La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada. 3.- Abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico. 4.-La asistencia maternoinfantil, incluida la planificación familiar. 5.- La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas 6.- La prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales. 7.- El tratamiento apropiado de las afecciones y traumatismos comunes; y 8.- El suministro de medicamentos esenciales.

Todas ellas tienden a conseguir los objetivos generales del Programa de Nacional de Salud en México y la realización y desarrollo de todos los programas derivados de aquel.

Se recalcó que la atención primaria está orientada hacia la gente y su éxito depen-



de de ésta. Sus objetivos son capacitar a la gente para que se esfuerce para mejorar su salud en el hogar, la escuela, en el campos, el trabajo. Capacitarla para prevenir enfermedades y traumatismos y así evitar daños; capacitarla para que ejerza su derecho y asuma sus responsabilidades en lo que atañe a la conformación del medio ambiente y a la creación de condiciones que permitan y faciliten una vida sana, sin embargo se necesita que haya un compromiso político y social de avanzar hacia la salud; que la comunidad participe activamente, pero, que haya cooperación entre el sector de la salud y otros sectores fundamentales para el desarrollo, como la educación, la arquitectura, obras públicas, las comunicaciones, etcétera.

La actividad más relevante dentro de la atención primaria es la que se refiere a la promoción, de la cual se mencionarán sus antecedentes para ubicarnos y saber de donde viene la tendencia que domina en el mundo en cuanto a los niveles de atención a la salud se refiere.

#### **4. Antecedentes de la Promoción de la Salud.**

La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la gente para incrementar el control y mejorar su salud. Para alcanzar el completo estado de bienestar físico y mental el individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente, la salud es, entonces, un recurso para la vida diaria y no un objetivo de vida (What is Health promotion, 1998).

Para 1986, se redactó la carta de Ottawa para la promoción de la salud, consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorarla y ejercer un mayor control sobre la misma, ya que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor o en

deterioro de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionarla.

También se propuso cinco esferas de acción: 1.- se debe elaborar una política pública sana, 2.- crear ambientes favorables, 3.- reforzar la acción comunitaria, 4.- desarrollar las aptitudes personales; y 5.- reorientar los servicios de salud. (Organización Panamericana de la salud (OPS), 1998). Dos años después en Adelaida, Australia, otra conferencia sobre promoción de la salud debía evaluar las acciones de la primera de las cinco esferas. En 1989 con sede en Ginebra, Suiza, se elaboró un documento estratégico denominado "A call for Action", en el se examinó los alcances de las actividades de fomento a la salud y su aplicación en los países en desarrollo y se insistió, subrayándolo, en la importancia de las actividades de promoción como principal medio para crear y mantener la voluntad política que abarca a todos los sectores, así como la necesidad de obtener el apoyo de la comunidad (Dhillon, 1995).

En la cuarta conferencia internacional de promoción de la salud realizada en Jakarta, Indonesia, se ratificó a la salud como un derecho básico de la humanidad y como un elemento esencial para el desarrollo social y económico. También que sus requisitos son: la paz, la vivienda, educación, seguridad social, alimentación, ingresos económicos, el incremento del rol de la mujer, un ecosistema estable, uso apropiado de los recursos, justicia social, respeto por los derechos humanos y la equidad, mencionados en la Carta de Ottawa (OPS, 1998)). La pobreza se constituye como la mayor de las amenazas para la salud, pero también los factores demográficos negativos como la urbanización, el predominio de las enfermedades crónicas degenerativas, el aumento del comportamiento sedentario, la resistencia a los antibióticos y otras drogas de fácil adquisición, el aumento del abuso de drogas y la violencia civil doméstica. Se comentó que la promoción de la salud funciona y sus estrategias pueden desarrollar cambios en

los estilos de vida y en las condiciones sociales, económicas y de hábitat que determinen una vida saludable (The Jakarta Declaration on Health Promotion into 21st Century, 1998). Se plantearon las siguientes prioridades para el siglo XXI: promover la responsabilidad social para la salud, incrementar el desarrollo de inversiones en el sector, consolidar y expandir las sociedades o acuerdos para la salud, incrementar la capacidad comunitaria y potencial del individuo y asegurar una infraestructura para una debida promoción (Promoción de la salud, 1998).

Sin duda las actividades de fomento o promoción constituye una estrategia acertada para proteger y mejorar la salud pública y para estimular las iniciativas individuales y colectivas, de allí la importancia que tiene que el psicólogo pueda insertarse en el trabajo con la comunidad en todas las áreas que se han mencionado, pero específicamente en el primer nivel de prevención, concretamente en el de la promoción, que en seguida se mencionará.

#### **4.1. Definición de Promoción de la salud.**

La definición propuesta en La Carta de Ottawa nos dice que la promoción de la salud consiste en capacitar a los pueblos para incrementar el control de su salud y mejorarla. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud es, por tanto, percibida como un recurso para la vida diaria y no como un objetivo de vida. Se trata de un concepto positivo que enfatiza los recursos personales y sociales, así como también, las capacidades físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (What is Health Promotion, 1998; OPS, 1998).

Para la participación activa en la promoción de la salud implica:

*La elaboración de una política pública sana:* Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. Ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarlas así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto. Esta política tiene que combinar enfoques diversos, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos.

*La creación de ambientes favorables:* El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio, afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. La promoción genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades.

*El reforzamiento de la acción comunitaria:* La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.

*El desarrollo de las aptitudes personales:* También favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ambiente comunitario.

*Reorientación de los servicios de salud:* La responsabilidad de la promoción de la salud y de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos

comunitarios, los gobiernos, los servicios y los profesionales de la salud. Todos deben de trabajar juntos.

*Irrumpir en el futuro:* La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo, es resultado de los cuidados que uno se tiene a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado. El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud.

La aplicación de inversiones y políticas en atención primaria ha tenido resultados favorables en muchos países subdesarrollados: se han obtenido reducciones apreciables en la mortalidad de lactantes y en niños menores de 5 años de edad, la cobertura de la inmunización creció de un 5% a un 80% entre 1970 a 1992. En México diversas medidas han reflejado una mejor salud e incremento de la esperanza de vida (Tapia, 2000). En países industrializados el interés se centra en el cambio de modos de vida y comportamientos que reducen al mínimo los riesgos de enfermedad, como en el SIDA, traumatismos, y fallecimientos por enfermedades cardiovasculares (Dhillon, 1995).

La dimensión de acción social del desarrollo sanitario, es un método que puede revitalizar la atención primaria. La promoción y la acción social a favor de la salud coadyuvan al logro de la meta "Salud para Todos" de dos maneras: promoviendo modos de vida sanos y actividades comunitarias en pro de la salud y creando condiciones que permitan llevar una vida sana. Para lo primero implica dotar a la gente de los conocimientos y aptitudes necesarios para vivir sanamente. Lo segundo implica influir en las instancias decisorias a fin de que adopten políticas públicas y programas que favorezcan la salud (Dhillon, 1995).

La promoción de la salud puede describirse como la actividad social, educativa y política que aumenta la conciencia pública de las cuestiones sanitarias, favorece los modos de vida sanos y la acción comunitaria en apoyo a esa esfera y habilita a la gente para ejercer sus derechos y cumplir sus responsabilidades.

La gente tiene derecho a recibir información sobre como mantener, proteger y promover la salud. El suministro de información la capacita a adoptar decisiones. Las enseñanzas relativas a los problemas de salud y los métodos para prevenirlos y combatirlos se mencionaron en la Declaración de "Alma Ata" como el primero de los ocho elementos esenciales de la atención primaria, se puso de relieve la importancia de la autorresponsabilidad comunitaria, la acción social y la participación de la comunidad en el proceso de desarrollo sanitario y humano. Las estrategias de habilitación (proporcionar habilidades) dotan a los individuos, las familias y las comunidades de los conocimientos y aptitudes que les permitirán adoptar medidas concretas en pro de la salud, éstas opciones individuales y colectivas dependen de que exista un entorno físico, social y económico propicio, así como servicios e instalaciones accesibles. La información, la comunicación y la educación en salud se sitúan en el centro mismo del proceso de la habilitación (Dhillon, 1995).

Las estrategias de habilitación deben estar dirigidas al público y a las instancias normativas, para contribuir a que la gente comprenda que la manera de elegir determinados tipos de comportamiento puede influir en su propia salud en la de sus familias y comunidades, no sólo por la transmisión de conocimientos sobre cuestiones sanitarias, sino también ayudando a la gente a reconocer las creencias, actitudes, opiniones y conocimientos que influyen en la adopción de modos de vida sanos. En éste sentido es especialmente importante educar a los niños y a los jóvenes, que se enfrentarán con la necesidad de adoptar a una edad muy temprana decisiones sobre

comportamientos tan diversos como la higiene personal, el régimen alimenticio, el abuso de sustancias, la sexualidad. Tendrán que ser habilitados para realizar elecciones acertadas en esta materia antes de llegar a la edad adulta (Dhillon, 1995).

La promoción y el fomento, como parte de la atención integral, debe influir favorablemente en todo aquello que contribuya al bienestar de los individuos y a la mejoría de su nivel de vida. El fomento es una importante labor del personal de la salud, que se promueve mediante la educación. Esta se dirige hacia los individuos para que mantengan buenas condiciones de vida. De forma individual, la instrucción-educación orienta acerca de diversos aspectos de higiene y de salud personal: alimentación, actividad física y mental, reposo, sana diversión, ocupación del tiempo libre, relaciones familiares adecuadas, control de la conducta propia (Luigli-Rivero & Vivas, 2001), señala además los riesgos que ocasionan el tabaquismo, el alcohol y la drogadicción. En el caso de la salud colectiva, la educación intenta concientizar a la comunidad acerca de la importancia de las condiciones desfavorables del medio ambiente para la salud, y los motiva de manera activa en las acciones tendientes a mejorarlas. cloración de agua, consumo de sal fluorada, condiciones sanitarias de la vivienda, etcétera. (Álvarez, 1995).

Es pues, la educación, elemento importante dentro de la promoción de la salud y el lugar más apropiado para llevarla a cabo, de un modo muy acertado, es la escuela, porque en este lugar se encuentra concentrados un gran número de alumnos, maestros, y padres de familia. También cuenta con instalaciones, material y mobiliario adecuados para realizar este tipo de actividad.

Es entonces, en la comunidad en donde se tienen que dar los programas de la atención primaria y de fomento a la salud. Algunos psicólogos ya han trabajado en este ambiente. En seguida se hará una revisión de la aplicación que se ha hecho de la promoción de la salud en comunidad por parte de ellos, así como también, hablaremos



## Capítulo 4

---

### Educación para la salud

#### *1. La participación del Psicólogo en la Comunidad.*

Desde la declaración universal de los derechos de humanos en la ONU en el año de 1948, que establece el derecho a un nivel de vida adecuado, hasta la declaración de la conferencia de atención primaria en salud de Alma-Ata en 1978 que legaliza internacionalmente la participación comunitaria en los sistemas de atención de su salud, se incorporaron progresivamente marcos jurídicos y programas nacionales congruentes. México, en 1984, integra a la constitución, en el artículo 4, el derecho a la salud y un año después, en la Ley General de Salud (1993) enuncia la participación comunitaria como responsabilidad y deber de las personas e instituciones, la que pasa a ser componente permanente de sus planes de desarrollo hacia la modernización .

A partir de estas bases el Sector Salud de México y las instituciones formadoras de recursos humanos realizaron diversos esfuerzos por integrar sus planes de desarrollo hacia la modernización y la estrategia de fomento y promoción para ser dirigida a atacar las causas de la enfermedad mediante la participación activa de la comunidad.

La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios, los de la colectividad, y mejorar la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario (OMS 1978).



Cuando esta participación es consciente se caracteriza por el conocimiento interno de los problemas, la identificación de las necesidades percibidas, y la acción intencional para satisfacer las necesidades y resolver los problemas.

Una de las premisas más importantes de la psicología de la salud considera que los problemas de la comunidad se pueden resolver de la mejor manera posible en dicho ámbito y su principal objetivo es entender las formas en que la gente participa en la vida de la comunidad mediante las estructuras de mediación (la escuela, el vecindario y otras), este enfoque sobre la comunidad es importante para las actividades de prevención y promoción de la salud en diversos ámbitos sociales (Holtzman, Evans, Kennedy & Iscoe, 1988).

En este sentido revisaremos algunos trabajos realizados por psicólogos en comunidad.

Las contribuciones del psicólogo han consistido, entre otros, en la elaboración de estudios de los recursos de la comunidad, evaluación de las necesidades de sus miembros, búsqueda de asistentes y proveedores de atención a la salud, análisis de agentes tóxicos y fuentes de estrés intenso en el ambiente, ayuda a líderes comunales en establecer un programa de intervención o de acción social dirigidos al mejoramiento de la calidad de vida para toda la comunidad. También están desempeñando papeles en organismos públicos como directores, planificadores y evaluadores de programas de acción social (Holtzman, Evans, Kennedy & Iscoe, 1988). Han desarrollado programas comunitarios de promoción y educación para la salud, del autocuidado, prevención de la enfermedad y de la farmacodependencia; modificación de patrones de comportamiento nocivos y educación infantil (Elder, 1987). Se ha comprobado que los programas de prevención y educación son exitosos y costo-efectivos (López, 2001). Se ha trabajado en incorporar una teoría de acción individual con mecanismos de autocontrol

personal y social modificables dentro de un modelo ambiental (Ewart, 1991), enfatizando la interdependencia social y la interacción en el control personal de las conductas de salud, o nocivas a la misma, proponiendo mecanismos a través de los cuales las estructuras ambientales influyen en los esquemas de acción cognitiva, metas autoimpuestas y actividades de solución de problemas, éstas se consideran críticas para sostener el cambio conductual.

Rasmussen-Cruz, Hidalgo-San Martín, Pérez, Rodríguez, López, Munguía, Magallón & González, (1993) en Jalisco, estudiaron un modelo de participación comunitaria en salud, en unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, los objetivos fueron: reducir la morbilidad y mortalidad mediante la prevención de factores de riesgo, por medidas específicas o por acción educativa y mejoramiento del medio ambiente. así como disminuir la gravedad de la patología crónica por adopción de conductas de salud. Además se pretendió crear una cultura que favoreciera la participación comunitaria mediante líneas encaminadas a mejorar el medio ambiente, la alimentación, la higiene, el ejercicio físico, la salud mental, el uso del tiempo libre, la seguridad en el hogar, vía pública, escolar y laboral. Las acciones que las propias comunidades realizaron se dirigieron progresivamente hacia causas de la salud y enfermedad alcanzando más del 70 por ciento las tareas de promoción de la salud y la prevención de enfermedad. El aporte de la comunidad, representó más de la tercera parte que el realizado por el personal de medicina preventiva.

El formular e implementar políticas, planes y programas que estimulen la adopción de conductas y estilos de vida saludable en los niveles individual y colectivo, ha permitido que la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) implemente trabajos como los HPL (Programas de Modos de Vida Sanos y Salud Mental, 1996), en donde siendo la conducta individual y colectiva el eje central, se otorga prioridad a los factores socia-

les, culturales y políticos, que en relación recíproca con el individuo influyen en el mantenimiento, mejoramiento y la recuperación de la salud y el bienestar. Las áreas de trabajo basadas en la Carta de Otawa que se han implantado en los centros HPL han sido entre otros:

- a) comunicación en salud.- consiste en promover la vida saludable en familias y comunidades a través de la comunicación interpersonal y la comunicación en masa, se basan en la teoría de la persuasión.
- b) educación para la salud y participación social.- consisten en colaborar, apoyar y fortalecer la capacidad técnica y operativa en países regionales en el diseño, implementación y evaluación de planes y programas de educación para la salud, estimulando la formación de recursos humanos, la investigación, la evaluación y la difusión e intercambio de conocimientos y experiencias en estos campos.
- c) prevención y control de adicciones (alcohol y drogas).- aquí se fomenta el desarrollo del conocimiento en cuanto a la epidemiología del problema y a los avances científicos para la fundamentar la acción.
- d) salud mental.- se da la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos, intervención sobre los componentes psicosociales y el desarrollo humano (OPS, 1996).

A pesar de estos avances, la población ha sido desaprovechada como fuente de información sobre las necesidades reales de salud y como generadora de guías de acción factibles de realizar en su beneficio y desarrollo. Se debe practicar un sistema de basado en el cuidado de poblaciones, en donde el bienestar de la comunidad sea la meta principal, aplicando una práctica preventiva (programada y anticipatoria) para la detección de riesgos específicos en individuos, familias y comunidades. Para esto se tiene que:

- trabajar conjuntamente con la comunidad, en los grupos identificados de alto riesgo y

desarrollar alternativas de solución hacia los factores de riesgo altamente predecibles, para modificarlos o eliminarlos y así controlar su influencia en el desarrollo de un daño, programando las acciones que se aplicarán antes de que éste pueda presentarse.

- desarrollar instrumentos de evaluación para identificar factores de riesgo, con la información desarrollar programas de intervención.

- desarrollar metodologías educativas de concertación social a fin de que la comunidad participe de manera organizada y activa (Duran, 1995).

El psicólogo es un recurso humano importante en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado y el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas, como objetivo de intervención, el comportamiento puede en muchos casos representar la opción más favorable para promover un cambio en el estado del sujeto. Al alterar las conductas de las personas podemos encausar o disminuir otras conductas de riesgos que convierten a la gente vulnerables y lograr niveles aceptables de salud y bienestar (Rodríguez, 2000), además puede ser el enlace entre ésta y el equipo de salud, para esto, es necesario proporcionarle una formación que le permita integrarse como parte primordial a este equipo, para que pueda realizar las actividades que son de su competencia, canalizando las que no lo son con el personal correspondiente, trabajando de manera coordinada

Como se mencionó en el capítulo anterior el proporcionar habilidades ya sea en forma individual o colectiva, dotan a los individuos, las familias y las comunidades de los conocimientos y aptitudes que les permitirán adoptar medidas concretas en pro de la salud, entonces, la información, la comunicación y la educación se sitúan en el centro mismo del proceso de la habilitación y de la promoción siendo el medio escolar el lugar más apropiado para llevarse a cabo. Enseguida se hablará de la educación para la salud, enfocándola al ambiente escolarizado.

## **2.- Educación para la salud.**

Educación y Salud forman un binomio indisoluble en el que la educación constituye el medio para alcanzar la salud, y la salud es la base para lograr por medio de la educación, un desarrollo pleno. Lo anterior revela que sólo a partir del trabajo conjunto entre la escuela y los demás elementos sociales se consigue la formación del individuo, sin embargo esto implica que dentro del ámbito escolar (y fuera de él) la comunidad debe estar capacitada para que se proteja de los riesgos, con la finalidad de que desarrolle hábitos y conductas que mejoren sus condiciones generales y prolonguen sus esperanzas de vida (DES, 1997).

La educación para la salud explora constantemente nuevos horizontes en materia de psicología social, antropología y sociología e investiga la influencia del grupo sobre el individuo, la dinámica individual, la familiar y la promoción de cambios en la conducta individual y colectiva. El educador estudia a la comunidad, obtiene información acerca del nivel de conocimientos, acerca de las actitudes y las formas de conducta relacionadas con el problema específico; en colaboración con las autoridades educativas del país, se asesora al personal del magisterio, y proporciona propuestas educativas para el proceso enseñanza-aprendizaje en materia de salud en niños.

La población nacional muestra una gran diversidad de necesidades en lo que se refiere a los problemas de salud, y en consecuencia se requiere de la educación para llenar los vacíos existentes en información acerca de las actitudes y la conducta más apropiada para la promoción de la misma a nivel individual y colectiva. Esta educación es una actividad que debe iniciarse desde los primeros años de la vida con el establecimiento de hábitos favorables para el desarrollo del individuo; higiene personal, la nutrición adecuada, la actividad equilibrada con el reposo y otros hábitos que se adquieren en el seno de la familia y que son imprescindibles. La escuela, por su parte, debe refor-

zar el establecimiento de tales hábitos, y ampliar el nivel de conocimientos del individuo en relación con estos procesos (Vega & García, 1985).

### **2.1. Fundamentos legales de la educación para la salud.**

La salud en México es un compromiso legal y constitucional, establecido en su ley General de Salud y basado en la Constitución Política.

El 3 de febrero de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la federación un documento por el que se adiciona al artículo 4° de la constitución política, la protección de la salud y la asignación de los recursos necesarios para la acción sanitaria, elevándose a rango constitucional (Higashida, 1995), por lo que ésta considerada como un derecho, y el otorgar los medios y los servicios para la atención es una obligación gubernamental conducente a la estabilidad social (Cedeño, 1997).

Para diciembre de 1983, se aprobó la Ley General de la Salud, publicándose el 7 de febrero de 1984. Esta ley tiene como objetivo definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud, establecer las bases jurídicas para hacer efectivo este derecho, definir la participación de los sectores público, social y privado, establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud, reglamentar la prestación de servicios, actualizar y completar las normas referentes a la salubridad general y especificar las actividades de las autoridades sanitarias. Considera la importancia de los establecimientos de salud que deben realizar acciones para protegerla, promoverla y restaurarla individual y colectivamente. A través de la promoción, se pretende crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuados para motivar su participación en el beneficio individual y colectivo (Cedeño, 1997).

Los objetivos que se han perseguido en la elaboración de planes de Desarrollo y Programas Nacionales de Salud son fundamentalmente mejorar el nivel general de

salud de la población y alcanzar la cobertura, la equidad y la calidad adecuada y satisfactoria para todos sus usuarios.

