

52



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

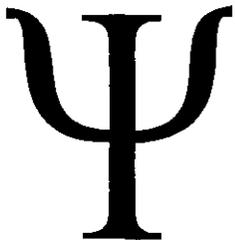
FACULTAD DE PSICOLOGIA

0286302

ATENCIÓN PRIMARIA EN FACTORES DE RIESGO EN
SALUD COMUNITARIA: SEDENTARISMO Y MALOS
HÁBITOS ALIMENTICIOS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
CAROLINA CONTRERAS MEJIA.
RUTH GABRIELA GONZALEZ VELASCO.

DIRECTOR DE TESIS: MTR. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA.



MEXICO, D.F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis Padres.

Como un eterno agradecimiento por mi existencia, valores morales y formación profesional. Porque sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme; pero sobre todo por ayudarme y apoyarme en uno de los logros más grandes de mi vida

Gracias.
Los Quiero Muchísimo .

A mi Hermana.

Por Permitirme compartir contigo mi vida, mi cariño, pero sobre todo, por enseñarme el significado de la primera letra de la palabra admiración: tu nombre ALMA

Gracias por ser mi hermana
Te Quiero Mucho.

A mi Hermano.

Por ser el mejor amigo que Dios pudo enviarme; esa persona mágica la cual me ha enseñado que el ser joven es tener ideales y luchar hasta lograrlos, es soñar en el futuro por el que se esta trabajando en el presente y tener siempre algo que hacer, algo que crear y algo que dar.

Gracias
Te Quiero Mucho. .

A tí Pequeño.

Por ayudarme a lograr uno de mis más grandes sueños, enseñándome que el amor es la mejor llave para abrir cualquier puerta que pueda estar obstaculizando el camino.

Por ser parte de mi vida como alguien muy especial.
Gracias.

Maucio Te Quiero Mucho .

A mi Súper Amiga.

Con la cual hoy logro y comparto uno de los mayores éxitos y por enseñarme que el contar con una amiga es un don divino el cual multiplica las alegrías y divide las penas.

Gracias.
Caro T.Q.M.

Le doy gracias a Dios por haberme rodeado de personas que con su cariño me hacen crecer cada día más como persona; pero sobre todo por enviarme a las dos estrellas más brillantes las cuales en los momentos más oscuros aparecen para iluminar mi vida

MIS PADRES.

Gaby♥

A mis padres por su apoyo incondicional
y por su inmenso amor, pero sobre todo por
ser el mejor ejemplo de lucha y éxito en la vida.
Los amo por igual.

A mi hermana por su amor y sus consejos,
y por ser mi cómplice en todo momento .
Chiquita échale ganas tu eres grande.

A mis abuelas por su fuerza y entereza
(eso también lo he llegado a prender)
aún nos quedan muchos años por delante
y muchas cosas que compartir.
Las quiero mucho.

A mis abuelos, que aunque ya no estén
físicamente conmigo, siempre los recuerdo
y los voy a seguir amando.

A mis tíos y tías por sus consejos,
regaños y por la confianza que muchas
veces han llegado a depositar en mí, cada
uno tiene un lugar especial en mi corazón
Y ustedes lo saben.

A mis primos por que de ellos he aprendido
muchas cosas, gracias por su amor y confianza.
Los quiero muchísimo a TODOS!!!

A todas mis amigas, que han estado junto
a mí en las buenas y malas, por los momentos
tan increíbles que hemos pasado en estos años
de escuela. Recuerden: una para todas y todas
para una.

A Gaby por su amistad y confianza,
pero sobre todo por hacerme ver mis
errores y apoyarme cuando más lo
he necesitado. Te quiero mucho.