Este hecho compromete a sus líderes a planear las acciones de política social en forma regular y planeada, así política y la salud se conducen mutuamente. Para el período 1990 - 1994 los lineamientos generales fueron: Fomentar la cultura y la salud; acceso universal a los servicios de salud, con calidad y equidad; prevención de enfermedades y accidentes; protección del medio ambiente y saneamiento básico; contribución a la regulación del crecimiento demográfico; impulso de la asistencia social.

Para el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 se trata de dar continuidad al programa anterior, los lineamientos a seguir en cuanto al desarrollo social y salud, entre otros son: reorganizar el gasto, descentralizar los servicios estatales adoptar políticas locales; y dar atención por medio de la creación de un paquete básico de servicios hacia la población, fomento a la salud a través de la educación para la misma y reforzamiento de programas de medicina preventiva (Cedeño, 1997).

Por otro lado, el artículo 3º de la Constitución dice..."la educación que imparta el Estado (Federación, Estados, Municipios) tenderá a desarrollar armónicamente las facultades del ser humano...; el art. 4º Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Y la Ley General de Educación en su artículo 7º dice... la Educación que imparta el Estado, sus organismos descentralizados y los particulares con autorización o con reconocimiento de validez oficial de estudios tendrán que...

Frac. I.- Contribuir al desarrollo integral del individuo, para que ejerza plenamente sus capacidades humanas.

Frac. X.- Desarrollar actitudes solidarias en los individuos, para crear conciencia sobre

la preservación de la salud, la planificación familiar y paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios.

Frac XI.- Hacer conciencia de la necesidad de un aprovechamiento racional de los recursos naturales y de la protección del ambiente.

Por su parte la Ley General de Salud dice...

Art. 113. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

Los preceptos anteriores son principios de ordenamiento legal que dan origen y fundamento jurídico a que en el Estado de México se imparta la educación para la salud.

Además el Estado de México tiene las siguientes leyes: *Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México*. Art. 89. Son obligaciones del Gobernador:

Frac. XIV.- Planear y conducir el desarrollo integral del Estado en la esfera de su competencia.

*Ley de Salud del Estado de México*

Art. 3º.- Corresponde al Estado de México...

Frac. IX.- La educación para la salud.

Art. 43.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran básicos los referentes a:

Frac. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.



Art. 74.- En materia de higiene escolar, corresponde al Gobierno del Estado, establecer las normas técnicas para proteger a salud del educando y de la comunidad escolar... Las autoridades Educativas y Sanitarias Estatales se coordinarán para la aplicación de las mismas.

Art. 109.- La educación para la salud tiene por objeto:

Frac. I.- Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de las enfermedades individuales, colectivas accidentes y protegerse de los riesgos que pongan en peligro sus salud.

Frac. II.- Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud.

Frac. III.- Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de la farmacodependencia, ...prevención de accidentes, ... y detección oportuna de enfermedades.

Además en el actual Plan de Desarrollo del Estado de México (1993 -1999) dice:

Capítulo IV. Ejecución de actividades.

Apartado C. El reto social

Nº 6 Salud, asistencia y seguridad social: Acciones principales:

Incrementar los programas de salud como vigilancia nutricional, ... planificación familiar, paternidad responsable, protección ambiental y educación para la salud.

Nº 7 Protección del ambiente

Acciones para asegurar la participación y fomentar la cultura ecológica entre la población. ...reforzar sus enseñanza en todos los planteles educativos de la entidad.

## **2.2. Antecedentes del programa de educación para la salud.**

Los Aztecas y Mayas tenían hábitos y costumbres en torno a la conservación de la salud que eran básicos para la educación de los jóvenes y niños. En el código sanitario se asienta una serie de medidas preventivas destinadas a orientar a la población en épocas de grandes epidemias (DES, 1997). En la época colonial los hábitos y costumbre variaron y sólo se sabe de acciones encaminadas al saneamiento ambiental como: disposición de residuos sólidos, excretas y la conducción de aguas residuales a lugares lejanos. En el México postindependiente, con la llegada de los liberales al poder e inspirados en la doctrina del positivismo, organizaron en 1882 el primer congreso higiénico pedagógico, considerado el primer evento dirigido a la protección de la salud del escolar y por lo tanto la base histórica y pedagógica de la higiene escolar, se analizaron aspectos como: los horarios, características del mobiliario, condiciones del edificio escolar, ventilación e iluminación, características de los libros de texto y condiciones de salud de los escolares. Durante la revolución el Estado poco atendió el desarrollo social de la población lo que se reflejó en los altos índices de morbilidad y mortalidad.

En la época cardenista, la educación y la salud fueron objetivos prioritarios para el Estado, se llevaron a todas las comunidades del país, se desarrollaron grandes campañas para la prevención y erradicación del tabaquismo y el alcoholismo, para combatir la desnutrición y las enfermedades transmisibles, se promovió además la educación de la sexualidad de tal forma que la organización de talleres, obras de teatro y campañas eran tarea del maestro rural. También se llevo a los procesos educativos formales, incorporando contenidos sobre estos temas a los libros de texto y ejecutando prácticas en la escuela, algunos grupos conservadores se opusieron a la presencia de educación sexual en los libros, estos protestaron y lograron que se diera marcha atrás en algunos proyectos.

Como respuesta a las necesidades del gobierno, el Plan Nacional de Desarrollo 1983 -1988 establece a la educación para la salud como una de las políticas para mejorar el nivel de salud de la población. Desde 1983 la Secretaría de Salud, considera a la educación para la salud como programa prioritario en todas las instituciones de salud. Actividades sustantivas, que se pueden iniciar de inmediato mientras que otras medidas más complejas y de difícil operacionalización requieren esfuerzo a largo plazo (López, 2001).

La Secretaría de Educación Pública incorpora la educación para la salud a la curricula de la Educación Primaria; el programa de dicha área comprendía temas generales como: salud bucal, saneamiento ambiental, nutrición, crecimiento y desarrollo, enfermedades propias de la infancia, prevención de accidentes, educación de la sexualidad y medios de comunicación. Temas que se desarrollan a lo largo de la educación primaria.

En 1977 se crea en el Estado de México el Departamento de Educación para la Salud (DES) como la instancia que se encargaría de asesorar, impulsar y promover el programa de educación en esta área en las instituciones de nivel básico. Organismo que hasta la fecha brinda este servicio a través del especialista denominado Promotor de Educación para la Salud (PES).

Para el periodo de 1989 -1993, como un proceso de consulta, el programa para la modernización educativa, propone en uno de sus apartados la renovación de los contenidos de enseñanza, dando prioridad a aquellos que permiten la vinculación de los contenidos científicos con la preservación de la salud, la protección del ambiente y los derechos y deberes como práctica personal. Estos contenidos están comprendidos en los programas de las asignaturas de ciencias naturales y civismo en primaria y el bloque de juegos y actividades de la naturaleza en preescolar.

En esta reseña se puede apreciar como la educación para la salud tuvo sus raíces

en la higiene escolar con antecedentes sanitarios, para pasar al desarrollo comunitario y llegar, finalmente a las escuelas como una parte de la currícula y con fines principalmente pedagógicos (DES, 1997).

### **2.3. Definición de Educación para la salud.**

La Organización Mundial de la Salud define a la educación para la salud como "el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella" (OMS, 1954; en Vega & García, 1985 pag. 89).

La Secretaría de Educación Pública (SEP) la define como "un proceso que parte del conocimiento que tiene el escolar sobre sus condiciones de vida y sobre los fenómenos que ocurren en su cuerpo. Busca dar al niño los elementos que le permitan analizar sus características corporales y fisiológicas, especialmente las de su crecimiento y desarrollo, así como las posibilidades que de acuerdo con ellas vaya adquiriendo para desenvolverse física y socialmente... puede como instrumento sensibilizador-concientizador, colaborar en la solución de los problemas de salud mediante el planteamiento de alternativas basadas tanto en la expresión biológica e individual como en lo social de la enfermedad" (SEP; 1993, en Lozada, 1994 pag. 12-13).

Para el presente reporte de trabajo profesional la definición que tomamos, por ser más completa que las anteriores es la siguiente: "la educación para la salud es una disciplina que estudia y desarrolla los procesos que permiten generar pautas de conducta (individuales y sociales) favorables a la salud, a través de distintos niveles de acción, que van desde la transmisión de información hasta la reflexión y participación conjunta de los integrantes de dicho proceso (educadores y educandos). Cuyas metas son: la comprensión de las características de la conducta en relación con los problemas

de salud y la posibilidad de influir en ella con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud (Casa & Urbina, 1990 en Lozada, 1994 pag. 13; Vega & García, 1985 pag. 90).

El ámbito escolarizado es el lugar más apropiado para impartir esta disciplina siempre que se contemplen las siguientes consideraciones:

- a).- la información debe adecuarse a condiciones sociales, culturales y económicas de la región en que se impartirá.
- b).- el que transmite la información tiene que respetar las creencias y las costumbres de la población siempre que éstas no afecten a otros.
- c).- la información ha de ser multidireccional, para propiciar la participación comunitaria.
- d).- tendrá que trascender el edificio escolar; y
- e).- tener contacto permanente con la población escolar: padres de familia, alumnos y docentes (Lozada, 1994).

Al llevarla a la escuela se persiguen ciertas finalidades:

- Que el ambiente sea saludable para los alumnos
- Que el alumno adquiera conocimientos y hábitos higiénicos
- Que modifique los hábitos perjudiciales
- Que adquiera el concepto de valor, de la salud, dentro de su esquema de valores.
- Lograr que los alumnos, la familia y la comunidad apliquen los conocimientos higiénicos adquiridos en la escuela a la enfermedad (DES, 1997).

Como proceso promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la enfermedad, la salud y el uso de servicios médicos.

En seguida se hablará de como en el Estado de México se ha implementado el programa de Educación para la Salud y como ha surgido la figura del promotor de Educación para la Salud para darle seguimiento a este programa.

### **3. Descripción del Programa de Educación para la Salud del Estado de México.**

A partir de septiembre de 1981 la estructura orgánica de la Administración Pública del Estado de México se modificó, creándose las Secretarías. En la actualidad son once. Una de ellas es la Secretaría de Educación, Cultura y Bienestar Social (SECyBS) que se encarga de fijar y ejecutar la política educativa, cultural y de bienestar social en la entidad. También de promover, coordinar y fomentar los programas de educación para la salud, mejoramiento del ambiente y junto con las autoridades competentes la realización de campañas para prevenir y atacar la farmacodependencia y el alcoholismo. En el anexo 1 se presenta su organigrama. Subordinada de la SECyBS esta la Dirección General de Educación integrada por cinco Direcciones de Área, una de ellas es la Dirección de Apoyo a la Educación que tiene seis departamentos. De ésta depende el Departamento de Educación para la Salud (DES) que tiene como objetivo general promover acciones tendientes a conservar la salud física y mental de los educandos, así como apoyar el desarrollo de programas de mejoramiento ambiental y de conservación del equilibrio ecológico, su estructura orgánica la podemos apreciar en el anexo 1.

A su vez de la Dirección de Educación Básica depende la Subdirección de Educación Elemental que tiene a su cargo los Departamentos de Educación Preescolar y Educación Primaria, que son los niveles donde el PES realiza su labor.

El Gobierno del Estado de México a través de la Secretaría de Educación, Cultura y Bienestar Social (SECyBS) organiza los servicios educativos de la entidad de la siguiente manera:

Dependencia: Dirección general de Educación .

Programa: CB Educación

Subprograma: 01 Servicios Estatales.

Considerando La diversidad de acciones que difunde esta dirección, asigna al DES el desarrollo del proyecto No. 13.

Proyecto: 13 Desarrollar, ampliar, reformular, fortalecer el programa y reorganizar los servicios de educación ambiental y salud a fin de mejorar su desarrollo en las escuelas de nivel básico.

Las actividades del programa operativo se enmarcan en el primer y segundo nivel de prevención y para el logro de sus objetivos se organizan las acciones del primer nivel en 2 vertientes: Apoyo a contenido programáticos y Actividades comunitarias que están agrupadas en 4 áreas para fines de organización. En cuanto al segundo nivel las actividades comprendidas son: detección y canalización de problemas específicos al sector salud y atención odontológica.

Las áreas, objetivos, proyectos y actividades referentes al primer nivel son los siguientes:

*Área:* Educación Ambiental y Ecología.

*Objetivo:* Contribuir al mejoramiento de las condiciones ambientales de la comunidad a través del cuidado y la conservación de los recursos naturales disponibles en el medio

*Proyectos:*

Protección del Ambiente

*Actividades:*

-Campañas de reforestación y arbolización.

-Creación y conservación de áreas verdes.

-Implementación y cuidado de huertos escolares.

-Recolección, selección, utilización y disposición final de residuos sólidos.

-Información a la comunidad escolar sobre los efectos de la contaminación atmosférica en presencia de inversión térmica.

- Uso Racional del Agua.      -Sensibilizar a la comunidad escolar sobre importancia de cuidar el de agua.  
  -Revisión y mantenimiento de instalaciones hidráulicas y sanitarias.

Área: Prevención de Enfermedades

*Objetivo:* Incidir favorablemente en la salud de la comunidad escolar a través de la implementación de medidas de carácter práctico para evitar las enfermedades infecto-contagiosas, la malnutrición y la prevalencia de la caries dental y parodontopatías.

*Proyectos:*

*Actividades:*

- Prevención de Enfermedades Infectocontagiosas.      -Prevención de enfermedades  
  -Brotos epidémicos.  
  -Enfermedades diarreicas agudas (EDAS).  
  -Infecciones respiratorias agudas (IRAS).
- Orientación Nutricional      -Orientación nutricional.  
  -Refrigerio escolar.  
  -Tiendas escolares.  
  -Desayunos escolares.
- Salud Bucal      -Promoción de las medidas preventivas de las caries y parodontopatías.  
  -Enseñanza y evaluación de la técnica de cepillado.  
  -Control de la placa dentobacteriana.  
  -Aplicación de flúor.
- Ficha Biopsicosocial y Pedagógica      -Salud integral del escolar

Área: Emergencia y Primeros Auxilios.



*Objetivo:* Promover la participación activa de la comunidad escolar en el qué hacer en casos de Emergencia y catástrofe, así como disminuir el número de accidentes y la gravedad de sus consecuencias en la escuela, hogar y vía pública.

<i>Proyectos:</i>	<i>Actividades:</i>
Programa Estatal de Seguridad y Emergencia Escolar.	-Difusión del programa -Elaboración del diagnóstico situacional -Elaboración del plan de acción ante desastre. -Capacitación a brigadas. -Práctica de simulacros.
Prevención de Accidentes	-En la vía pública -En el hogar. -En la escuela.

*Área:* Salud Mental y Educación de la Sexualidad.

*Objetivo:* Desarrollar actividades tendientes a la conservación de la salud mental y a la educación de la sexualidad que coadyuven en el desarrollo del educando.

<i>Proyectos:</i>	<i>Actividades:</i>
Promoción y Preservación de la Salud Mental.	-Desarrollar actividades en la comunidad escolar para optimizar las relaciones personales. -Desarrollar actividades de recreación y convivencia.
Prevención de las Adicciones	-Desarrollar el proceso preventivo de la farmacodependencia. -Proporcionar información a la comunidad escolar ante las adicciones.
Educación de la Sexualidad	-Asesorar a la comunidad escolar en materia de población, educación de la sexualidad y planificación familiar y pater

nidad responsable.

-Asesorar al personal docente y a padres de familia sobre medidas preventivas ante enfermedades de transmisión sexual, incluye VIH-SIDA.

Área: *Contenidos Programáticos:*

*Objetivo:* Asesorar a los docentes de Educación Elemental, para el manejo y desarrollo de contenidos programáticos relacionados con Educación para la Salud, a través de actividades teórico-prácticas.

*Proyectos Preescolar:* -Bloque de juegos y actividades en relación con la naturaleza, en los aspectos de Salud, Ecología y Ciencia.

*Proyectos Primaria:* -Se proporciona asesoría al personal docente para el desarrollo de la temática en los rubros de: Educación Ambiental y Ecología, Prevención de Enfermedades, Emergencia y Primeros Auxilios, Salud Mental y Educación de la Sexualidad; relacionándose con Ciencias Naturales, Educación Cívica, Geografía y Educación Física.

Otro aspecto a considerar es el relacionado con el Comité de Seguridad y Salud Escolar. Se integra con la participación de docentes, alumnos, padres de familia, personal no docente que elabora la escuela y vecinos de la comunidad circundante al plantel, organizados en brigadas que previa capacitación serán los responsables de realizar las actividades establecidas en el programa que dará respuesta a la Ley y Reglamento de Protección Civil del Estado de México.

Ahora., hablaremos del PES para hacer una descripción de sus actividades.

#### **4. El Promotor de Educación para la Salud (PES).**

Las actividades de prevención primaria y educación para la salud pueden ser desarrollados por personal que sea egresado de las siguientes carreras: pedagogía, psicología, trabajo social, medicina, odontología, enfermería. A este personal se denomina como Promotor de Educación para la Salud, su trabajo es multidisciplinario dirigido a mejorar el servicio educativo que ofrece el Gobierno del Estado de México.

El programa que siguen los PES se caracteriza porque no depende del sector salud, sino de la Dirección General de Educación del Gobierno del Estado de México, la programación de actividades se hace con apego a los planes y programas de estudio de la SEP, pero a diferencia del Programa de Higiene Escolar y Educación para la Salud del Sistema Federal, el del Estado de México no contempla niveles de atención o diagnóstico en las escuelas y su fin es mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje en los programas, contenidos y temas relacionados con la prevención de enfermedades, la prevención de accidentes, educación de la sexualidad y salud mental, educación ambiental y ecología.

El PES es el especialista responsable de orientar y asesorar a los docentes, así como de cooperar activa y directamente en su labor con los alumnos de educación preescolar o primaria en el desarrollo de los contenidos programáticos. Es responsable ante su coordinador del eficiente desarrollo de los planes, programas y políticas que sobre el tema emanen de la Dirección General de Educación y de la Dirección de Apoyo a la Educación, así como de las disposiciones de la Coordinación Regional de Servicios Educativos que correspondan. Para ello programa, organiza, controla y evalúa sus actividades, con la sola limitación de las políticas y normas establecidas previamente.

Así, se expondrá en seguida las funciones que desempeña en la comunidad a su cargo.

Descripción del puesto del promotor:

Puesto	Promotor de Educación para la Salud
Adscripción	Departamento de Educación para la Salud
Jefe inmediato	Coordinador de Area
Contactos Permanentes	
Internos	Coordinador de Area Promotores de Educación para la Salud Supervisores del nivel Directores escolares Personal docentes Alumnos y Padres de Familia
Externos	Autoridades municipales Autoridades sanitarias municipales

Las funciones genéricas del PES son:

- junto con la comunidad investigará los datos epidemiológicos de la localidad del área de trabajo.
- detectar y evaluar los problemas de salud predominantes.
- buscar alternativas de solución al proponer junto con la comunidad programas de intervención con base en las necesidades y recursos de la propia comunidad.
- elaborar el plan anual de trabajo con su cronograma correspondiente que le permite organizar sus actividades, impartir asesorías técnicas y metodológicas e implementar nuevas alternativas didácticas para docentes de preescolar y primaria en tareas de educación ambiental y salud conforme a las características de la región, zona y escuela.

Las actividades que se realizan son:

- elaborar plan de trabajo anual, mensual y diario y la calendarización correspondiente.
- promover entre los docentes de educación básica el manejo y desarrollo de los contenidos programáticos y la metodología a emplear en el tema, de acuerdo a las características de la región
- integrar, asesorar y evaluar el funcionamiento de las brigadas del comite de seguridad y salud escolar de las instituciones a su cargo.
- detectar y en su caso canalizar a los educandos que requieran de atención a su salud. Coordinar acciones con el directivo escolar y cuando así se requiera, informar a las autoridades educativas y sanitarias respectivas.
- promover cursos-taller y conferencias encaminadas a elevar el nivel técnico pedagógico de los docentes.
- informar sobre el avance programático del área, así como de las actividades correlativas, realizadas en las escuelas que atiende, cuando el coordinador de área así lo requiera.
- colaborar con el coordinador de área en las actividades técnico-administrativas que se desarrollen en el ciclo escolar.
- promover y desarrollar actividades educativas con padres de familia y alumnos sobre educación ambiental.
- orientar a los docentes sobre la elaboración y adquisición de material didáctico que favorezca el aprendizaje del área a su cargo.
- participar en la realización de todo tipo de eventos encaminados al cuidado del medio ambiente y preservación de la salud.

Tomando todo lo anterior, nos damos cuenta que el psicólogo, por su formación, tiene todos los elementos necesarios, para desarrollar las actividades que el promotor de educación para la salud desempeña. se puede desenvolver en el primer nivel de

atención a la salud bajo premisas del modelo biopsicosocial, en comunidad y con cualquier tipo de población de una manera satisfactoria, como se mostrará en el siguiente reporte de trabajo profesional, que tiene como fin:

- Reportar las actividades realizadas por el psicólogo durante un año de trabajo, como Promotor de Educación para la Salud en una comunidad escolar.
- Enmarcar, desde la postura cognitivo-conductual (según el análisis que se puede hacer de los datos) este reporte de trabajo profesional bajo las premisas de la psicología de la salud y con el enfoque biopsicosocial.
- Ubicar su desempeño dentro del primer nivel de prevención, y,
- Resaltar la importancia de la inserción del psicólogo en comunidad dentro del primer nivel de prevención, concretamente a lo que a promoción se refiere mediante las premisas de la educación para la salud.



## Capítulo 5

---

### ***Reporte de trabajo Profesional: El Psicólogo como Promotor de Educación para la Salud.***

#### ***Método***

- Se elaboró el Programa de Trabajo Anual al inicio del ciclo escolar.
- Cada mes se dosificó el programa anual (plan mensual).
- Cada mes se realizó un informe de las actividades realizadas del plan mensual.
- Al final del ciclo escolar se concentraron los datos de los informes mensuales para conocer las metas alcanzadas y evaluar el Programa de Trabajo Anual.

#### ***Sujetos.***

1361 alumnos de primaria que cursan del 1er. al 6o. grado cuyas edades fluctúan entre los 6 y 14 años de edad, 71 profesores, 5 directores escolares, 5 concesionarios de tiendas escolares, 5 conserjes y los padres de familia de los alumnos.

#### ***Escenario.***

Las acciones que aquí se reportan se llevaron a cabo en cinco escuelas oficiales de nivel básico (primarias) del Estado de México, cuatro de ellas localizadas en el municipio de Naucalpan de Juárez y una en Jilotingo. Las cuales pertenecen a la Coordinación Regional de Servicios Educativos 03 (CRESE), Zona Escolar 09.

#### ***Materiales.***

Los materiales empleados en el trabajo con la comunidad escolar fueron: gis, borra-

ESTADO DE MÉXICO  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
DIRECCIÓN GENERAL DE LA BIBLIOTECA

dor, pizarrón, hojas blancas o mimeografiadas, cuadernos, libros de texto de los alumnos, colores, lápiz, resistol, tijeras; recortes, dibujos, láminas, monografías, esquemas, rotafolios, trípticos, folletos, videgrabaciones con temas relacionadas al área; televisión y videoreproductora. Para planear las actividades fueron: formatos de: plan de clase y actividades prácticas. Para la recolección de datos: formato de informe mensual, del comité de seguridad y emergencia escolar, del programa integral de la salud del escolar; evaluación de simulacros, tiendas escolares y registro de accidentes (estos formatos aparecen en el anexo 2).

### **Procedimiento.**

Se elaboró el programa anual de actividades al inicio del ciclo escolar. Este delimita las acciones a realizar durante todo el ciclo. Como primer punto se realiza un diagnóstico de la población con que se trabaja, el cual tiene como fin detectar las prioridades educativas básicas en el proceso enseñanza-aprendizaje y al mismo tiempo permite al promotor planear las actividades respetando los objetivos y programas del DES, de cada una de las áreas que lo conforman, sus políticas y sus tiempos.

Se detectan las condiciones económicas, políticas, sociales, culturales y ecológicas de la comunidad. Con este diagnóstico, se obtienen los siguientes datos:

- a) Datos de identificación: coordinación regional y de área, zona escolar, nivel educativo de las escuelas que se atienden, municipio en donde se localizan.
- b) Datos estadísticos: municipios atendidos, Número de escuelas, de docentes y alumnos.
- c) Características físicas del edificio escolar: que tipo de construcción tienen, mobiliario, características de los anexos y servicios públicos con que cuenta.
- d) Aspectos Epidemiológicos de la comunidad escolar: causas de mortalidad y morbilidad, campañas de salud que se realizan, causas de ausentismo escolar, brotes de



enfermedad en la escuela, estado nutricional del alumnado.

- e) Aspectos socioeconómicos de la localidad. Servicios públicos, infraestructura en salud y en servicios educativos, índice de desintegración familiar, delincuencia, adicciones, instituciones de atención y apoyo a la problemática de salud mental y educación de la sexualidad, fuentes de trabajo, actividades más preponderantes.
- f) Aspectos de seguridad: factores de riesgo naturales y humanos.
- g) Ubicación geográfica de la comunidad: En un croquis se señalan sus puntos de referencia más importantes como caminos, cabecera municipal, ríos, posibles fuentes de contaminación o de otros riesgos, barrancas, etcétera.
- h) Problemas de salud: principales condiciones que predisponen a la enfermedad en la escuela y en la comunidad. Principales enfermedades en la comunidad escolar.

Una vez que se realiza el diagnóstico, el siguiente paso es hacer la planeación de actividades para todo el ciclo basándose en la estructura del programa, se anota la clave, sección, proyecto y actividad, unidad de medida que tendrá, es decir la actividad concreta con que se abordará dicho proyecto, por ejemplo, con asesorías, pláticas, campañas, áreas verdes creadas o limpiadas, árboles plantados, talleres implementados, verificaciones hechas, ceremonias, periódicos murales, carteles, etcétera, se anota el total de actividades que se piensan realizar por todo el ciclo, también en que escuelas y mes a llevarse a cabo (ver la sección correspondiente en el anexo 2)

Para terminar el plan anual, se agregan como muestra, los distintos formatos que se emplearán durante el ciclo escolar, los cuales se comentarán más adelante, el croquis de localización de las escuelas y una hoja de firmas, en esta el coordinador de área (jefe inmediato) da el visto bueno, y el supervisor de la zona escolar y los directivos firman y sellan de que están enterados.

Después de elaborar el programa de actividades, se lleva a cabo su ejecución du-

rante el ciclo escolar, para lo cual se dosifica presentando al coordinador de área un plan en las reuniones mensuales (que se llevan a cabo en la coordinación de área, en las cuales se presentan las formas que muestran los sellos de las escuelas, se entregan diversos documentos, se transmiten experiencias y se dan las indicaciones de las autoridades). El plan mensual consta de dos secciones: el de clase, en donde se anotan las actividades que se llevarán a cabo con los maestros y alumnos (apoyo a los contenidos programáticos) y el de las actividades prácticas que se realizarán con la comunidad escolar: alumnos, maestros y padres de familia. En el anexo 2 se muestran los formatos, en el caso de el plan de clase, estos se llenan con los datos del: grado en que se va trabajar, eje temático, tema, subtema, asignatura, la línea de acción o área del programa, los propósitos y actividades para que se dé el aprendizaje, actividades de inicio, estrategias para la enseñanza, actividades de cierre (evaluación), las técnicas y recursos didácticos (método que se empleará) y los materiales que se utilizarán. Se agrega un espacio para llevar el control diario, en él se anota la fecha y el número de beneficiados por escuela, en observaciones se anotará alguna eventualidad que haya impedido la realización de la actividad.

El formato de apoyo a comunidad (actividades prácticas) se llena con los datos de la escuela, la clave del proyecto, la actividad específica y los beneficiados. Consta de un espacio para que los directores firmen y sellen lo cual harán el día de la visita del promotor, con esto se avale la asistencia del PES y se entera de la planeación. También el PES firma, así como el jefe inmediato que además pone su sello.

Existe un tercer formato, el de reafirmación de los temas, que es la unión de los dos anteriores, en el área de apoyo a contenido sólo se le pone la leyenda "Durante esta semana se trabaja en los temas y grupos que requieren reafirmarse". El de actividades prácticas se rellena normalmente (ver anexo 2).

Se requiere llenar un formato de plan de clase por cada tema. como mínimo se tiene que trabajar un tema por grado. que es lo más recomendable por cuestiones de tiempo, Toda una semana se trabaja con dos grados distintos, por ejemplo 1° y 2°, tratando de abarcar a todos los grupos de estos grados en las cinco escuelas asignadas. Para esto se sugiere que sea durante las 3 primeras horas del turno, las otras 2 serían para las actividades prácticas que podrían ser dando clase sobre diversos temas propios del área de comunidad, asesorando a los maestros, a las brigadas, dando pláticas a los padres, concesionarios o directivos. Aunque esto es relativo, porque aveces, es mejor trabajar en las primeras horas con los padres de familia (que casi siempre son las más quienes acuden) por ser en las mañanas cuando ellos disponen de tiempo.

De este modo un plan mensual puede estar integrado por 6 formatos de plan de clase, 3 de actividades prácticas y uno de reafirmación.

Cada mes se reporta al coordinador de área las actividades realizadas en el Formato de Informe Mensual, al cual sólo se le anotan el mes, las metas programadas, alcanzadas y la diferencia que hubo, el número de beneficiados señalando cuantas escuelas, docentes, grupos, alumnos y padres de familia y municipio (ver anexo 2) Los datos del proyecto, la actividad y la unidad de medida ya están impresos

Existen unos formatos especiales que se llenan por escuela y se entregan, junto con uno que concentra los datos, al coordinador. Estos son: el informe de actividades del comite de seguridad y emergencia escolar, se entrega en diciembre y junio; el del programa de salud integral, se lleva a cabo en diciembre, marzo y junio

El funcionamiento de las tiendas escolares se verifican en cada visita, para llevar un control se tiene un formato que es llenado cada mes, con estos datos se llena un concentrado que es entregado en noviembre y mayo

Cada mes se tiene que hacer dos simulacros en cada escuela, para llevar un segui-

miento se llena un formato de evaluación que únicamente sirve como retroalimentación y registro, puede ser llenado en cada simulacro o mensualmente.

El formato de registro de accidentes lo lleva cada escuela, lo maneja el encargado del botiquín escolar y se va llenando cada vez que hay algún lesionado en la escuela, éste sirve como registro y ayuda a llenar el informe del comité de seguridad escolar. Estos últimos formatos también se muestran en el anexo 2.

### ***Resultados y conclusiones.***

Al final del ciclo escolar los datos de estos informes se concentran para elaborar la Evaluación Anual del Programa de Trabajo. Se consideran las metas programadas, las alcanzadas y el porcentaje que resultó; tanto para las actividades prácticas como para el apoyo a contenidos programáticos. Con los porcentajes se elaboran gráficas por áreas, cada barra de la gráfica corresponde a un proyecto, cuando uno de ellos tuvo varias actividades, se promediaron para obtener un solo porcentaje. De este modo el análisis de los datos es más claro.

También se elabora una gráfica que engloba a las cuatro áreas y a contenidos programáticos con el fin de exponer en cual de ellos se alcanzó el mayor logro.

Finalmente se analiza cuales fueron las problemáticas detectadas durante el ciclo escolar que impidieron alcanzar las metas propuestas y con esto plantear las posibles soluciones a practicar en el siguiente ciclo.

A continuación se menciona en la tabla 1, la Estructura del Programa con sus áreas o proyectos y las claves que tienen cada uno de ellos, estas claves permitirán ubicarlos en sus respectivas gráficas. También vemos las metas propuestas al inicio del ciclo escolar y el total de alcanzadas, así como también el porcentaje logrado.

**Tabla 1.** Muestra las metas propuestas al inicio del ciclo escolar para cada uno de los proyectos el total de acciones que lograron realizarse, así como también el porcentaje logrado al final del ciclo escolar.

CLAVE	PROYECTO	ACTIVIDAD RELEVANTE	META		
			PRO	ALC	%
1	<b>EDUCACIÓN AMBIENTAL Y ECOLOGÍA</b>				
1 1	Proteccion del Ambiente				
1 1 1	Creacion de areas verdes	Asesorias Areas	4 3	10 3	100 100
1 1 2	Conservacion de areas verdes	Asesorias Platica Area	4 10 30	16 10 25	100 100 85
1 1 3	Campañas de reforestacion	Asesoría Platica Arboles	8 2 20	8 8 300	100 100 100
1 1 4	Establecimiento de huertos escolares	Asesoría Area	2 2	8 2	100 100
1 1 5	Mantenimiento de huertos escolares	Asesoría Platica Área	6 6 2	9 1 2	100 17 100
1 1 6	Manejo de residuos solidos	Campaña Taller Asesoría Platica	10 5 5 39	10 6 1 0	100 100 20 0
1 1 7	Contaminacion Atmosferica e inversion termica	Platica Asesoría Campaña	10 5 0	5 0 0	50 0 0
1 2	Uso Racional del Agua				
1 2 1	Cultura del agua	Campaña Asesoría Platica	5 5 5	5 0 50	100 0 100
1 2 2	Mantenimiento de instalaciones sanitarias	Verificacion Deposito Asesoría Platica	55 10 5 10	55 15 15 10	100 100 100 100
1 3	Brigadas Ecologicas Escolares				
1 3 1	Integracion y toma de protesta	Brigadas	5	5	100
1 3 2	Capacitacion	Taller Asesoría Platica	0 15 10	0 21 15	0 100 100

CLAVE	PROYECTO	ACTIVIDAD RELEVANTE	META		
			PRO	ALC	%
1 3 3	Ejecucion de Actividades	Areas	5	13	100
		Campañas	10	0	0
		Asesoría	10	7	70
1 4	Manejo Sustentable de Recursos Naturales				
1 4 1	Semana del amor a la naturaleza	Ceremonia	5	5	100
		Periodico mural	5	5	100
		Desfile	0	0	
		Concurso	5	4	80
		Campaña	0	0	
		Platica	5	5	100
		Asesoría	5	5	100
		Escenificacion	0	0	
		Cantos	0	0	
1 4 2	Semana del medio ambiente	Ceremonias	5	5	100
		Periodico mural	5	5	100
		Concurso	5	5	100
		Campaña	0	3	100
		Platica	5	8	100
		Asesoría	5	5	100
		Escenificacion	0	0	
		Cantos	0	0	
2	<b>PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES</b>				
2 1	Prevencion de Enfermedades Infecciocontagiosas				
2 1 1	Prevencion de enfermedades infecciosas y parasitarias	Asesoría	5	5	100
		Plática	14	11	78
		Periodico mural	5	0	0
		Campaña	2	0	0
2 1 2	Enfermedad diarreica aguda	Asesoría	5	0	0
		Plática	10	15	100
		Campaña	0	5	100
		Periodico mural	5	5	100
2 1 3	Infeccion respiratoria aguda	Asesoría	5	0	0
		Platica	10	12	100
		Campaña	0	0	
		Periodico mural	5	8	100
		Difusión	0	0	
2 1 4	Brotos epidemicos	Reporte	5	5	100
2 1 5	Semanas nacionales de salud	Difusión	15	15	100
2 2	Alimentacion y Nutricion				
2 2 1	Orientación nutricional	Asesoría	5	0	0
		Platica	10	7	70
		Taller	0	0	
2 2 2	Refrigerio escolar	Verificacion	5	5	100

CLAVE	PROYECTO	ACTIVIDAD RELEVANTE	META		
			PRO	ALC	%
2 2 3	Tiendas escolares	Verificacion Platica	55 10	55 10	100 100
2 2 4	Desayunos escolares	Verificacion	44	44	100
2 3	Prevencion de Caries y Parodontopatias				
2 3 1	Actividades teóricas	Asesoria Platica	5 21	4 19	80 90
2 3 2	Enseñanza y evaluacion de tecnica de cepillado	Act Practica	21	48	100
2 3 3	Control de placa dentobacteriana	Act Practica	12	0	0
2 3 4	Aplicacion de fluoruro	Dosis Alumino	12 1340	12 1340	100 100
2 4	Ficha Biopsicosocia				
2 4 1	Salud Integracion del Escolar	Asesoria Platica Alumno	39 0 1340	18 10 1340	46 100 100
2 5	Fechas Especiales a Conmemorar				
2 5 1	Dia Mundial de la Alimentacion	Ceremonia Periodico mural Platica Campaña Carteles Muestra Gastronomicas	5 5 5 0 0 0	5 5 10 0 0 0	100 100 100 0 0 0
2 5 2	Dia Mundial de la Salud	Ceremonia Periodico mural Platica Campaña	5 5 5 0	5 0 0 0	100 0 0 0
3	<b>EMERGENCIA Y PRIMEROS AUXILIOS</b>				
3 1	Programa Estatal de Seguridad y Emergencia Escolar				
3 1 1	Integracion del comite	Comite	5	5	100
3 1 2	Elaboracion del diagnostico situacional	Documento Asesoria	5 5	5 0	100 0
3 1 3	Elaboración del plan de accion ante desastres	Documento Asesoria	5 5	3 0	60 0
	Revisión del botiquin escolar	Verificacion	5	25	100
	Registro de accidentes	Documento	5	3	60
3 1 4	Capacitacion de brigadas	Asesoria Platica Curso Taller	15 15 0 0	16 5 1 0	100 33 100 0
3 1 5	Señalización	Señales	5	3	60

CLAVE	PROYECTO	ACTIVIDAD RELEVANTE	META		
			PRO	ALC	%
3 1 6	Practica y evaluacion de simulacros	Documento	50	21	42
3 2	Prevencion de Accidentes				
3 2 1	En la escuela, el hogar y la via publica	Asesoría	0	0	
		Platica	10	30	100
		Campaña	5	2	40
		Dispositivo	0	0	
3 3	Fechas Especiales a Conmemorar				
3 3 1	Dia Internacional para la Reduccion de los Desastres	Ceremonia	5	5	100
		Periodico mural	5	5	100
		Asesoría	5	5	100
		Plática	5	5	100
		Simulacros	5	5	100
		Difusion	0	0	
4	<b>SALUD MENTAL Y EDUCACIÓN DE SEXUALIDAD</b>				
4 1	Promocion y Preservación de la Salud Mental				
4 1 1	Optimizacion de relaciones interpersonales	Platica	5	7	100
	Derechos del niño	Asesoría	0	0	
		Platica	5	3	60
		Asesoría	0	0	
		Difusion	5	0	0
	Maltrato al menor	Platica	5	0	0
		Asesoría	0	0	
		Difusion	5	0	0
	Uso del tiempo libre	Platica	6	7	100
		Asesoría	6	1	17
		Difusion	6	0	0
4 1 2	Actividad de recreacion y convivencia	Asesoría	0	0	
		Platica	12	7	58
4 2	Prevencion de Adicciones				
4 2 1	Proceso preventivo de la farmacodependencia	Asesoría	0	5	100
		Platica	12	8	67
4 2 2	Informacion sobre medidas preventivas de las adicciones	Asesoría	0	0	
		Platica	10	5	50
4 3	Educacion de la Sexualidad				
4 3 1	Educacion de la sexualidad	Asesoría	5	0	0
		Platica	5	0	0
	Planificacion familiar	Asesoría	5	0	0
		Platica	6	3	50
	Paternidad responsable	Asesoría	0	0	
		Platica	10	20	100
4 3 2	Medidas preventivas ante las enfermedades sexualmente transmisibles incluira el VIH/SIDA	Asesoría	5	0	0
		Plática	5	0	0
4 4	Fechas Especiales a Conmemorar				
4 4 1	Dia Mundial de la Lucha Contra el SIDA	Ceremonia	5	5	100
		Periodico mural	5	5	100
		Asesoría	5	5	100
		Platica	5	5	100



CLAVE	PROYECTO	ACTIVIDAD RELEVANTE	META		
			PRO	ALC	%
4 4 2	Dia Mundial Sin Fumar	Difusion	0	0	
		Ceremonia	5	5	100
		Periodico mural	5	5	100
		Asesoría	5	5	100
		Plática	5	5	100
		Difusion	0	0	
4 5	Educacion y Comunicacion en Poblacion				
4 5 1	Salud reproductiva	Periodico mural	5	5	100
		Asesoría	0	0	
		Plática	5	5	100
		Difusion	0	0	
4 5 2	Dia Mundial de la Poblacion	Ceremonia	5	5	100
		Periodico mural	5	5	100
		Asesoría	0	0	
		Plática	5	10	100
		Difusion	0	0	
5.	<i>APOYO A CONTENIDOS PROGRAMATICOS</i> (Para obtener el porcentaje se sumaron los temas programados, se multiplicaron por el numero de grupos por regla de 3 se obtuvo el porcentaje)				
	Se apoyaron los siguientes temas				
	1er Grado				
	Partes de nuestro cuerpo				
	Antes y ahora en la historia personal				
	El agua es un recurso escaso				
	Prevención de accidentes				
	Identificación de las diferencias y semejanzas de las plantas y animales				
	Identificación de las diferencias y semejanzas del campo y la ciudad				
	Los derechos de los niños				
	Descripción e identificación de distintos tipos de familia. Los medios de comunicación que se emplean en la comunidad				
	2° Grado				
	Cambios personales a través del tiempo				
	Importancia de la alimentación				
	Los distintos tipos de familia				
	El cuidado del medio ambiente				
	Estructura del cuerpo humano: piel, músculos y huesos				
	Conocimiento y aplicación de algunas medidas para prevenir accidentes				
	El trabajo como medio para satisfacer necesidades				
	Conocimiento de los derechos y deberes de la comunidad				
	La importancia de todos los oficios				
	La participación en las fiestas cívicas y en las costumbres como elementos que conforman la identidad nacional				
	3er Grado				
	Agua, su importancia para la vida	Clase	56	51	91

CLAVE	PROYECTO	ACTIVIDAD RELEVANTE	META		
			PRO	ALC	%
	Procedencia y destino de los desechos solidos Las plantas, productoras de alimentos y oxigeno, su importancia para la vida Estructura, funcion y cuidados del aparato respiratorio Estructura, funcion y cuidados del aparato digestivo Estructura, funcion y cuidado del aparato circulatorio Manifestaciones mas comunes de las enfermedades del aparato digestivo Manifestaciones mas comunes de las enfermedades del aparato respiratorio Los derechos consagrados en la Constitucion Politica de los Estados Unidos Mexicanos				
	4° Grado Los animales oviparos y viviparos Los alimentos como fuente de energia Manifestaciones mas frecuentes de las enfermedades del aparato respiratorio Estructura, cuidado y funcion de los organos de los sentidos Sistema inmunologico estructura, cuidado y funcion Caracteristica de los seres vivos Nacer, crecer desarrollarse, reproducirse y morir Estructura, funcion y cuidados del sistema urinario Estructura, funcion y cuidados sistema locomotor Los procesos de deterioro ambiental	Clase	54	43	79
	5° Grado La higiene personal Importancia de una alimentacion equilibrada Contaminacion del aire suelo y agua Sistema glandular exocrino Sistema glandular endocrino Aparato reproductor masculino y femenino Cambios fisicos en la pubertad Prevencion contra las habitaciones	Clase	54	43	92
	6° Grado Brigadas de seguridad Consumismo y consumo alimentos de escaso valor nutritivo Agentes contaminantes Células reproductoras humanas Fecundación embarazo y parto Farmacodependencia y drogadiccion Primeros auxilios en caso de quemaduras intoxicacion y piquetes de animales ponzoñosos	Clase	54	50	88

En el cuadro se puede apreciar que las metas programadas para algunas actividades es de cero, esto fue porque al inicio del ciclo escolar no se tenia planeado realizar estas actividades pero como el formato ya las tiene establecidas no es posible que se quiten.