A Dios por permitirme vivir este momento
y poder compartirlo con cada una de las
personas a las que quiero.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
1. Atención a la Salud	
1.1 Definición de Salud	5
1.2 Psicología de la Salud	9
1.3 Niveles de Atención y Prevención a la Salud.	12
1.4 Atención Primaria a la Salud	15
2. Psicología Comunitaria	
2.1 Definición de Comunidad	17
2.2 Psicología Comunitaria	19
2.3 Educación para la Salud	20
2.4 Modelos de Educación para la Salud.	24
3. Estructura para el desarrollo de un programa comunitario.	
3.1 Estudio, Investigación y Diagnóstico	32
3.2 Planeación	37
3.3 Intervención y tipos de intervención	38
3.4 Ejecución	49
3.5 Evaluación	50
4. Estilos de vida saludables	
4.1 Calidad de vida	53
4.2 Panorama Epidemiológico.	56
4.3 Sedentarismo o inactividad física	58
4.4 Hábitos Alimenticios	60
5. Método	
5.1 Diagnóstico comunitario	63
5.2 Intervención	65
5.3 Evaluación	66
6. Resultados	
6.1 Diagnóstico comunitario	67
6.2 Intervención	72
6.3 Resultados de la Intervención	72
7. Discusión	
7.1 Diagnóstico	75
7.2 Intervención	75
7.3 Evaluación	76
8. Propuestas	
8.1 Diagnóstico	78
8.2 Intervención	78
8.3 Evaluación	79
9. Conclusiones	80
Bibliografía y Anexos	81

RESUMEN.

El presente trabajo tiene como objetivo identificar los factores de riesgo y factores protectores de la salud que permitan realizar acciones de prevención, en una comunidad del sur de la Ciudad de México por medio de tres etapas: Diagnóstico Intervención y Evaluación. Se obtuvo una muestra de 80 sujetos integrantes de la comunidad, a las cuales se les aplicaron dos instrumentos de Diagnóstico: "Cuestionario de Estilos de Vida y Entrevista Inicial", con el fin de identificar componentes centrales para el diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención preventiva en salud. Se identificaron dos problemáticas principales: hábitos alimenticios inadecuados y sedentarismo (inactividad física). Para intervenir en ambos problemas, considerando las características de participación de la comunidad, y basados en el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente se decidió como un primer acercamiento proporcionar información por medio de trípticos buscando sensibilizar a los participantes acerca de la prevención de enfermedades crónicas ocasionadas por las problemáticas identificadas. Como resultado de la intervención se obtuvo un aumento del 56% en los puntajes alcanzados en el cuestionario de Conocimientos "Postest" a comparación del Pretest, lo que muestra que la lectura de los trípticos fue efectiva para la modificación del nivel de conocimientos de la población con respecto a la alimentación y el ejercicio. Con base en lo anterior y de acuerdo al modelo de Prochaska y DiClemente podríamos esperar que las personas utilicen la información proporcionada así como sus propios recursos para pasar a una siguiente etapa: Contemplación.

INTRODUCCIÓN.

Los seres humanos están constituidos por elementos biológicos, psicológicos, sociales, políticos y económicos que la salud debe visualizar desde una dimensión individual hasta una dimensión colectiva. El individuo como protagonista principal de un modo de vida determinado, necesita de algo más que la satisfacción de sus necesidades materiales para alcanzar su pleno bienestar. En consecuencia, la promoción, conservación y restablecimiento de la salud se convierte en una de las más altas prioridades de la satisfacción de las necesidades; cuestiones tales como el funcionamiento y dinámica familiar, el estilo de vida personal, las actitudes hacia la enfermedad y las situaciones de estrés emocional son centrales para la puesta en práctica de programas de salud a cualquier nivel.

El que se alcance un elevado nivel de salud se encuentra relacionado con los factores y/o condiciones sociales en que viven inmersos el individuo y la comunidad; por ello es necesario tomar en cuenta que dentro de esta gama de factores se pueden identificar aspectos del medio ambiente que tienden a exacerbar la conducta y que hacen más probable que el sujeto o grupo experimente un problema en particular (factores de riesgo); así mismo existen factores protectores que se encuentran en función de los factores de riesgo, siendo aspectos del medio ambiente que hacen menos probable que se presente dicho problema.