Para otras actividades las metas alcanzadas fueron muy bajas (menores del 50%) como en pláticas para huertos escolares donde se alcanzó solo el 17%, asesorías en manejo de residuos sólidos 20%, asesoría en salud integral del escolar 46%, pláticas en capacitación a brigadas de seguridad escolar 33%, el llenado del documento para la evaluación del simulacro 42%, campañas en prevención de accidentes 40% y asesorías del uso del tiempo libre 17%. Estos porcentajes salieron bajos porque durante el año hubo que implementar o dar prioridad a otros proyectos.

También hubo actividades que se planearon al inicio pero que no pudieron llevarse a cabo, el porcentaje obtenido en estas fue de 0: Asesoría en inversión térmica, cultura del agua, prevención de enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias agudas, orientación nutricional, (estas actividades quedaron comprendidas en otras: por ejemplo al darse pláticas a los alumnos sobre inversión térmica y al estar los maestros dentro del grupo ya no fue necesario darle la asesoría a ellos) campañas no ejecutadas por las brigadas ecológicas, campañas en prevención de enfermedades infecciosas y parasitarias (debido a que se suspendió por que en el ciclo anterior hubo problemas con los padres) actividades prácticas en control de placa dentobacteriana, periódico mural y pláticas en el día mundial de la salud (no se pudo conseguir el material: carteles, papel, agua hervida, pastillas reveladoras) asesoría en elaboración de diagnóstico situacional y del plan de acción ante desastre (no se dieron los espacios de tiempo), pláticas en práctica y evaluación de simulacros, difusión y plática de derechos del niño, maltrato al menor, asesorías y pláticas en educación de la sexualidad y planificación familiar (se abarcaron los temas en los contenidos programáticos).

Otras se realizaron en mayor número que las programadas debido a que se vio la necesidad de reforzar aún más de lo previsto este tipo de actividades: asesorías de

creación y conservación de áreas verdes, establecimiento y mantenimiento de huertos escolares, mantenimiento de instalaciones sanitarias, capacitación a brigadas ecológicas, práctica y evaluación de simulacros. Pláticas de campañas de reforestación, cultura del agua, del día mundial de la población, prevención de accidentes, paternidad responsable, del día mundial sin fumar y de la población. Limpieza de depósitos de agua, áreas verdes creadas por la brigada y verificación del botiquín. Actividades prácticas de enseñanza y evaluación de técnica de cepillado entre otras.

Algunas actividades no se contemplaron al inicio del ciclo escolar, pero se tuvieron que realizar por ser programas que surgieron durante el año o se vio la necesidad de realizarlas: Campaña de prevención de enfermedades diarreicas, pláticas de salud integral del escolar, un curso para las brigadas y asesorías sobre el proceso preventivo de la farmacodependencia.

Esto muestra que el plan anual es muy flexible y se va adecuando a las necesidades que vayan surgiendo a lo largo del ciclo escolar. Algunas actividades no se pueden llevar al 100%, unas se dejarán de lado, otras se tendrán que reforzar y algunas más tendrán que implementarse aún sin haberlas considerado al inicio dependiendo de las condiciones que la misma dinámica del trabajo vaya dictando.

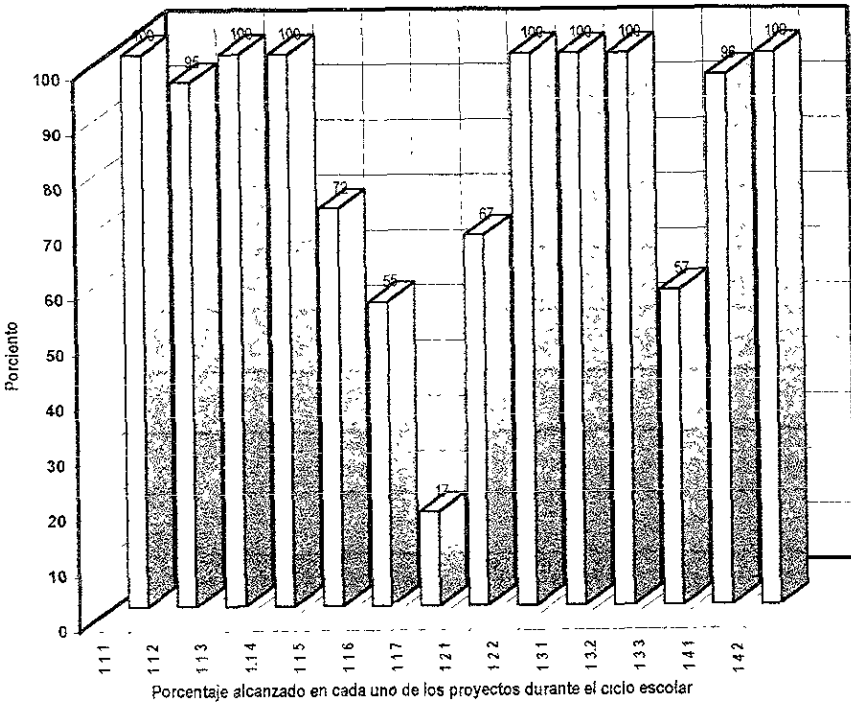
También en los tiempos, para realizar algunas actividades, es flexible. Pudiéndose adelantar o retrasar dichas actividades, por ejemplo, si se programo pláticas contra las infecciones respiratorias agudas (IRAS) en noviembre, pero hay mucha incidencia de enfermos por esta causa en octubre, entonces lo conveniente es adelantar las actividades de prevención contra estas enfermedades y por el contrario quizás se tenía programado hablar sobre prevención de caries o nutrición en el mismo mes, pero al haber otra prioridad, estas tendrían que esperar

A continuación se presentan las gráficas por área, que muestran los porcentajes

alcanzados con respecto a lo que se programó, para cada uno de los proyectos y en la sexta se engloba a las 5 áreas con el fin de ver en cual de ellas se alcanzo el mayor porcentaje durante el ciclo escolar.

En la figura 1 observamos los porcentajes alcanzados en los proyectos que conforman el área de Educación Ambiental y Ecología. cuyo objetivo es: Contribuir al mejoramiento de las condiciones ambientales de la comunidad a través del cuidado y la conservación de los recursos naturales disponibles en el medio. El proyecto con menos porcentaje fue el que se refiere a contaminación atmosférica e inversión térmica (17%) debido a que en ese invierno las condiciones atmosféricas fueron favorables para la

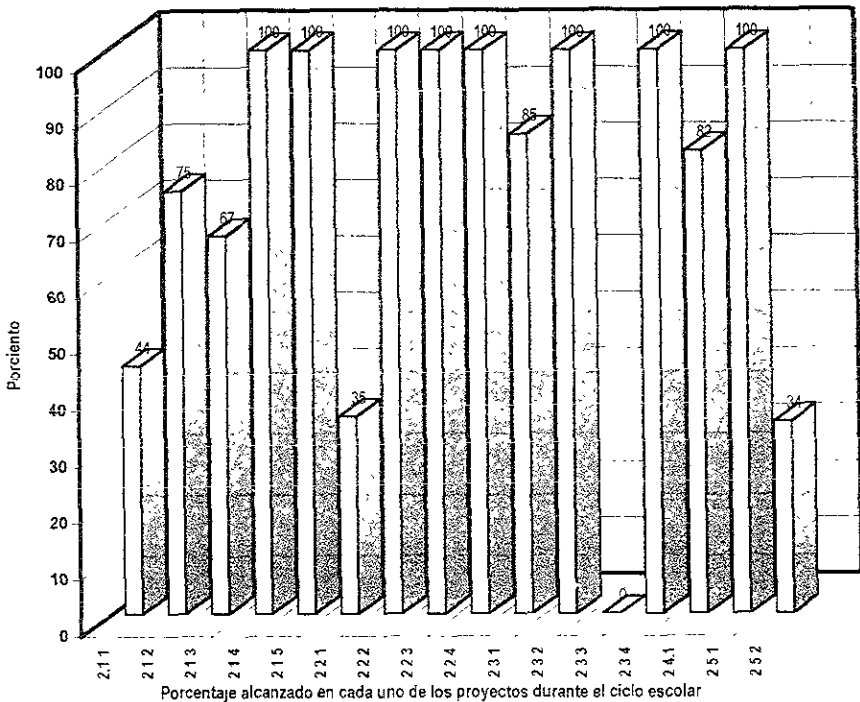
Fig. 1. Gráfica de Educación Ambiental y Ecología



dispersión de los contaminantes disminuyendo significativamente los fenómenos de inversión térmica, de modo tal que no hubo necesidad de implementar las campañas programadas, además como ya se menciona antes, las asesorías se incluyeron, a la hora de hacer el reporte mensual como pláticas (10 cuando solo se programaron 5), pero 0 asesorías habiéndose programado 5.

En la figura 2 se muestra los resultados obtenidos en el área de prevención de enfermedades, que tiene como objetivos: Incidir favorablemente en la salud de la comunidad escolar a través de la implementación de medidas de carácter práctico para evitar las enfermedades infectocontagiosas, la malnutrición y la prevalencia de la caries

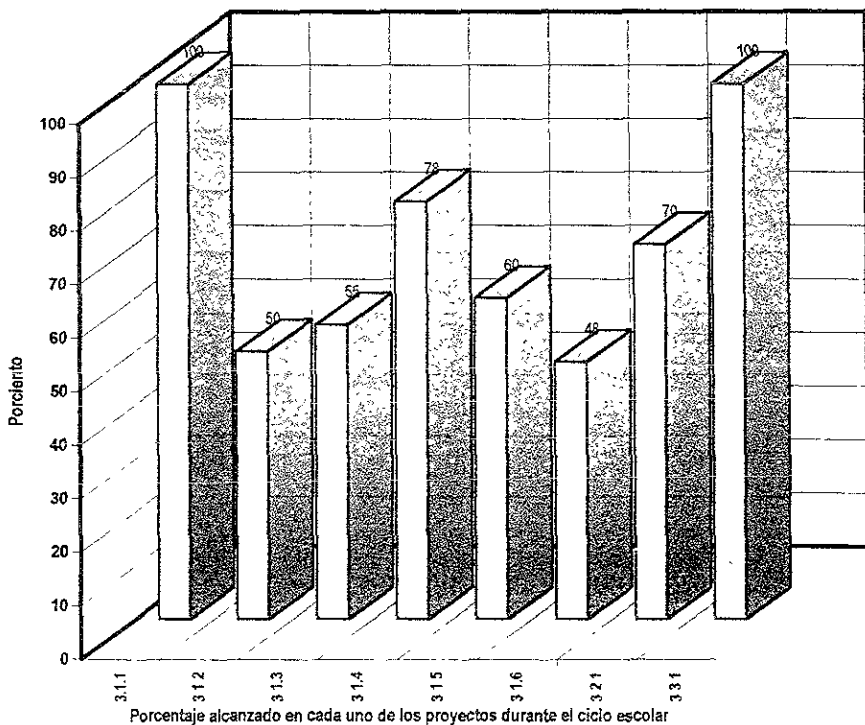
Fig. 2. Gráfica de Prevención de Enfermedades



dental y parodontopatías. Sobresale que las actividades prácticas para demostrar cómo se lleva a cabo el control de placa dentobacteriana (consiste en masticar una pastilla reveladora u otro material con el fin de entintar a la película formada por los restos de alimentos y bacterias que envuelve a los dientes y encía, ésta se llama placa dentobacteriana y se tiene que eliminar con un el uso de hilo dental y un cepillado más intenso porque de lo contrario pueden provocar caries o gingivitis) no se realizaron debido a que no hubo el material necesario.

La figura 3 muestra la gráfica del área de emergencia y primeros auxilios, que tiene como objetivo: promover la participación activa de la comunidad escolar en el qué ha-

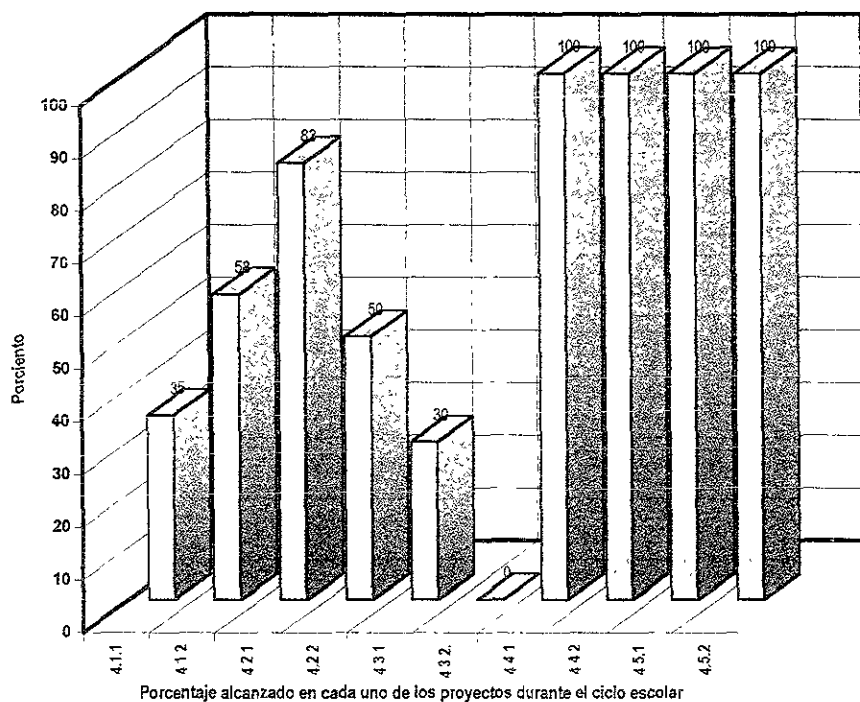
Fig. 3. Gráfica de Emergencia y Primeros Auxilios



cer en casos de Emergencia y catástrofe, así como disminuir el número de accidentes y la gravedad de sus consecuencias en la escuela, hogar y vía pública. Se observa que los porcentajes más bajos son para los proyectos que tienen que ver con la protección civil: práctica y evaluación de simulacros (48%), diagnóstico situacional (50%), elaboración del plan de acción ante desastres (55%) y la pinta de señales de las rutas de evacuación, zonas de riesgo, de seguridad y letreros con la leyenda "no corro, no grito y no empujo" (60%).

En la figura 4 podemos observar que los proyectos del área de salud mental y educación de la sexualidad, que tiene como objetivo: desarrollar actividades tendientes a la

Fig. 4. Gráfica de Salud Mental y Educación de la Sexualidad

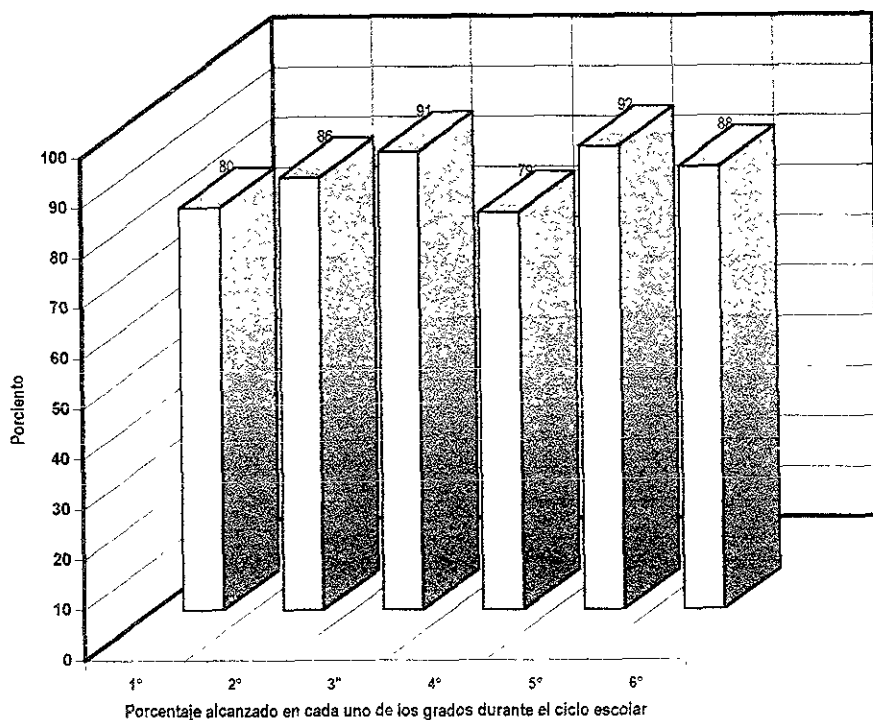




conservación de la salud mental y a la educación de la sexualidad que coadyuven en el desarrollo del educando, en general tuvieron logros bajos, solo los días especiales a conmemorar alcanzaron el 100%. Las pláticas y asesorías para el proyecto 4.3.2 sobre las medidas preventivas para las enfermedades sexualmente transmisibles que incluyen al SIDA, no se trabajaron, aunque como se menciona anteriormente el tema se abordó en el día mundial de la lucha contra el SIDA. El Proyecto de educación de la sexualidad alcanzó el 30% y optimización de las relaciones interpersonales el 35% y el proyecto sobre las medidas preventivas de las adicciones solo el 50%,

La figura 5 nos muestra los porcentajes alcanzados para el área de apoyos a conte-

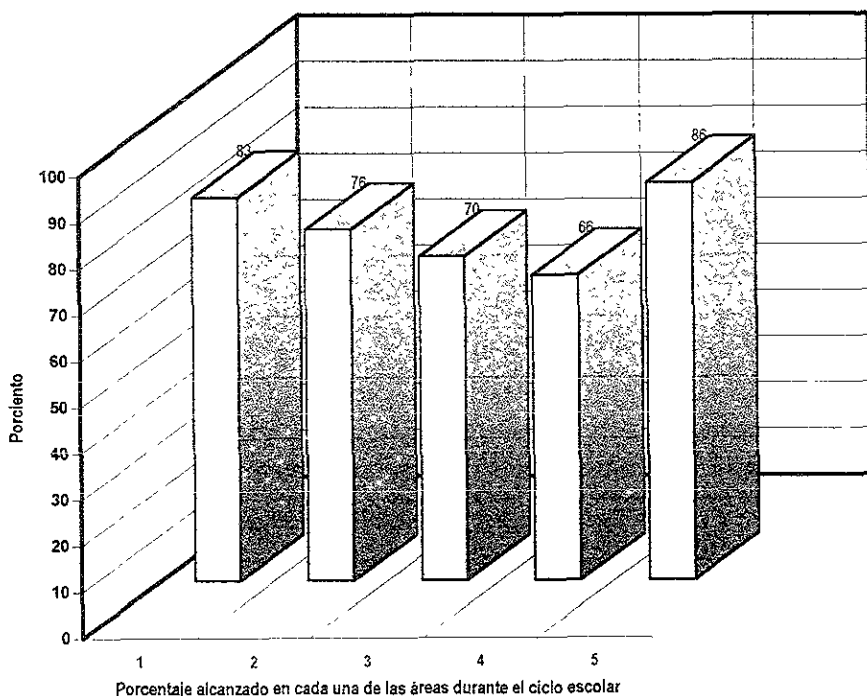
**Fig. 5. Gráfica de Apoyo a Contenidos Programáticos**



nidos programáticos, que tiene como objetivo: asesorar a los docentes de Educación Elemental, para el manejo y desarrollo de contenidos programáticos relacionados con Educación para la Salud, a través de actividades teórico-prácticas, se trabaja dando clases modelos directamente con los grupos. Como se puede ver es la gráfica más consistente, el grado que menos se trabajo fue 4° y el grado con mayor porcentaje alcanzado fue el de 5°. En el cuadro se pueden ver los temas que se abordaron para cada uno de los grados.

La figura 6 muestra los porcentajes alcanzados para cada una de las 5 áreas que conforman el programa de educación para la salud. En ninguna se logro el 100%, se

**Fig. 6. Gráfica de las áreas que conforman a Educación para la Salud**



trabajo más en contenidos programáticos ( 86%) y con educación ambiental y ecología (83%). Durante este ciclo tuvieron prioridad los proyectos de estas áreas.

La que menor porcentaje obtuvo fue salud mental y educación de la sexualidad (66%). El área de prevención de enfermedades 76% y el de emergencia y primeros auxilios 70%.