La Psicología de la Salud aborda aquellos aspectos comprometidos en el proceso salud enfermedad, desde el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación hasta ayudar a bien morir. Además estudia los fenómenos y problemas ocasionados por la exposición del ser humano a diversos factores de riesgo, tomando en consideración cualquier tipo de comportamiento que sea relevante para los procesos de salud y enfermedad, referido tanto a un individuo como a la comunidad.

La Psicología de la salud es considerada como una intervención dirigida a la mejora y cuidado de la salud de los individuos en todos los niveles de atención y prevención a la salud.

El primer enlace entre la población y el sistema de atención a la salud es la atención primaria la cual busca evitar que la enfermedad se presente por medio de la promoción de la salud y su protección específica; la atención secundaria pretende detener el avance de la enfermedad y se sustenta en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno; la atención terciaria tiene como fin disminuir la discapacidad y ofrecer tratamiento y/o rehabilitación.

El desarrollo de los niveles de atención van a la par de los diferentes tipos de prevención, ya que la prevención primaria tiene como objetivo modificar anticipadamente las condiciones sociales y ambientales, así como las conductas

de las personas que pueden afectar negativamente a su salud; la prevención secundaria encargada de identificar y tratar lo antes posible los trastornos cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la atención primaria; prevención terciaria, la cual actúa sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores.

La Psicología de la Salud y otras disciplinas buscan desarrollar un estado óptimo de salud para la comunidad, para lo cual echan mano de estrategias como la salud comunitaria la cual trata de aplicar los programas de salud pública en los ámbitos locales de cada comunidad, destacando la urgencia de la prevención y de la educación para la salud dentro de la misma.

La Educación para la Salud representa un conjunto de conceptos, conocimientos y prácticas que pueden transmitirse por medio de programas de educación a las poblaciones con el fin de facilitar la modificación voluntaria de los comportamientos sociales e individuales que sean desfavorables a la salud individual y/o colectiva; es un proceso interactivo y dinámico en el que los grupos o poblaciones son participantes activos y no meramente recipientes de información.

Los programas comunitarios de Educación para la Salud tienen como finalidad fomentar y proteger la salud de la población mediante la acción educativa, erradicando, los hábitos insanos prevalentes y promoviendo aquellos hábitos y prácticas saludables que demuestren que son fundamentales para la promoción de la salud.

Con base a los objetivos del Internado en Psicología General, las estrategias para el estudio y desarrollo de programas comunitarios son:

Diagnóstico
Intervención
Evaluación

En este trabajo se realizó un mapeo de la zona, diagnóstico comunitario, y una intervención en atención primaria a la salud, en una comunidad urbana ubicada en la colonia Sta Ursula Coapa, México D.F., encontrándose dentro de sus principales problemáticas el sedentarismo (inactividad física) y los malos hábitos alimenticios.

La intervención realizada para dichos problemas fue por medio de trípticos donde se proporcionó información de los beneficios que conlleva el tener una buena alimentación en combinación con realizar ejercicio regularmente. Se utilizó este tipo de intervención, pues los trípticos cuentan con la ventaja de que son medios a los que la población tiene un fácil acceso, ya que su distribución puede ser hecha de mano en mano, además de contar con la información exacta que se quiere dar a conocer por un medio visual, que es fácil de entender.

A partir de la experiencia del Internado en Psicología General y teniendo en cuenta la oportunidad de participar en escenarios reales, este trabajo tiene como objetivos: proponer alternativas que mejoren y faciliten el desarrollo de programas de intervención en salud comunitaria; así mismo describir las condiciones de salud respecto al estilo de vida de una comunidad ubicada al sur de la Ciudad de México, haciendo énfasis en la sensibilización de factores de riesgo al proporcionar información acerca de las problemáticas que se presentaron dentro de la comunidad (sedentarismo y malos hábitos alimenticios), lo que permitirá a las personas desarrollar herramientas para mejorar su calidad de vida.

1. ATENCIÓN A LA SALUD.

1.1 Definición de Salud.

La organización Mundial de la Salud, en su Carta Magna Constitucional, en 1946 define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1960) Citado en Alma Ata en 1978.