El analizar estas gráficas permiten observar cuales son las áreas y proyectos que son menos trabajados o si las metas propuestas al inicio son demasiadas elevadas, el propósito es que para el siguiente ciclo escolar se ponga mayor énfasis en ellos o se adecuen las expectativas, sin embargo ya es sabido que es muy difícil conseguir el 100%, porque es común que año con año surjan proyectos emergentes que tiene prioridad sobre otros. Además surgen diversas problemáticas que se tienen que resolver como por ejemplo: para este ciclo escolar hubo una negativa por parte de los maestros para llevar acabo el programa de salud integral del escolar por lo que el promotor tuvo que realizar la mayoría de las actividades, el maestro fungió como mero anotador de datos, estas actividades comprenden revisión de todos los alumnos para conocer si hay deficiencias en su agudeza visual y auditiva, si tienen defectos posturales, mal nutrición, o problemas bucales, esto provoco que la carga de trabajo se incrementará notablemente, como son actividades que requieren mucho tiempo, se tuvo que dejar de lado otras, como las de salud mental. Se sugiere que para posteriores ciclos se busquen mecanismos que estimulen a los maestros para que cumplan con esta labor como otorgar puntos escalafonarios, presionar desde coordinación regional, solicitar a los padres de los alumnos que los lleven a un examen médico que contemple los aspectos que el departamento solicita. Quizás así los porcentajes salgan más altos.

## DISCUSIÓN

El modelo biomédico se basa en el punto de visto Cartesiano acerca de que la mente y el cuerpo son entidades separadas y por lo tanto deben ser analizadas, apreciadas, diagnosticadas y tratadas de manera aislada, tiene una visión de los problemas de salud como fragmentos que deben ser atendidos uno a la vez, su propuesta es la de un enfoque individualista, curativo, y hospitalario enfocando las enfermedades físicas o "mentales" a cuestiones totalmente biológicas, aislando al individuo de su contexto social (Ramírez, 1996; Soberón, Martuscelli, Alvarez-Manilla, Frenk, & Loria 1988), sin embargo las ciencias sociales permitieron mostrar que el modelo unicausal es insuficiente para explicar el origen de las enfermedades ya que existen otros elementos del medio ambiente que influyen en el proceso salud-enfermedad. Así, surgió el modelo de la historia natural de la enfermedad que desarrollan Leavell y Clark a fin de ofrecer una explicación multicausal de la enfermedad y que domina en la medicina actual (Rojas, 1990). A partir de este enfoque, las explicaciones de la salud se hacen considerando tres factores que se hallan interrelacionados en un constante equilibrio: el Agente, el Huésped y el Medio Ambiente. Este esquema permitió estructurar un sistema de prevención a diferentes niveles (primaria, secundaria y terciaria) y que se diera un gran avance para comprender el proceso salud-enfermedad, sin embargo, bajo esta conceptualización se deja de lado que el proceso salud enfermedad es el producto de las condiciones materiales de existencia y de trabajo, y que también el acceso a los servicios médicos dependen de dichas condiciones materiales. Tampoco se ha podido dejar de lado el exagerado énfasis en la curación y su poco interés o desprecio en las actividades preventivas y de promoción de la salud, así, se reconoce que el modelo actual necesita incorporar fórmulas que no posee: la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Salinas, 1995).

Actualmente encontramos una preocupación por involucrar los factores psicológicos y sociales en la salud, la enfermedad y su atención. La incapacidad del modelo médico para satisfacer completamente tal objetivo y las necesidades reales de salud de la población han incrementado el interés y entusiasmo por la atención primaria a la salud, prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, lo cual implica anticipar el daño y tomar acción contra los riesgos, que involucre hasta donde sea posible a la población (Soberón, Martuscelli, Alvarez-Manilla, Frenk, & Loria 1988; Duran-González, Becerra-Aponte, & Torrejón, 1991; Frenk, 1993). Así, nace un nuevo modelo llamado biopsicosocial, que toma al individuo como una totalidad, en forma integral, como una unidad biológica y social que esta integrada en una familia y ésta a su vez a la sociedad, teniendo presente las relaciones reciprocas con el medio ambiente: fisicoquímico, biológico, psicológico o social en lugar de enfocarse a los componentes físicos por separado (Schneider, 1978; OPS, 1976; en Duarte, 1986).

La aproximación biopsicosocial permite al psicólogo desenvolverse en diferentes ámbitos como en los hospitales, en la comunidad, centros educativos y de trabajo ya que cuenta con habilidades para elaborar programas basados en las necesidades de la población y las características del sistema, considerando la unidad de lo biológico con lo social, dando a los factores psicológicos el lugar que les corresponde. Bajo esta premisa la inserción del psicólogo en México en los tres niveles de atención es posible.

La incursión de los psicólogos al área de la salud ha sido reciente. Esto ocurrió después de haber estado concentrados por muchos años en el área de salud mental, pero el darse cuenta de las posibilidades de servicio que pueden ofrecer al sistema de salud, les ha permitido crear un nuevo campo de estudio y de trabajo conocido como Psicología de la Salud, ésta se inserta en el primer nivel de prevención. Se aplica en el período prepatogénico, con el propósito de mantener la salud, promoverla y evitar la aparición

de la enfermedad, toma la posición de que factores biológicos, psicológicos y sociales están implicados en todas las bases de la salud y la enfermedad, variando desde conductas que la ayudan hasta aquellas que producen un daño severo (Taylor, 1990). El modelo biopsicosocial es el esquema de trabajo que la guía en la investigación y la práctica. Para Matarazzo, tiene un sentido especificado en cuanto a los objetivos profesionales y científicos en relación a la salud, sin identificarse sin ninguna ciencia en particular. La definió como: "Las contribuciones educativas científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, la identificación de etiologías y diagnósticos relacionados con la salud, enfermedades y disfunciones, así como el mejoramiento del sistema al cuidado de la salud y la formación de políticas de salud" (citado en Millon, 1982 pag. 8).

La tendencia de la aplicación de la psicología en el campo de la salud es la de la prevención de la enfermedad, por eso se enfatiza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Matarazzo, 1982). La promoción implica los siguientes aspectos: la educación para la salud, buenos estándares de nutrición adaptados a diferentes fases del desarrollo, atención al desarrollo de la personalidad por medio de la higiene mental, provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y ambiente laboral, consejo genético cuando existe alguna enfermedad hereditaria o que afecte a los cromosomas, exámenes periódicos selectivos con base en los factores de riesgo, etcétera (Higashida, 1995). Tiene como fin el proporcionar habilidades ya sea en forma individual o colectiva. Dota a los individuos, las familias y las comunidades de los conocimientos y aptitudes que les permitirán adoptar medidas concretas en pro de la salud, entonces, la información, la comunicación y la educación se sitúan en el centro mismo del proceso de la habilitación y de la promoción siendo el medio escolar el lugar más apropiado para llevarse a cabo.

La educación para la salud es el elemento más importante de la promoción de la misma, "es una disciplina que estudia y desarrolla los procesos que permiten generar pautas de conducta (individuales y sociales) favorables a la salud, a través de distintos niveles de acción, que van desde la transmisión de información hasta la reflexión y participación conjunta de los integrantes de dicho proceso (educadores y educandos). Cuyas metas son: la comprensión de las características de la conducta en relación con los problemas de salud y la posibilidad de influir en ella con el propósito de promover, mantener y restaurarla (Casa & Urbina, 1990 en Lozada, 1994 pag. 13; Vega & García, 1985 pag. 90). y el lugar más apropiado para llevarla a cabo, de un modo muy acertado, es la escuela, porque en este lugar se encuentra concentrados un gran número de alumnos, maestros, y padres de familia. También cuenta con instalaciones, material y mobiliario adecuados para realizar este tipo de actividad.

El Gobierno del Estado de México a través de la Secretaría de Educación , Cultura y Bienestar Social (SECyBS) se encarga de fijar y ejecutar la política educativa, cultural y de bienestar social, de promover, coordinar y fomentar los programas de educación para la salud mejoramiento del ambiente a través del Departamento de Educación para la Salud (DES). A nivel operativo, los planes, proyectos, programas y actividades las realizará el Promotor de Educación para la Salud (PES) en el nivel básico de educación primaria (preescolar y primaria).

El PES es el especialista responsable de orientar y asesorar a los docentes, así como de cooperar activa y directamente en su labor con los alumnos de educación preescolar o primaria en el desarrollo de los contenidos programáticos

El psicólogo por su formación, tiene todos los elementos necesarios para desarrollar las actividades que el promotor de educación para la salud desempeña: se puede desenvolver en el primer nivel de atención a la salud en comunidad y con cualquier tipo

de población, de una manera satisfactoria, bajo las premisas del modelo biopsicosocial, de la psicología de la salud y desde una postura cognitivo-conductual, como se demostró en este reporte de trabajo profesional. Se realizó la detección en base a datos estadísticos epidemiológicos; la evaluación apoyado en el análisis de los datos obtenidos en la detección, esto permitió elaborar objetivos para la intervención acordes a la población que implicó el diseño de actividades a partir de los objetivos elaborados. Estas se encaminaron a la enseñanza del individuo y la comunidad sobre las conductas relacionadas con la salud, cuales son y como se pueden llevar a cabo, tratando de persuadir a las personas para que cambien los malos hábitos, sus creencias y sus actitudes.



## **BIBLIOGRAFÍA**

- Adler, N. E. & Stone, G. C. (1979) **Psychosomatic medicine in the seventies. An overview.** American Journal of Psychiatry. 134, 3, 233-243.
- Álvarez, A. R. (1995) **Educación para la salud.** Manual Moderno México.
- Bandura, A. & Walters, R. H. (1974). **Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad.** Alianza, Madrid.
- Bazam, R. Georgina. (1997). **Psicología de la salud en el tratamiento de pacientes con infarto de miocardio; aplicación de la tecnología conductual.** Tesis, México, Carrera de Psicología, UNAM, *Campus Iztacaia*
- Belar, C., Deardoff, W. W. & Kelly, E. K. (1978) **The practice of health psychology.** Pergamon Press. Caps. 1,6,7, New York.
- Bibace, R. & Walsh, M. E. (1979) **Developmental stages in children's conceptions of illness.** En: G. C. Stone, F., Cohen & N. E. Adler (eds.). *Health Psychology. A handbook,* Josser-Bass, San Francisco.
- Buss, A. R. (1973) **An extension of developmental models that separate ontogenetic changes and cohort differences.** Psychological Bulletin. 80, 466-479.
- Cedeño, P. L. (1997). **Tendencias organizacionales de los servicios de salud en México: un caso de planeación estratégica.** Tesis, maestría, México, Carrera de Psicología, UNAM, *Campus Iztacaia*.
- Cook, T. D. (1986) **Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa.** Morata, Madrid.
- Cortés, V. E. & Ramírez, Marisela (1998) **Propuesta de una aproximación a la salud.** Alternativas en Psicología. Año III, 5. 18-30.
- Crain, W. C. & Crain, Ellen (1987) **Psychology of the scientist: LVII. Can humanistic theory contribute to our understanding of medical problem-solving?** Psicholo-

- gical Reports. Vol. 61, 3, 779-788.
- Davis, Martha., Mckay, M. & Esheiman, Elizabeth (1985) **Técnicas de autocontrol emocional**. Martinez Roca, Barcelona.
- Departamento de Educación para la Salud (DES) (1997) **Manual de introducción al puesto de promotor**. Departamento de educación para la salud. Toluca, México.
- Dhillon, H. S. (1995) **Promoción sanitaria y acción de la comunidad en pro de la salud en países en desarrollo**. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra 1995.
- Duarte, N. E. (1986) **Las ciencias sociales en los planes de estudios de graduación y posgraduación**. En Duarte, N. E. (Comp) Ciencias sociales y salud en América Latina: tendencias y perspectivas. OPS-CIESU. 443-471, Uruguay, Montevideo
- Duran-González, Lilia, Becerra-Aponte, J. A. & Torrejón, M. (1991). **El proceso de Salud-Enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano**. Psicología y Salud. 3,101-113.
- Durán-González, Lilia., Hernández-Rincón, Martina., Becerra-Aponte, J . (1995) **La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud**. Salud Pública de México. 37, (5), 462-471
- Elder, J. R. (1987) **Applications of behavior modification to health promotion in the developing world**. Social Science and Medicine. 24, 335-349.
- Engel, G. L (1980) **The clinical application of biopsosocial model**. American Journal of Psychiatry 137, 535-544.
- Engel, G. L. (1977) **The need for new medical model: A challenge per biomedicine**. Science 196. 126-129.
- Ewart, K. C. (1991) **Social action theory for public health psychology**. American Psychologist. 1991, Vol. 46, 9, 931-946.

- Flay, B. R. (1987) **Mass media and smoking cessation: A critical review.** American Journal of Public Health. 77, 153-160.
- Frenk, J. (1993) **Synthesis: the health-care transition.** Preparado para el seminario "Innovations in health systems: An international perspective" Organizada por la fundación Mexicana de Salud y la Academia Nacional de Medicina. Marzo 10-12
- Gentry, W. D. & Matarazzo, D. J. (1981) **Medical psychology: Three decades of growth and development.** En Prokop, K. C. & Bradley, A. (Eds) *Medical Psychology: Contributions to behavioral medicine.* Ed. Press, Cap 2 5-15, New York.
- Gil, K. M., Keefe, F. J., Crisson, J. E. & VanDalfsen, P. J. (1987) **Social support and pain behavior.** Pain. 29, 209-217.
- Guyton, A. C. (1985) **Anatomy and Physiology.** Saunders, Cap. 2, Philadelphia.
- Higashida-Hirose, B. (1995) **Educación para la salud.** McGraw-Hill, México, D.F.
- Holtzman, W.H., Evans, R. I., Kennedy, S. & Iscoe. (1987). **Psychology and health: Contributions of psychology to the improvement of health and care.** Bulletin of the World Health Organization. 65 (6), 913-935.
- Holtzman, W.H., Evans, R. I., Kennedy, S. & Iscoe. (1988) **Psicología y salud: Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 105, 3, 1988, 245-282.
- Janis, I. (1983) **The rule of social support in adherence to stressful decisions.** American Psychologist. 38, 143-160.
- Kaplan, M. R. (1990) **Behavior as the central outcome in health care.** American Psychologist. Vol. 45, 11, 1211-1220.
- Karoly, P. (Ed) (1985) **Measurement strategies in health psychology.** John Wiley & Sons, Cap. 4, New York.
- Kazdin, A. E. (1983) **Historia de la modificación de la conducta.** Desclée de Brouwer,

Cap. 6, Bilbao.

Ley General de Salud (1993) **Ley General de Salud 1984**. Edit. Porrúa hnos. México.

López, A. F. J. (2001) **Sugestión de la Sociedad Mexicana de Salud pública sobre control de la nicotina**. Salud Pública de México. 43, (1), 74-78.

Lozada, C. H. (1994). **El programa estatal de educación para la salud del Estado de México**. Reporte de trabajo profesional, México, D.F.: Carrera de Psicología, UNAM, Campus Iztacala.

Luigli-Rivero Zoraide, Vives Eleonora (2001) **Trastornos de la alimentación y control personal de la conducta**. Salud Pública de México. 43, (1), 9-16.

Luthe, W. (1963) **Autogenic training: Method, research and application in medicine**. American Journal of Psychotherapy. 17, 174-195.

Maddux, J. E. Roberts, M. C. Sladden Elizabeth A. & Wright, L. (1986) **Developmental issues in child health psychology**. American Psychologist. Vol. 41 1 25-34.

Matarazzo, J. D. (1982) **Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology**. American Psychologist. 1982. 37, 1-14

Mejía, María (2000). **Evaluación cognitiva, representación y estrategias de afrontamiento en personas con VIH/SIDA. Una aproximación desde la psicología de la salud**. Tesis licenciatura, México, Carrera de Psicología, UNAM, Campus Iztacala.

Millon, T. (1982) **On the nature of clinical health psychology**. En Millon, C. Green & R. Meagher. (Eds.) *Handbook of clinical health psychology*. Pergamon Press. Cap. 1, New York.

Morales, C. F. & Azcaño, R. R. (1987). **Marco conceptual de la psicología de la salud en la atención primaria: XX congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología**. En Cortés, V. & Ramírez, Maricela. (1998). *Propuesta de una aproximación a la salud*. Alternativas en Psicología. 3 (5), 18-30.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978) **Atención primaria a la salud**. Ginebra
- Organización Panamericana para la Salud (OPS) (1998) **Carta de Ottawa para la promoción de la salud**. Artículo electrónico. Webmaster@paho.org
- Organización Panamericana para la Salud (OPS) (1996) **Estilos de vida saludables y salud mental**. Artículo electrónico. webmaster@paho.org.
- Parcel, G. S., Brunh, J. C., & Carreto, M. C. (1986) **Longitudinal analysis of health and safety behaviors among school children**. Psychological Reports. 59, 265-266.
- Penzo, W. (1990) **Licenciatura en Psicología de la Salud**. Salvat, Cap. 8 pág. 9. Barcelona.
- Peterson, Lizatte, Harbeck, Chaney, Cynthia, J., Farmer Janet & Thomas, Ann (1990) **Children's coping with medical procedures: A conceptual overview and integration**. Behavioral Assessment. Vol. 12, 197-212.
- Peterson. Lizatte (1989) **Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual methodological and therapeutic issues**. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 57, 3, 380-387.
- Peveler, R. C. & Johnstone, D. W. (1986) **Subjective and cognitive effects of relaxation**. Behavior Research and Therapy. 24, 413-419.
- Piña, L. J. (1991) **La psicología en el proceso salud-enfermedad: La necesidad de una redefinición conceptual y práctica**. Revista de Psicología y Salud. Centro de Estudios Psicológicos de la Universidad Veracruzana. 3, 85-92.
- Prokop, K. C. & Bradley, A. (1981) **Medical Psychology: Contributions to behavioral medicine**. Ed. Press New York.
- Promoción de la salud. (1998) **La declaración de Jakarta, rumbo al siglo** . Artículo electrónico. <http://www.wns.gu.edu.au/eberhard/jakdec.htm>.
- Ramírez, Marisela, (1996). **Psicología Pediátrica**. Tesis maestría, México, Carrera de

Psicología UNAM-Campus Iztacala.

- Rasmussen-Cruz, Bettylu., Hidalgo-San Martin, A., Pérez, P. A., Rodríguez, Felicitas., López, M. J., Márquez, Silvia., Munguia, A. S., Magallon, S. R. & González, P. E. (1993) **La participación comunitaria en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco.** *Salud Pública de México*. 1, 35, (5), 471-476
- Ribes, E. (1982) **Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas del análisis conductual.** *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. Vol. 8, 2, 87-96.
- Rodín, J. & Ickovics, J. R. (1990) **Community health: review and research agenda as we approach the 21st century.** *American Psychologist*. 45, 1018-1034.
- Rodríguez, Miriam, K. (2000). **La influencia de la psicólogo en la salud y el bienestar.** Tesis licenciatura, México, Carrera de Psicología, UNAM, Campus Iztacala.
- Rojas, S. R. (1990). **Crisis, salud enfermedad y práctica médica.** Ed. Plaza y Valdés Editores. México.
- Salinas, R. J. (1995) **El psicólogo en la atención a la salud.** Tesis maestría. México, Carrera de Psicología, UNAM, Campus Iztacala.
- Sánchez, Guadalupe. (2000) **La inserción del psicólogo en los hospitales públicos y privados en el tratamiento a pacientes con cancer.** Tesis licenciatura, México, Carrera de Psicología, UNAM, Campus Iztacala.
- Sarafino, E. P. (1994) **Health Psychology: biopsychosocial interactions.** John Wiley & Sons, Inc. Cap. 1 New York
- Schneider, G. F. (1978) **Psychology and general health.** *Prospects and pitfalls*. 7, 5-7
- Schwartz, G. E. (1982) **Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine?** *Journal of Consulting and clinical Psychology*. 50, 1040-1050

- Seligson, I. N. (1989) **Una aproximación interdisciplinaria para problemas de salud desde la perspectiva de la medicina conductual.** Manuscrito, México, UNAM Campus Iztacala
- Shapiro, D. & Goldstein, Y. B. (1982) **Biobehavioral perspectives on hypertension.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. 50, 841-858.
- Shapiro, D. (1988) **Hacia una medicina comportamental comprensiva.** Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 20, 1, 27-43.
- Soberón, G., Martuscelli, J., Álvarez-Manilla, J. M., Frenk, J. & Loria, M. (1988). **Building bridges between health care and medical education: the Mexican experience.** Presentado en: Conference on Medical Education and Cost-effective Health Care. Bellagio, Italia: Fundación Rockefeller, Marzo 21-25.
- Stachtchenko, S. & Jenicek, M. (1990) **Conceptual differences between prevention and health promotion: research implication for community health programs.** Canadian Journal of Public Health. 1990, Vol., 81, 53-59.
- Stone, C. G., Cohen, F., & Adler, E. N. (1979). **Themes and professional prospects in health psychology.** En Stone, C. G., Cohen, F., & Adler (Eds.) Health Psychology: A Handbook. Ed. Jossey-Bass Publishers, Cap. 22, 573-590. Sn. Francisco
- Stone, C. G. (1988) **Psicología de la salud: Una definición amplia.** Revista Latinoamericana de Psicología. Vol 20, 1, 15-26.
- Stone, C. G. (1979) **Psychology and the health system.** En C. G Stone, F. Choen & N. Adler (Eds.) Health Psychology., Jossey Bass. Caps 1,3. California
- Takanishi, R., DeLeon, P. H & Pallak, M. S. (1984) **Child health policy: Next steps for psychology.** American Psychologist. Vol. 39,8, 894-895.
- Tapia, C. R. (2000) **Prevención y control de la epidemia mundial del tabaquismo: una estrategia integral.** Salud Pública de México. Vol. 42, (1), 6-7.

Taylor, Shelley (1990) **Health psychology: The science and field.** American Psychologist. Vol. 40, 1, 40-50

The Jakarta Declaration on Health Promotion into 21st Century, (1998) **The Jakarta Declaration on Health Promotion into 21st Century.** Artículo electrónico. Eberhard Wenzel.

Turk, D. C., Litt, M. D., Salovey, P. & Walker, J. (1985) **Seeking urgent pediatric treatment: Factors contributing to frequency, delay and appropriateness.** Health Psychogy. 4, 43-59.

Vega, L. & García, H. (1985). **Bases esenciales de la Salud Pública.** La Prensa Médica Mexicana, México.

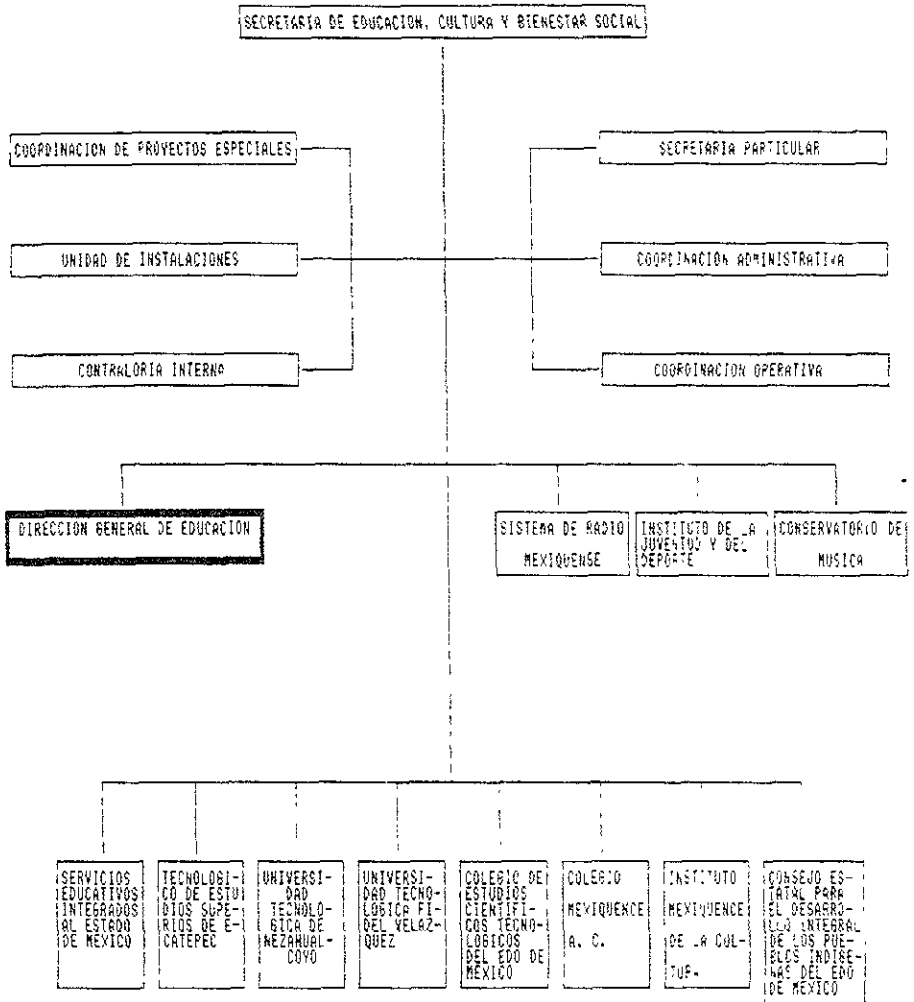
What is Health promotion. (1998) **health promotion?** Artículo electrónico. <http://www.phw.co.uk>



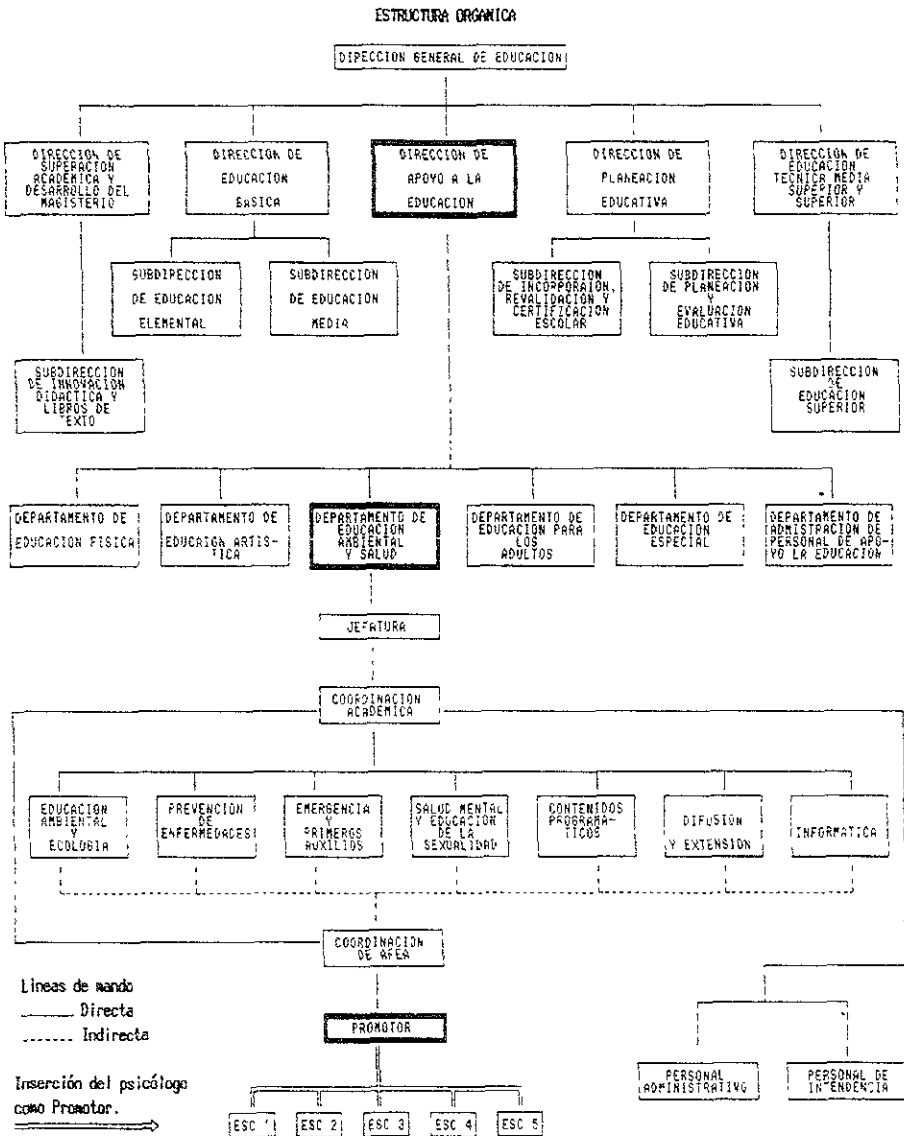
# ANEXO NO. 1

## Organigrama de la Secretaría de Educación, Cultura y Bienestar Social (SECyBS)

ESTRUCTURA ORGANICA DE LA SECRETARIA DE EDUCACION, CULTURA Y BIENESTAR SOCIAL



Estructura orgánica de la Dirección General de Educación, de Apoyo a la Educación y del Departamento de Educación para la Salud que forman parte de la SECyBS.





**GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y BIENESTAR SOCIAL**  
**SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN BÁSICA Y NORMAL**  
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN  
DIRECCIÓN DE APOYO A LA EDUCACIÓN  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD  
COORDINACIÓN REGIONAL 03

CRESE: 03

Coordinación de Área No 02

PROGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE PROMOTORIA

Nivel Primaria

Zona Escolar 09

## CONTENIDO

PRESENTACIÓN

OBJETIVOS

- OBJETIVO GENERAL DEL DEPARTAMENTO
- OBJETIVO PARTICULAR DE CADA LÍNEA DE TRABAJO

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

DIAGNÓSTICO

PROGRAMACIÓN (PROGRAMA DE ACTIVIDADES POR ESCUELA)

FORMATO PARA EL PLAN DE CLASE

FORMATO DE INFORME MENSUAL

FORMATO DE INFORME DEL COMITÉ DE SEGURIDAD Y EMERGENCIA ESCOLAR

FORMATO DE INFORME DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ESCOLAR

FORMATO DE EVALUACIÓN DE TIENDAS ESCOLARES

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE SIMULACROS

FORMATO PARA EL REGISTRO DE ACCIDENTES OCURRIDOS AL INTERIOR DEL PLANTEL

CROQUIS

HOJA DE FIRMAS

## PRESENTACIÓN

Este documento tiene como finalidad estructurar y dar lineamientos técnicos al trabajo a desarrollar por el personal operativo del área de Educación para la Salud durante el ciclo escolar

Es función del promotor implementar acciones de preservación y atención a la salud de la comunidad escolar, de manera que esta vaya asumiendo la responsabilidad de su propia salud y bienestar. El promotor diversificará su quehacer en dos vertientes:

- El apoyo a los contenidos programáticos a través de asesorías a los maestros
- La organización y realización de actividades comunitarias, auxiliadas por los organismos escolares de salud

Ambos tipos de actividades son complementarias y revisten la misma importancia siendo función del promotor integrarlas en forma equilibrada y de acuerdo a cada una de las escuelas que atiende.

### OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL DEL DEPARTAMENTO:** Promover acciones tendientes a conservar la salud física y mental de los educando, así como apoyar el desarrollo de programas de mejoramiento ambiental y conservación del equilibrio ecológico
- **OBJETIVO DEL ÁREA DE EDUCACIÓN AMBIENTAL Y ECOLOGÍA:** Contribuir al mejoramiento de las condiciones ambientales de la comunidad a través del cuidado y conservación de los recursos naturales disponibles en el medio
- **OBJETIVO DEL ÁREA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES:** Incidir favorablemente en la salud de la comunidad a través de la implementación de acciones de carácter práctico para evitar las enfermedades infectocontagiosas, la malnutrición y la prevalencia de las caries dental y parodontopatías
- **OBJETIVO DEL ÁREA DE EMERGENCIA Y PRIMEROS AUXILIOS:** Promover la participación activa de la comunidad escolar en el que hacer en casos de emergencia y catástrofe así como disminuir el número de accidentes y la gravedad de sus consecuencias en la escuela, hogar y vía pública
- **OBJETIVO DEL ÁREA DE SALUD MENTAL Y EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD:** Desarrollar acciones tendientes a la conservación de la salud mental y de la sexualidad que coadyuven en el desarrollo del educando
- **OBJETIVOS DE CONTENIDOS PROGRAMÁTICOS:** Asesorar a los docentes de educación elemental, para el manejo y desarrollo de contenidos programáticos relacionados con educación para la salud a través de actividades teóricas y prácticas

## ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

### 1 EDUCACIÓN AMBIENTAL Y ECOLOGÍA

- 1.1 Protección del ambiente
  - 1.1.1 Creación de áreas verdes
  - 1.1.3 Campañas de reforestación
  - 1.1.4 Establecimiento de huertos escolares
  - 1.1.5 Mantenimiento de huertos escolares
  - 1.1.6 Manejo de residuos sólidos
  - 1.1.7 Contaminación atmosférica e inversión térmica
- 1.2 Uso racional del agua
  - 1.2.1 Cultura del agua
  - 1.2.2 Mantenimiento de instalaciones sanitarias
- 1.3 Brigadas ecológicas escolares
  - 1.3.1 Integración y toma de protesta
  - 1.3.2 Capacitación
  - 1.3.3 Ejecución de actividades
- 1.4 Manejo sustentable de recursos naturales
  - 1.4.1 Semana Estatal del Amor a la Naturaleza
  - 1.4.2 Semana Estatal de Protección del Ambiente

### 2 PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

- 2.1 Prevención de enfermedades infecciosas
  - 2.1.1 Prevención de enfermedades infecciosas y parasitarias
  - 2.1.2 Enfermedad y diarrea aguda
  - 2.1.3 Infección respiratoria aguda
  - 2.1.4 Brotes epidémicos
  - 2.1.5 Semana nacional de salud
- 2.2 Alimentación y nutrición
  - 2.2.1 Orientación nutricional
  - 2.2.2 Refrigerio escolar
  - 2.2.3 Tiendas escolares
  - 2.2.4 Desayunos escolares
- 2.3 Prevención de caries y parodontopatías
  - 2.3.1 Actividades teóricas
  - 2.3.2 Enseñanza y evaluación de técnica de cepillado
  - 2.3.3 Control de placa dentobacteriana
  - 2.3.4 Aplicación de fluoruro
- 2.4 Ficha biopsicosocial y pedagógica

- 2.4.1 Salud integral del escolar
- 2.5 Fechas especiales a conmemorar
  - 2.5.1 Día Mundial de la Alimentación

### 3 EMERGENCIA Y PRIMEROS AUXILIOS

- 3.1 Programa Estatal de Seguridad y Emergencia Escolar
  - 3.1.1 Integración de Comité de Seguridad y Emergencia Escolar
  - 3.1.2 Elaboración de diagnóstico situacional
  - 3.1.3 Elaboración de plan de acción ante desastre
  - 3.1.4 Capacitación a brigadas
  - 3.1.5 Señalización
  - 3.1.6 Práctica y evaluación de simulacros
- 3.2 Prevención de accidentes
  - 3.2.1 En la escuela, el hogar y la vía pública
- 3.3 Fechas especiales a conmemorar
  - 3.3.1 Día Internacional para la Reducción de los Desastres

### 4 SALUD MENTAL Y EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

- 4.1 Promoción y preservación de la salud mental
  - 4.1.1 Optimización de las relaciones interpersonales
  - 4.1.2 Actividades de recreación y convivencia
- 4.2 Prevención de adicciones
  - 4.2.1 Proceso preventivo de la farmacodependencia
  - 4.2.2 Información sobre las medidas preventivas ante las adicciones
- 4.3 Educación de la sexualidad
  - 4.3.1 Educación de la sexualidad, planificación familiar y paternidad responsable
  - 4.3.2 Medidas preventivas ante Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), VIH/SIDA
- 4.4 Fechas especiales a conmemorar
  - 4.4.1 Día Mundial de la Lucha Contra el SIDA
  - 4.4.2 Día Mundial sin Tabaco
- 4.5 Educación y comunicación en población
  - 4.5.1 Salud reproductiva
  - 4.5.2 Día Mundial de la Población

### 5 CONTENIDOS PROGRAMÁTICOS

- 5.1 Preescolar
- 5.2 Primaria (Plan y Programas de Estudio 1993)

## DIAGNÓSTICO

### *I Datos Estadísticos.*

Se presentan, en los 2 cuadros siguientes, los datos de las 5 escuelas que se atenderán para el presente ciclo escolar, pertenecientes a la Zona Escolar 09 de la Coordinación Regional de Servicios Educativos (CRESE) O3. Coordinación de Área de Educación para la Salud 02, turno matutino. El orden en que aparecen en el cuadro, corresponde al día de la semana en que serán visitadas, de tal modo que la número 1 será visitada el día lunes, la número 2 el martes y así sucesivamente. Se anota también el domicilio de la supervisión escolar, nombre de la Supervisora y de las escuelas, su clave estatal, clave de centro de trabajo y el nombre del director.

Supervisión Escolar Zona 09 Domicilio <u>Calle Colmas del silencio # 2, Colonia <u>Bonayares</u>, Municipio <u>Naucalpan de Juárez</u>, Edo. de Méx. C. P. <u>53140</u></u>					
Nombre del Supervisor <u>Profa. Elvira del S. C. Lopez Pérez</u>					
N P	Nombre de la Escuela	Clave Estatal	C C T	Domicilio	Director
1	Emiliano Zapata	0309BPESRM1224	15EPR0265I	Antigua Carretera México-Mazatlán Km 15 S/N Puente de Piedra	Beatriz Toledo Hernández
2	Miguel Hidalgo	0309BPESRM0570	15EPR0206Q	Conocido S/N Santa Ana, Jilotzingo	José Luis Reyes Alonso
3	Licenciado Benito Juárez	0309BPESRM0570	15EPR0204S	Conocido S/N Espíritu Santo, Jilotzingo	Alejo Saravia Rodríguez
4	Francisco I. Madero	0309BPESUM0469	15EPR0205R	Conocido S/N Santa María Mazatlán, Jilotzingo	Ma. Dolores Aguilar De La Rosa
5	Ignacio Zaragoza	0309BPESRM1215	15EPR1087Z	Conocido S/N Las Manzanas, Jilotzingo	Nora Pierdant Cuevas

En el cuadro siguiente aparecen los datos estadísticos (universo de trabajo), el número de grupos y alumnos por grado y por escuela, de directivos, de tiendas escolares y de maestros.

N P	Nombre de la Escuela	No. de alumnos y No. de grupos por grado														No. de directivos	No. de tiendas
		Primer Grado		Segundo Grado		Tercer Grado		Cuarto Grado		Quinto Grado		Sexto Grado		Totales			
		Grupos	Alumnos	Grupos	Alumnos	Grupos	Alumnos	Grupos	Alumnos	Grupos	Alumnos	Grupos	Alumnos	Grupos	Alumnos		
1	Emiliano Zapata	1	35	1	33	1	28	1	26	1	23	1	25	6	170	1	1
2	Miguel Hidalgo	1	48	1	46	2	58	1	48	1	33	1	39	7	272	1	1
3	Licenciado Benito Juárez	1	30	1	22	1	31	1	17	1	23	1	22	6	145	1	1
4	Francisco I. Madero	2	93	2	86	2	84	2	63	2	87	2	63	12	476	1	1
5	Ignacio Zaragoza	2	68	2	55	1	44	1	53	1	37	1	41	8	298	1	1
Totales		7	274	7	242	7	245	6	207	6	203	6	190	39	1361	5	5

## II Condiciones Físicas de los Edificios Escolares.

- 1 CARACTERÍSTICAS DEL EDIFICIO Los edificios escolares están hechos de materiales durables (ladrillo, concreto, armazón de varillas), cuentan con ventanas y puertas de metal. Las aulas y patios tienen, como piso una plancha de concreto. Y en general se encuentran en buenas condiciones. Sólo la escuela Miguel Hidalgo y Costilla tiene problemas estructurales, en la mayoría de las aulas hay fisuras en los muros y la losa (techo) tiende a caerse. Sin embargo, se realizó una evaluación por especialistas y ellos dieron el visto bueno para que se utilizara para impartir las clases. Se tienen dos escuelas de dos niveles (Ignacio Zaragoza y Francisco I. Madero), las otras tres son de un solo nivel.
- 2 CARACTERÍSTICAS DEL MOBILIARIO Todas las escuelas tienen escritorio para los maestros, sillas y mesas infantiles, pupitres, bancas binarias de madera y metal. Aproximadamente el 70% de mobiliario se encuentra en buenas condiciones.
- 3 ANEXOS Y SUS CARACTERÍSTICAS Los anexos de las escuelas son: Dirección, sanitarios, bodegas de las escuelas (Emiliano Zapata, Francisco I. Madero e Ignacio Zaragoza), biblioteca en dos escuelas (Francisco I. Madero y Emiliano Zapata), sala de usos múltiples en la escuela Francisco I. Madero, tiendas escolares (tres fijas, una de ellas de lamina metálica) que se encuentran en buenas condiciones y están elaboradas con el mismo material que el resto de la escuela.
- 4 SERVICIOS PÚBLICOS Todas cuentan con energía eléctrica, agua entubada y drenaje.

## III Aspectos Epidemiológicos

- a 10 primeras causas de morbilidad en el grupo etareo
- b 10 primeras causas de mortalidad en el grupo etareo
- c 5 primeras causas de mortalidad en la población en general

Causas de morbilidad		Causas de mortalidad en el grupo etareo		Causas de mortalidad general en la población	
1	Faringitis aguda	1	Accidentes y efectos adversos	1	Enfermedades del corazón
2	Amigdalitis aguda	2	Homicidios y lesiones intencionales	2	Accidentes y efectos adversos
3	Rinofaringitis	3	Tumores malignos	3	Tumores malignos
4	Parasitosis intestinal	4	Anomalías congénitas	4	Homicidios y lesiones
5	Parasitosis mal definida	5	Neumonía e influenza	5	Neumonías e influenza
6	Amibiastis	6	Enfermedades infecciosas intestinales		
7	IRAS	7	Deficiencias de la nutrición		
8	Otitis media	8	Parálisis cerebral infantil y otros síndromes paralíticos		
9	Bronquitis	9	Amigdalitis y otras IRAS		
10	Varicela	10	Anemias		



- d 10 primeras causas de ausentismo escolar
- 1 Problemas económicos
  - 2 Distancia entre el hogar y la escuela
  - 3 Por cuidar hermanos más pequeños
  - 4 Por tener que trabajar
  - 5 EDAS
  - 6 IRAS
  - 7 Enfermedades propias de la infancia
  - 8 Enfermedades infectocontagiosas
  - 9 Pérdida del interés al estudio
  - 10 Por no tener útiles escolares (lapices, cuadernos, etcétera)
- c Brotes epidémicos en la escuela en los últimos tres ciclos escolares  
Sarampión, varicela, hepatitis, parotiditis
- f Estado nutricional del alumnado  
80% bueno, 10% moderadamente bajo y 10% bajo

#### ***IV Aspectos Socioeconómicos de la Localidad***

- 1 Servicios públicos - En todas las localidades se cuenta con energía eléctrica, agua entubada, caseta telefónica (con excepción de la comunidad de Puente de Piedra), transporte, calles empedradas o pavimentadas, vigilancia, servicio de limpia y correo
- 2 Servicios de salud - En Mazatla y Santa Ana se cuenta con consultorios médicos del ISEM (Instituto De Salud Del Estado De México). En Espíritu Santo cuenta con una clínica del IMSS. En Las Manzanitas y en Puente de Piedra no se tienen estos servicios, aunque muy cerca de allí sí los hay
- 3 Servicios escolares - Existen preescolares y primarias en todas las comunidades que serán atendidas. En Puente de Piedra y Las Manzanitas no se tiene secundaria, en Santa María Mazatla, además se tiene una preparatoria
- 4 Índice de desintegración familiar - El índice de desintegración familiar es bajo, pero tiende a elevarse alarmantemente y las causas suelen ser por problemas de alcoholismo, infidelidad, problemas económicos e incompatibilidad de caracteres
- 5 Delincuencia - El índice de delincuencia aparentemente es bajo y consiste en robo a ganado bovino y aves de corral
- 6 Adicciones más frecuentes - Son el tabaquismo y el alcoholismo
- 7 Instituciones de atención y apoyo a la problemática de salud mental y educación de la sexualidad - No existen, solo en los consultorios del ISEM se da un poco de apoyo en la educación de la sexualidad por medio de pláticas comunitarias

- 8 Nivel económico de la localidad - Es bajo y rural
- 9 Fuentes de trabajo - En las cinco localidades la principal fuente de trabajo es la agricultura, los criaderos de truchas y en Puente de Piedra los tinaderos de basura
- 10 Actividades preponderantes - Son comerciantes en pequeño, choferes de transporte colectivo, agricultores, obreros y empleados de casa

#### ***V Aspectos de Seguridad***

- 1 Factores naturales de riesgo - Son principalmente climáticos (granizadas, heladas, lluvias torrenciales y tormentas eléctricas), los sismos y deslizamientos también pudieran afectar
- 2 Factores humanos de riesgos - El factor humano de riesgo lo constituyen, principalmente la carretera, que no tiene acotamiento, y los medios de transporte que son conducidos con exceso de velocidad

#### ***VI Ubicación Geográfica de la Zona***

Consultar el croquis que se muestra más adelante

#### ***VII Diagnóstico***

- 1 Principales problemas de salud en las escuelas es la caries, seguida por enfermedades de las vías respiratorias, desnutrición e infecciones gastrointestinales
- 2 Principales problemas que predisponen a la enfermedad en la población malos hábitos de alimentación e higiene, desnutrición, escasos recursos económicos, el clima frío y la falta de diágnaje
- 3 Principales problemas que predisponen a la enfermedad en la escuela el clima, la desnutrición y malos hábitos de higiene

PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES

Clave	Seccion/proyecto/actividad-	Unidad De Medida	Meta Programada Anual	Escuela					Periodo de Ejecución																
				1	2	3	4	5	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J					
1	<b>EDUCACION AMBIENTAL Y ECOLOGIA</b>																								
1.1	Proteccion del Ambiente	Asesorias Areas	4	2	1			1			2	2													
1.1.1	Creación de áreas verdes		3	1	1			1				1	1												
1.1.2	Conservacion de áreas verdes	Asesorias Platica Área	4	2	1			1			2	2									2	4			
			10	2	2	2	2	2	2		2	2	2	5	5	5	5	5							
		30	6	6	6	6	6	6		5	5	5	5	5	5	5									
1.1.3	Campañas de reforestacion	Asesoría Platica Árboles	8	4	4																2	2			
			20	10	10																	20			
1.1.4	Establecimiento de huertos escolares	Asesoría Área	2	1	1												2	2							
			2	1	1												2	2							
1.1.5	Mantenimiento de huertos escolares	Asesoría Platica Área	6	3	3												2	2	2	2	2	2	3	3	
			6	3	3															1	1	1	1	1	1
		2	1	1																					
1.1.6	Manejo de residuos solidos	Campaña taller Asesoría Platica	10	2	2	2	2	2					5												
			5	1	1	1	1	1	1			1	1	1								1	1		
		5	1	1	1	1	1	1			5	5													
		39	6	7	6	12	8		7	7	7	6	6	6											
1.1.7	Contaminacion atmosferica e inversion termica	Platica Asesoría Campaña	10	2	2	2	2	2					4												
			5	1	1	1	1	1	1			1	1												
		0																							
1.2	Uso Racional del Agua	Campaña Asesoría Platica	5	1	1	1	1	1			1				1				1						
1.2.1	Cultura del agua		5	1	1	1	1	1	1			1				1				1					
		5	1	1	1	1	1	1			1				1				1						
1.2.2	Mantenimiento de instalaciones sanitarias	Verificación Depósito Asesoría Platica	55	11	11	11	11	11		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
			10	2	2	2	2	2	2					5	5										
		5	1	1	1	1	1	1			5														
		10	2	2	2	2	2	2			5														
1.3	Brigadas Ecológicas I escolares	Brigadas taller Asesoría Platica	5	1	1	1	1	1			5														
1.3.1	Integración y toma de protesta		5	1	1	1	1	1	1			5													
1.3.2	Capacitacion	0									5														
		15	3	3	3	3	3	3			5														
		10	2	2	2	2	2	2																	
1.3.3	Ejecucion de Actividades	Áreas	5	2	1	1	1																		



PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES

Clave	Sección/proyecto/actividad-	Unidad De Medida	Meta Programada Anual	Escuela					Periodo de Ejecucion																
				1	2	3	4	5	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J					
2.2	Alimentación y nutrición																								
2.2.1	Orientación nutricional	Asesoría Plática Taller	5 10 0	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5		5 5	5														
2.2.2	Refrigero escolar	Verificación	0																						
2.2.3	Huindas escolares	Verificación Plática	55 10	11 2	11 2	11 2	11 2	11 2	*	*	*	*	*	*	*	*	5	*	*	*					
2.2.4	Desayunos escolares	Verificación	34		11	11	11	11			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2.3	Prevención de Caries y Periodontopatías																								
2.3.1	Actividades teóricas	Asesoría Plática	5 21	1 3	1 6	1 4	1 5	1 1		3 21	2														
2.3.2	Ensayos y evaluación de técnica de cepillado Control de placa dentobacteriana	Act. Práctica Act. Práctica	21 12	3 2	6 4	4 2	5 2	3 2		21 6	6														
2.3.3	Aplicación de fluoruro	Dosis Alumno	12 1361	* 170	* 272	* 145	* 476	* 298			2 *	2 *	1 *	1 *	1 *	2 *	1 *	1 *							
2.4	Fecha Biosociosocial																								
2.4.1	Salud Integración del Escolar	Asesoría Plática Alumno	39 0 1361	6 170	7 272	6 145	12 476	8 298			*	*	*	*	*										
2.5	Fechas Especiales a Conmemorar																								
2.5.1	Día Mundial de la Alimentación	Ceremonia Periódico mural Plática Campaña Carteles Muestras Gastronómicas	5 5 5 0 0 0	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1		5 5 5															
2.5.2	Día Mundial de la Salud	Ceremonia Periódico mural Plática Campaña	5 5 5 0	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1																	
3	<b>EMERGENCIA Y PRIMEROS AUXILIOS</b>																								
3.1	Programa Estatal de Seguridad y Emergencia Escolar																								
3.1.1	Integración del comité	Comite	5	1	1	1	1	1		5															
3.1.2	Elaboración del diagnóstico situacional	Documento Asesoría	5 5	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1		2 2	3 3														
3.1.3	Elaboración del plan de acción ante desastres	Documento	5	1	1	1	1	1			2		1												

PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES

Clave	Sección/proyecto/actividad-	Unidad De Medida	Meta Programada Anual	Escuela					Periodo de Ejecución																		
				1	2	3	4	5	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J							
3.1.4	Revisión del botiquín escolar Registro de accidentes	Asesoría	5	1	1	1	1	1				2	3		*	*	*	*	*	*							
		Verificación	5	1	1	1	1	1		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*						
		Documento	5	1	1	1	1	1		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*						
3.1.4	Capacitación de brigadas	Asesoría	15	3	3	3	3	3		5		5		5		5		5		5		2	2	2			
		Plática	15	3	3	3	3	3			3		3		3		3		3		2	2	2				
		Curso	0																								
		Taller	0																								
3.1.5	Señalización	Señales	5	1	1	1	1	1				5															
3.1.6	Práctica y evaluación de simulacros	Asesoría	10	2	2	2	2	2				5	5														
		Plática	14	2	3	2	4	3		14																	
		Práctica	100	20	20	20	20	20			10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
		Documento	50	10	10	10	10	10			5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			
3.2	Prevención de Accidentes En la escuela, el hogar y la vía pública	Asesoría	0																								
		Plática	10	2	2	2	2	2								10											
		Campaña	5	1	1	1	1	1				1	1	1	1												
		Dispositivo	0																								
3.3	Fechas Especiales a Celebrar 3.3.1 Día Internacional para la Reducción de los Desastres	Ceremonia	5	1	1	1	1	1				5															
		Perifoneo mural	5	1	1	1	1	1				5															
		Asesoría	5	1	1	1	1	1				5															
		Plática	5	1	1	1	1	1				5															
		Simulacros	5	1	1	1	1	1				5															
0	Difusión	0																									
1	<b>SALUD MENTAL Y EDUCACION DE LA UNIDAD</b>	Promoción y Preservación de la Salud Mental Optimización de relaciones interpersonales	Plática	5	1	1	1	1	1														5				
				0	Asesoría	0																					
				5	1	1	1	1	1																5		
				0	Plática	0																					
				5	1	1	1	1	1																5		
				5	1	1	1	1	1																5		
				0	Asesoría	0																					
				5	1	1	1	1	1																	6	
				6	1	1	1	2	1																	6	
				6	1	1	1	2	1																	6	
				0	Asesoría	0																					
				12	4	2	2	2	2					6											6		
				4.2	Prevención de Adicciones Proceso preventivo de la farmacodependencia	Asesoría	0																				
							12	4	2	2	2	2					6										6

PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES

Clave	Sección/proyecto/actividad-	Unidad De Medida	Meta Programada Anual	Escuela					Periodo de Ejecucion														
				1	2	3	4	5	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J			
4 2 2	Información sobre medidas preventivas contra las adicciones	Asesoría Plática	0 10		2	2	2	2	2								2	2	4	2			
4 3	Educación de la Sexualidad	Asesoría	5	1	1	1	1	1						5									
4 3 1	Educación de la sexualidad	Plática	5	1	1	1	1	1														5	
	Planificación familiar	Asesoría	6	1	1	1	1	1														6	
	Paternidad responsable	Plática	0 10		2	2	2	2	2					5								5	
4 3 2	Medidas preventivas ante las enfermedades sexualmente transmisibles método VIH/SIDA	Asesoría Plática	5 5	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1									5 5						
4 4	Fechas especiales a conmemorar																						
4 4 1	4 1 Día Mundial de la Lucha Contra el SIDA	Ceremonia Perifoneo mural Asesoría Plática Difusión	5 5 5 5 0	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1						5 5 5 5									
4 4 2	4 2 Día Mundial Sin Tabaco	Ceremonia Perifoneo mural Asesoría Plática Difusión	5 5 5 5 0	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1														5 5 5 5	
4 5	4 5 Educación y Comunicación en Población																						
4 5 1	1 5 1 Salud reproductiva	Periodico mural Asesoría Plática Difusión	5 0 5 0	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1					5 5										
4 5 2	4 5 2 Día Mundial de la Población	Ceremonia Perifoneo mural Asesoría Plática Difusión	5 5 0 5 0	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1														5 5	
5	<b>APOYO Y CONTENIDOS PROGRAMÁTICOS</b>																						
5 1	5 1 Preescolar Bloque de juegos y actividades en relación con la naturaleza																						
5 2	5 2 Primaria Plan y Programas de estudio 1993	Clase	200	40	40	40	40	40					20	20	20	20	15	20	20	20	20	15	

PLAN DE CLASE DE EDUCACION PARA LA SALUD				DEL	DE	AL	DE
CRESE: 03	COORDINACION DE AREA: 02	ZONA ESCOLAR: 09	MUNICIPIO: NAUCALPAN Y JILOTZINGO				
GRADO: NIVEL PRIMARIA	EJE TEM O TEMA CENTL:						
TEMA:							
SUBTEMA:				ASIGNATURA:		LINEA DE ACCION:	
PROPOSITO(S):							
ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE							
ACTIVIDADES DE INICIO	ESTRATEGIAS PARA LA ENSEANZA					ACTIVIDADES DE CIERRE	
MOTIVACION						EVALUACION	
						RECURSOS DIDACTICOS	
						METODOS	
						TECNICAS	
						MATERIALES	
OBSERVACIONES:				FECHA:	BENEFICIADOS:		
ESCUELAS EN LAS QUE SE APLICO:					ALUMNOS	PROFES.	
EMILIANO ZAPATA							
MIGUEL HIDALGO							
LIC. BENITO JUAREZ							
PCD. Y MADERG							
IGNACIO ZARABOZA							



ESCUELA	NO. DE PROF. C.O.Y.	ACTIVIDADES PRACTICAS DEL DE AL DE ACTIVIDAD ESPECIFICA	BENEFICIARIOS			VISTO BUENO DE DIRECTORES
			A UN	PROF	P.F.	

ELABORO \_\_\_\_\_ V.O. No. COORDINADOR DEL AREA \_\_\_\_\_

EN ESTA SEMANA SE TRABAJARA EN LOS TEMAS  
Y EN LOS GRUPOS QUE NECESITEN REAFIRMARSE

OBSERVACIONES	FECHA:	BENEFICIADOS:	
		ALUMNOS	PROFES.
ESCUELAS EN LAS QUE SE APLICÓ:			
EMILIANO ZAPATA			
MIGUEL HIDALGO			
LIC. BENITO JUAREZ			
PCC. I MADERO			
IGNACIO ZARAGOZA			

FORMATO DE INFORME MENSUAL

Clave	Seccion/proyecto actividad	Unidad De Medida	No De Acciones	Beneficiados				Municipios Atendidos
				Profesores	Alumnos	Padres de Familia	Escuelas	
1	DIRECCION AMBIENTAL Y ECOLOGIA							
1.1	Proteccion del Ambiente	Asesorias						
1.1.1	Creacion de áreas verdes	Áreas						
1.1.2	Conservacion de áreas verdes	Asesorias Plática Área						
1.1.3	Campañas de reforestacion	Asesoría Plática Arboles						
1.1.4	Establecimiento de huertos escolares	Asesoría Área						
1.1.5	Mantenimiento de huertos escolares	Asesoría Plática Área						
1.1.6	Manejo de residuos solidos	Campaña Taller						
1.1.7	Contaminacion atmosferica e inversion termica	Asesoría Plática Asesoría						
1.2	Uso Racional del Agua	Campaña						
1.2.1	Cultura del agua	Campaña Asesoría Plática						
1.2.2	Mantenimiento de instalaciones sanitarias	Verificacion Depósito Asesoría Plática						
1.3	Brigadas Ecologicas Escolares							
1.3.1	Integracion y toma de protesta	Brigadas Taller						
1.3.2	Capacitacion	Asesoría Plática Áreas						
1.3.3	Ejecucion de Actividades	Campañas Asesoría						
1.4	Manejo Sustentable de Recursos Naturales							
1.4.1	Semana del amor a la naturaleza	Ceremonia Periodico mural Desfile Concurso Campaña Plática Asesoría Inscripcion Cantos						

FORMATO DE INFORME MENSUAL

Clave	Seccion proyceto/actividad	Unidad De Medida	No De Acciones	Beneficiados				Municipios Atendidos
				Profesores	Alumnos	Padres de Familia	Escuelas	
1.4.2	Semana del medio ambiente	Ceremonias Periódico mural Concurso Campaña Plática Asesoría Identificación Cantos						
2	<i>PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES</i>							
2.1	Prevención de Enfermedades Intelectocontagiosas							
2.1.1	Prevención de enfermedades infecciosas y parasitarias	Asesoría Plática Periódico mural Campaña Asesoría Plática Campaña						
2.1.2	Enfermedad diarreica aguda	Periódico mural Asesoría Plática Campaña						
2.1.3	Infección respiratoria aguda	Periódico mural Asesoría Plática Campaña						
2.1.4	Brotos epidémicos	Periódico mural Difusión Reporte Difusión						
2.1.5	Seminarios Nacionales de Salud							
2.2	Alimentación y Nutrición							
2.2.1	Orientación nutricional	Asesoría Plática Taller						
2.2.2	Refrigerio escolar	Verificación						
2.2.3	Fiendas escolares	Verificación						
2.2.4	Desayunos escolares							
2.3	Prevención de Caries y Periodontopatías							
2.3.1	Actividades teóricas	Asesoría Plática						
2.3.2	Inspección y evaluación de técnica de cepillado	Act. Practica						
2.3.3	Control de placa dentobacteriana Aplicación de fluoruro	Act. Practica Dosis Alumno						
2.4	Unidad Biopsicosocial							
2.4.1	Salud Integración del Escolar	Asesoría Plática Alumno						
2.5	Fechas especiales a Conmemorar							
2.5.1	Día Mundial de la Alimentación	Ceremonia Periódico mural						

FORMATO DE INFORME MENSUAL

Clave	Seccion/proyecto/actividad-	Unidad De Medida	No De Acciones	Beneficiados				Municipios Atendidos
				Profesores	Alumnos	Padres de Familia	Escuelas	
2 5 2	Día Mundial de la Salud	Ceremonia Perifoneo mural Plátca Campaña						
3	<b>3 EMERGENCIA Y PRIMEROS AUXILIOS</b>							
3 1	Programa Estatal de Seguridad y Emergencia Escolar	Comité						
3 1 1	Integración del comité	Documento						
3 1 2	Elaboración del diagnóstico situacional	Asesoría						
3 1 3	Elaboración del plan de acción ante desastres	Documento						
	Revisión del botiquín escolar	Asesoría						
	Registro de accidentes	Verificación Documento						
3 1 4	Capacitación de brigadas	Asesoría Plática Curso Taller						
3 1 5	Señalización	Señales						
3 1 6	Práctica y evaluación de simulacros	Asesoría Plática Práctica						
3 2	Prevención de Accidentes	Documento						
3 2 1	En la escuela, el hogar y la vía pública	Asesoría Plática Campaña						
3 3	Fechas especiales a conmemorar	Dispositivo						
3 3 1	Día Internacional para la Reducción de los Desastres	Ceremonia Perifoneo mural Asesoría Plática						
4	<b>SALUD MENTAL Y EDUCACIÓN DE LA CALIDAD</b>	Simulacros						
4 1	Promoción y Preservación de la Salud Mental	Difusión Plática						
4 1 1	Optimización de relaciones interpersonales	Asesoría Plática						
	Derechos del niño	Asesoría Difusión Plática						
	Maltrato al menor	Asesoría Difusión Plática						
	Uso del tiempo libre	Asesoría						

FORMATO DEL INFORME MENSUAL

Clave	Seccion-proyecto-actividad-	Unidad De Medida	No De Acciones	Beneficiarios				Municipios Atendidos
				Profesores	Alumnos	Padres de Familia	Escuelas	
4 1 2	Actividad de recreacion y convivencia	Difusion						
4 2	Prevencion de Adicciones							
4 2 1	Proceso preventivo de la farmacodependencia	Asesoría Plática						
4 2 2	Informacion sobre medidas preventivas contra las adicciones	Asesoría Plática						
4 3	Educacion de la Sexualidad							
4 3 1	Educación de la sexualidad	Asesoría Plática						
	Plantacion familia	Asesoría Plática						
	Paternalidad responsable	Asesoría Plática						
4 3 2	Medidas preventivas ante las enfermedades sexualmente transmisibles incluida el VIH-SIDA	Asesoría Plática						
4 4	Fechas Especiales a Conmemorar							
4 4 1	Dia Mundial de la Lucha Contra el SIDA	Ceremonia Periodico mural Asesoría Plática Difusion						
4 4 2	Dia Mundial Sin Tabaco	Ceremonia Periodico mural Asesoría Plática Difusion						
4 5	Educacion y Comunicacion en Poblacion							
4 5 1	Salud reproductiva	Periodico mural Asesoría Plática Difusion						
4 5 2	Dia Mundial de la Poblacion	Ceremonia Periodico mural Asesoría Plática Difusion						
5	<i>APOYO A COMPLETOS PROGRAMATICOS</i>							
5 1	Pre escolar Bloque de juegos y actividades en relacion con la naturaleza							
5 2	Primaria Plan y Programas de estudio 1993	Clase						

## **DIRECTORIO**

**Mtro. Efrén Rojas Dávila**  
Secretario de Educación, Cultura y Bienestar Social

**Prof. Lino Cárdenas Sandoval**  
Director General de Educación

**Prof. Eusebio Benítez Albarrán**  
Director de Apoyo a la Educación

**Profa. Alfonso Espino de los Monteros**  
Jefe del Departamento de Educación para la Salud



**GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y BIENESTAR SOCIAL**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN**  
**DIRECCIÓN DE APOYO A LA EDUCACIÓN**

# **INFORME DE ACTIVIDADES**

## **DEL COMITÉ DE SEGURIDAD**

### **Y EMERGENCIA ESCOLAR**

**INDICACIONES:**

- 1 - El documento deberá ser llenado por el director del plantel en su carácter de Coordinador General del Comité Escolar de Educación para la salud
- 2 - Si la respuesta es afirmativa escriba una "X" en el paréntesis correspondiente, en caso contrario deje el espacio en blanco
- 3 - Las preguntas que tengan recuadro deben responderse numéricamente

**DATOS GENERALES DE LA ESCUELA**

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_  
 Dominio \_\_\_\_\_  
 CRESE \_\_\_\_\_ C.C.T. \_\_\_\_\_ Nivel \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 Ciclo Escolar \_\_\_\_\_ Período que se informa \_\_\_\_\_  
 Nombre del Director \_\_\_\_\_  
 Número de personal docente \_\_\_\_\_  
 Número de Alumnos \_\_\_\_\_  
 Número de personal no docente \_\_\_\_\_

I - De enero a la fecha se constituyó el Comité Escolar de Educación para la salud ( )

A) Se integró por

	Profesores	Alumnos	Padres de Familia	Personal no docente
Número				

II - Se elaboró el diagnóstico de necesidades de salud ambientales, ecológicas, seguridad y del entorno de acuerdo a la normatividad establecida ( )

III - Se elaboró el Plan de actividades de las diferentes brigadas ( )

B) Se han presentado comportamientos antisociales como:

Tipo de agresión	No. de casos Detectados	No. de acciones preventivas	No. de acciones Correctivas
Falta			
Sexual (*)			
Vandalismo (**)			
Consumo de sustancias adictivas (drogas)			

\* Intencionalidad de los actos en cuestión, puntual en los que no son capaces de dar su consentimiento por parte de una persona considerablemente mayor o adulta, con o sin asistencia de imitación física.  
 \*\* Grupos connotados para actuar en contra de la propiedad privada, servicios públicos, espacios de recreación y choques con grupos rivales.

**PERSONAS AGREDIDAS**

EDAD	SEXO	
4 - 5		
6 - 8		
9 - 11		
12 - 14		
15 ó más		
Total		

Elaboró

**PERSONAS AGRESORAS**

EDAD	SEXO	
4 - 5		
6 - 8		
9 - 11		
12 - 14		
15 ó más		
Total		

Sello de la Escuela

PROFR \_\_\_\_\_  
 Nombre y Firma del Director Escolar  
 Vo. Bo

Vo Bo

Supervisor Escolar

Coordinador Regional de Servicios Educativos



J) Actividades sobre prevención de accidentes

No. de acciones				
V - Actividades de la Brigada Ecológica				
	No. de acciones	Alumnos	Profesores	P Familia
Creación y/o mantenimiento de áreas verdes				
Campañas de reforestación				
Campañas de uso racional de agua				
Campañas de recolección y selección de residuos sólidos				
Muestras Escolares				
Acciones en fases de contingencia atmosférica (Vale de México)				

VI Actividades de la Brigada de Salud

A) Detección de casos de enfermedad que pueden causar brotes epidémicos

	Casos	No. de acciones preventivas	EFECTOS EN LA ASISTENCIA			
			Sin afectar	Inasist 1 día	Inasist 2 ó más días	Baja o deserción
Varicela						
Rubéola						
Sarampión						
Escarlatina						
Parotiditis						
Hepatitis						
Enfermedad diarreica aguda						
Infección respiratoria aguda						
Tuberc.						
Pulmonar						
Otro						
Total						

CASOS: El Número de niños que presentaron la enfermedad.

BROTE: Grupo de casos de una enfermedad que sobrepasan la incidencia esperada

IV - Actividades de la Brigada de Seguridad

A) Se detectaron problemas estructurales y se proporcionó mantenimiento en

	Detección	Mantenimiento
- Instalaciones físicas de la estructura (pisos, paredes, techos, etc)	( )	( )
- Accesorios de la construcción (puertas, ventanas, vidrios, etc)	( )	( )
- Mobiliario	( )	( )
- Instalaciones eléctricas	( )	( )
- Instalaciones hidrosanitarias	( )	( )
- Instalaciones de gas	( )	( )

B) Se detectaron y señalaron

	( )
- Zonas de seguridad o menor riesgo dentro del plantel	( )
- Zonas de menor riesgo fuera del plantel	( )
- Zonas de riesgo dentro del plantel	( )
- Zona de riesgo fuera del plantel	( )

C) Con respecto al inmueble escolar se elaboró

	( )
- Croquis del plantel	( )
- Croquis del entorno	( )
- Señalización normada por protección civil	( )
- Señalización vial	( )

D) En que condiciones se encuentra el material de emergencia y la señalización como

	Óptimas Cond	Más Cond	No Existe
- No como -- No grito -- No empujo	( )	( )	( )
- Rutas de evacuación	( )	( )	( )
- Puntos de reunión	( )	( )	( )
- Zonas de seguridad internas	( )	( )	( )
- Botiquín	( )	( )	( )
- Extintores	( )	( )	( )

E) Que sistema de alarma utiliza en la escuela

	( )
- Campana	( )
- Silbato	( )
- Timbre	( )
- Sirena	( )
- Res	( )
- Otro _____ ¿Cuál? _____	( )

F) Actividades de reforzamiento educativo-formativas de la Brigada de seguridad

TEMAS	No. De acciones	Beneficiarios		
		Profesores	Alumnos	P. Familia
Desarrollo de contenidos programáticos sobre valores y seguridad				
Dinámica sobre familia y valores				
Dinámica para reconocer los tipos de relación y comunicación en la familia				
Actividades sobre la importancia del respeto a los demás				
Comunicación y relaciones humanas				

G) Actividades de concientización desarrolladas por la Brigada de seguridad

TEMAS	No. de acciones	Beneficiarios		
		Profesores	Alumnos	P. Familia
Pláticas motivacionales sobre la importancia de la seguridad personal y de la comunidad.				
Actividades de promoción en la comunidad educativa				

H) Medidas de fiscalización permanente de la Brigada de seguridad, si así lo requiere la escuela

Actividad	No. de acciones promedio por mes, de detección de armas	Espacio físico donde se han detectado alumnos con armas	Alumnos
Revisión de la mochila a la entrada de la escuela a todos los alumnos			
Revisión de la mochila a la entrada de la escuela a los alumnos, en forma aleatoria.			
Vigilancia en los espacios físicos de la escuela, considerados de riesgo.			

-Medidas que se tomaron al detectar la portación de armas en los alumnos

¿Accidentes ocurridos en la escuela

TIPO DE LESION	PARTE DEL CUERPO AFECTADA
Contusión	Cabeza
Herida	Cara
Luxación	Columna vertebral
Fractura	Tórax
Torcedura	Ext. Superiores
Intoxicación	Espalda
Quemadura	Abdomen
Mordedura o piquete	Cinturón pélvico
Obst. De vías resp.	Ext. Inferiores
Otros ¿Cuál?	Politraumatizado
Total	Total

3) CAUSAS

Juegos	
Agresiones o riñas	
Deportes	
Laborer escolares	
Defectos del inmueble	
Manejo de sust. Tóxicas	
Otros ¿Cuál?	
Total	

4) AREAS DONDE SE PRESENTARON

Pelios o canchas	
Avías	
Escaleras	
Pasillos	
Sanitarios	
Juegos infantiles	
Otros ¿Cuál?	
Total	

5) PERSONAS LESIONADAS

Alumnos	
Docentes	
Visitantes	
Total	

6) SEXO

Masculino	
Femenino	
Total	

7) EFECTOS EN LA ASISTENCIA ESCOLAR

Sin afectar	
Inasist. 1 día	
Inasist. 2 ó más días	
Baja o deserción	
Total	

Edad de los lesionados	4 - 5	6 - 8	9 - 11	12 - 14	15 ó más
TOTAL					



FSCUELA \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ CRESE \_\_\_\_\_ Z.E. \_\_\_\_\_  
 TIPO DE TIENDA \_\_\_\_\_ ADMINISTRADA POR \_\_\_\_\_ DISTANCIA DE LA FUENTE DE CONTAMINACION MAS CERCANA \_\_\_\_\_

(FIJA, MOVIL, SEMIFIJA) (PARTICULAR, SOC. PADRES)

	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		
	S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	
LLENAR CON COLOR VERDE LA RESPUESTA SI Y CON ROJO NO																									
CUENTA CON REGLAMENTO DE TIENDAS ESCOLARES																									
EL RESPONSABLE DE LA TIENDA CONOCE EL REGLAMENTO DE TIENDAS ESCOLARES.																									
TIENE AUTORIZACION ESCRITA DE LA DIRECCION GENERAL DE EDUCACION, PARA FUNCIONAR																									
CUENTA CON ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE ALTA ANTE LA JURISDICCION SANITARIA.																									
CUENTA CON AGUA POTABLE																									
CUENTA CON AGUA CORRIENTE																									
CUENTA CON ESPACIO PARA ALMACENAR LOS PRODUC. FUERA DEL ALCANCE DE LA FAUNA NOCIVA																									
CUENTA CON LOS UTENSILIOS ADECUADOS EN CANTIDAD SUFICIENTE PARA DAR SERVICIO																									
CUENTA CON BOTES DE BASURA																									
LOS BOTES DE BASURA CUENTAN CON TAPA																									
LA TIENDA Y SU ENTORNO SE ENCUENTRAN LIBRES DE FAUNA DOMESTICA																									
EXPENDE ALIMENTOS PERECEROS																									
LA CONSERVACION DE PERECEROS ES ADECUADA																									
CUENTA CON REFRIGERADOR O HELADERA																									
EL HIFLO QUE USAN ES POTABLE																									
LA TIENDA SE ENCUENTRA LIBRE DE FAUNA NOCIVA																									
HAY AGUA CORRIENTE A DISPOSICION DEL USUARIO																									
HAY LABON A DISPOSICION DEL USUARIO																									
HAY TOALLAS A DISPOSICION DEL USUARIO																									
EL ALMACENAMIENTO DE LOS ALIMENTOS QUE SE EXPENDEN A GRANEL ES ADECUADO																									
LA EXPEDICION DE LOS ALIMENTOS QUE SE EXPENDEN A GRANEL ES ADECUADA																									
LAS FRUTAS Y VERDURAS QUE SE EXPENDEN CRUDAS SE LAVAN																									
LAS VERDURAS DE HOJA Y FRUTAS DE DIFICIL LAVADO SE DESINFECTAN ANTES DE EXPENDERSE																									
LOS TRABAJADORES DE LA TIENDA USAN GORRO																									
LOS TRABAJADORES DE LA TIENDA USAN MANDIL																									
LOS TRABAJADORES DE LA TIENDA EVITAN PRESENTARSE ENFERMOS A TRABAJAR																									
LOS ALIMENTOS NO ENVUELTOS DE FABRICA SE PROTEGEN EN VIRINAS ANTES DE SU EXPEDICION																									
LOS PRODUCTOS DE LIMPIEZA SE ALMACENAN ALLIADOS DE LOS ALIMENTOS																									

INDICADOR	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S
INDICADOR CON COLOR VERDE (LA RESPUESTA B (BIEN), CON NARANJA O R (REGULAR) Y CON ROJO M (MAL))																									
ESTADO HIGIENICO DE LOS ALIMENTOS PERECEDEROS																									
ESTADO HIGIENICO DE LOS NO PERECEDEROS																									
AMPERO HIGIENICO DE LOS ALIMENTOS																									
SF0 GENERAL DE LOS TRABAJADORES DE LA TIENDA																									
SE0 DE MANOS Y UÑAS DE LOS TRABAJADORES																									
FINADO DE LOS TRABAJADORES DE LA TIENDA																									
UMINACION																									
FNITILACION																									
INTURA DEL LOCAL																									
INTURA DEL MOBILIARIO																									
MACENAMIENTO DE LA BASURA																									
DISPOSICION FINAL DE LA BASURA																									
ESTADO DE LAS INSTALACIONES HIDRAULICAS																									
ESTADO DE LAS INSTALACIONES SANITARIAS																									
ESTADO DE LAS INSTALACIONES DE GAS																									
ESTADO DE LAS INSTALACIONES ELECTRICAS																									
ESTADO DEL REFRIGERADOR O HELADERA																									
ESTADO DE LA TIENDA																									
ESTADO DEL MOBILIARIO																									
ASEO DEL LOCAL																									
ASEO DEL ENTORNO																									
FICHAS EN QUE SE PRESENTAN CERTIFICADO DE SALUD																									
FICHAS EN QUE SE REALIZAN LAS VERIFICACIONES																									
FICHAS EN LAS QUE SE EMITEN RECOMENDACIONES																									
<b>FIRMA DEL DIRECTOR ESCOLAR</b>																									
<b>FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD DE PADRES DE FAMILIA</b>																									
<b>FIRMA DEL PROMOTOR EDUCACION AMBIENTAL Y SALUD</b>																									
<b>FIRMA DEL COORDINADOR DE EDUCACION AMBIENTAL Y SALUD</b>																									
<b>FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA TIENDA</b>																									

OBSERVACIONES

## GUIA DE OBSERVACION DE SIMULACROS

NOMBRE DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_ PROMOTOR ASIGNADO \_\_\_\_\_

1.- FECHA DE EJECUCION \_\_\_\_\_ 2.- HORA \_\_\_\_\_

3.- FENOMENO CAUSAL DEL DESASTRE \_\_\_\_\_

4.- TIPO DE SIMULACRO: EVACUACION ( ) REPLIEGUE ( ) MIXTO ( )

5.- PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD: ALUMNOS MAESTROS PADRES DE FAMILIA  
PARCIAL ( ) GENERAL ( ) No. DE PARTICIPANTES \_\_\_\_\_

6.- ¿CUAL ES EL SISTEMA DE ALARMA UTILIZADO? \_\_\_\_\_

7.- EN CUANTO A DIFUSION DE LA EJECUCION, ¿SE LE COMUNICO A LA COMUNIDAD?:  
LA HORA ( ) EL DIA ( ) LA SEMANA ( ) SIN AVISO ( )8.- OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## EVALUACION DE LA EJECUCION:

9.- ¿SE ESCUCHO LA SENAL DE ALARMA EN TODOS LOS LUGARES DEL PLANTEL?  
SI ( ) NO ( ) ¿DONDE

10.- TIEMPO QUE TOMO LA EVACUACION: \_\_\_\_\_ MINUTOS \_\_\_\_\_ SEGUNDOS

11.- CONDUCTAS Y ACTIVIDADES PRESENTADAS POR LA COMUNIDAD DURANTE LA EJECUCION:

	SI	NO
CAIDAS	( )	( )
EMPUJONES	( )	( )
GRITOS	( )	( )
MIEDO	( )	( )
DESORIENTACION	( )	( )
ORDEN	( )	( )
COOPERACION	( )	( )
OTRAS		

12.- LAS RUTAS DE EVACUACION DE LA POBLACION:

	SI	NO
FUERON IDONEAS	( )	( )
SE FORMARON CUELLOS DE BOTELLA	( )	( )
EXISTIAN OBSTACULOS IMPREVISTOS	( )	( )
TIENEN ZONAS DE RIESGO	( )	( )

13.- LAS SEÑALES DE RUTAS DE EVACUACION Y ZONA DE SEGURIDAD:

	SI	NO
FUERON LAS IDONEAS	( )	( )
FALTAN SEÑALES	( )	( )
CREAN CONFUSION	( )	( )

14.- UNA VEZ REALIZADO EL SIMULACRO LAS BRIGADAS DEL COMITE REALIZARON: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COORD. GRAL. DEL COMITE DE SEGURIDAD ESCOLAR: \_\_\_\_\_

PROMOTOR: \_\_\_\_\_

## FORMATO PARA EL REGISTRO DE ACCIDENTES OCURRIDOS AL INTERIOR DEL PLANTEL.

TIPOS DE LESIONES:	TOT.
CONTUSIONES	
HERIDAS O LACERACIONES	
LUXACIONES O TORCEDURAS	
FRACTURAS	
INTOXICACIONES	
QUEMADURAS	
AMORATAMIENTOS O ASFECTICIAS	
HEMORRAJIAS NASALES	
DESMAYOS	
DESARRIQUES O CONTRACCIONES MUSCULARES	
MORDEDURAS O PISOTIETES DE ANIMAL	
CONVULSIONES	
OTROS	
TOTAL	

CAUSAS DE LAS LESIONES:	TOT.
JUEGOS	
DEPORTES	
AGRESIONES O PELEAS	
ASOCIADAS A DEFECTOS DEL INMUEBLE	
ASOCIADAS A LABORES ESCOLARES	
INTRODUCCION DE SUSTANCIAS TOXICAS	
OTRAS	

ATENCION PROPORCIONADA AL LESIONADO:	TOT.
PRIMEROS AUXILIOS	
ATENCION MEDICA	
HOSPITALIZACION	
TOTAL	

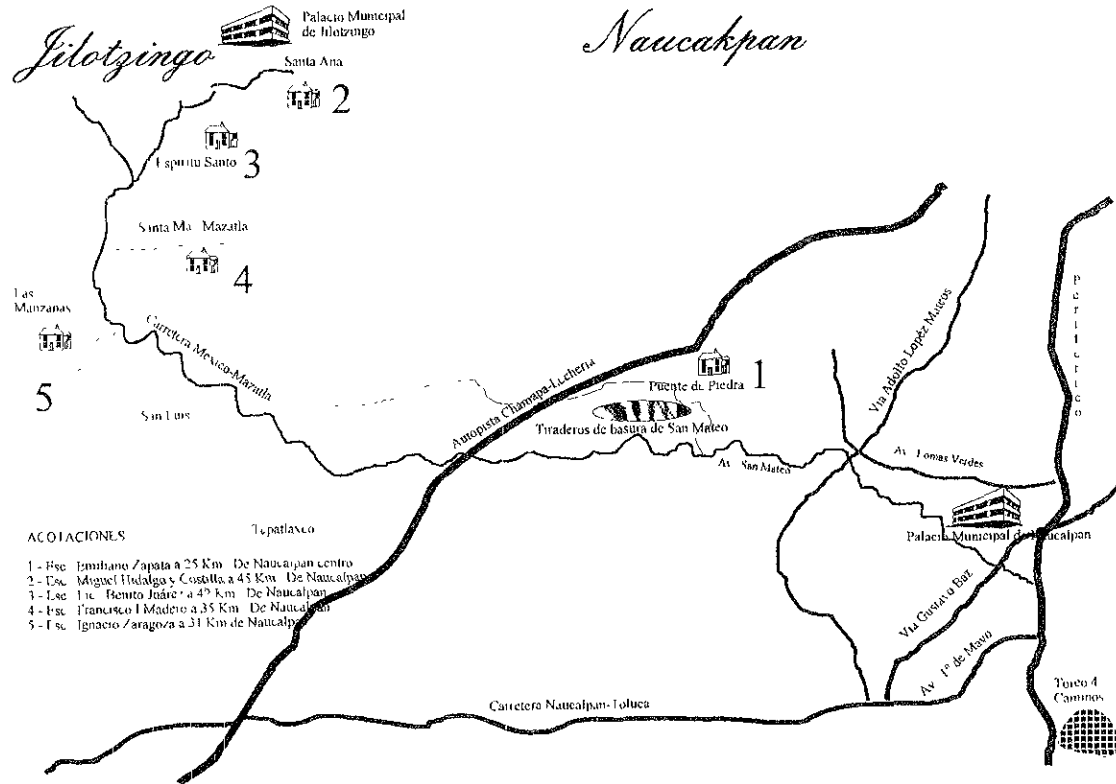
PERSONAS LESIONADAS:	TOT.
ALUMNOS	
DOCENTES	
NO DOCENTES	
VISITANTES	
TOTAL	

SEXO	TOT.
FEMENINO	
MASCULINO	
TOTAL	

AREAS DONDE SE PRESENTARON:	TOT.
PATIOS O CANCHOS	
AULAS	
ESCALERAS	
PASEILLOS	
SANITARIOS	
OTRAS	
TOTAL	

EFFECTOS SOBRE LA ASISTENCIAS:	TOT.
SIN AFECTAR LA ASISTENCIA	
INSISTENCIA POR UN DIA	
INSISTENCIA POR DOS DIAS O MAS ATENCION	
BAJA PERMANENTE	
TOTAL	

# CROQUIS DE LOCALIZACIÓN





HOJAS DE FIRMAS

ELABORÓ: PROM. EDUC. AMB. Y SAL. PEDRO CASTILLO BARRIENTOS

COORDINADOR DE AREA 02 ALMA MARGARITA PAULIN ESPINOSA

ENTERADOS



DIRECCION GENERAL DE EDUCACION GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS SUPERVISION DE ESCUELAS ZONA 09 SUPERVISION DE FLORA DEL S. C. LOPEZ PEREZ EDUCACION PRIMARIA ZONA ESCOLAR No. 9

*[Handwritten signature]*



DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESCUELA MIGUEL HIDALGO FRANCISCO TORRES TOLEDO FERNANDEZ ESCUELA DE PRIMARIA PLANTA DE PLANTA NAUTICAN 09 SUPERVISION DE FLORA DEL S. C. LOPEZ PEREZ

*[Handwritten signature]*



DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESCUELA MIGUEL HIDALGO FRANCISCO TORRES TOLEDO FERNANDEZ ESCUELA DE PRIMARIA PLANTA DE PLANTA NAUTICAN 09 SUPERVISION DE FLORA DEL S. C. LOPEZ PEREZ

*[Handwritten signature]*



DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESCUELA MIGUEL HIDALGO FRANCISCO TORRES TOLEDO FERNANDEZ ESCUELA DE PRIMARIA PLANTA DE PLANTA NAUTICAN 09 SUPERVISION DE FLORA DEL S. C. LOPEZ PEREZ

*[Handwritten signature]*

P.P.

DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESCUELA FRANCIS I MADERO PUEBLO, HERRIERO REYES MORALES

*[Handwritten signature]*



DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESCUELA IGNACIO ZARAGOZA FRANCISCO TORRES TOLEDO FERNANDEZ ESCUELA DE PRIMARIA PLANTA DE PLANTA NAUTICAN 09 SUPERVISION DE FLORA DEL S. C. LOPEZ PEREZ

*[Handwritten signature]*