A lo largo de la historia, la salud se había definido como una "salud negativa", estableciéndola como la ausencia de enfermedades e invalidez" en donde se plantea a la salud y a la enfermedad como un continuo, cuyos extremos son el óptimo de salud y la muerte, existiendo una zona neutra no del todo definida donde no es posible distinguir entre lo normal y lo patológico, significando con ello que la separación entre la salud y la enfermedad nunca es absoluta Salleras, L (1990)

Actualmente, se considera que la salud tiene un periodo degenerativo llamado Historia Natural de la Enfermedad la cual se divide en cuatro etapas: la primera etapa "Salud" comienza con un periodo silencioso de incubación en el cual no hay presencia de síntomas, siendo un proceso permanente de variación biológica y de adaptación - desadaptación a su ambiente; la segunda etapa llamada "Periodo Prepatógeno", en donde el sujeto está permanentemente sano pero en realidad esta variando del estado de salud al estado de enfermedad debido a una desadaptación física, mental o social; durante esta etapa se comienza a presentar cierta sintomatología a la que el paciente puede o no dar importancia y que el médico puede o no descubrir (padecimiento temprano), la tercera etapa "Periodo Patógeno" se refiere a la enfermedad avanzada en la que la desadaptación de un organismo por un agente extraño, provoca una reacción intensa como defensa, de forma en que el proceso patológico interfiere en la función normal de éste; la última etapa llamada "Periodo de Solución" ya existe un padecimiento grave o enfermedad permanente, en la cual el daño en el organismo ya es irreversible y sólo se puede trabajar en la rehabilitación o en la orientación a bien morir Perkins citado por Vega, L (1992). Fig. 1.

Por ello, la salud hoy no puede definirse como un estado de bienestar absoluto, completo y estático debido a que representa una situación variable producto de todos los factores de la vida social (ambientales, genéticos, biológicos y psicológicos) sobre la población y el individuo; la salud debe considerarse como un proceso dinámico, ya que no existe un límite entre la salud y la enfermedad sino diversas etapas las cuales permiten el fomento a la salud, la prevención de la enfermedad y el diagnóstico temprano San Martín, (1992).

El que se alcance un elevado nivel de salud o se produzca el periodo de solución está muy relacionado con los factores y/o condiciones sociales en que viven inmersos el individuo y la comunidad

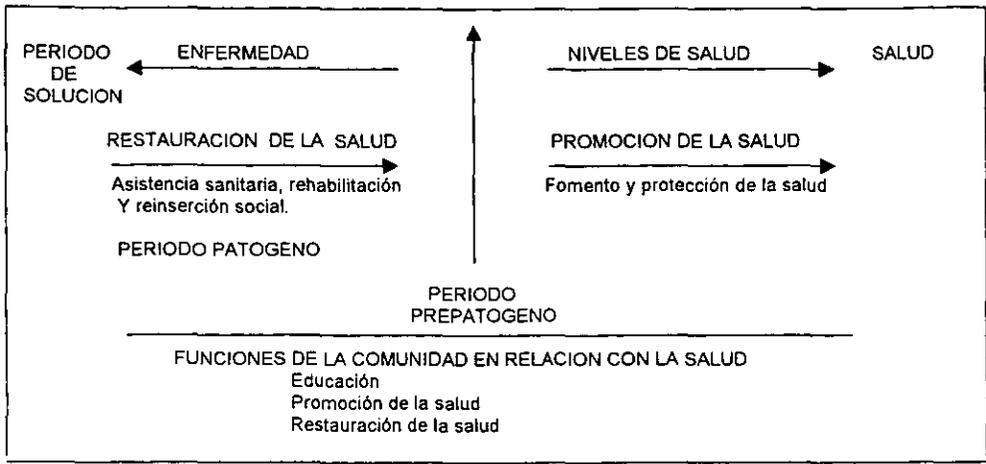


Fig. 1. Historia Natural de la Enfermedad.

Durante su vida el hombre se expone permanentemente a la acción de una multiplicidad enorme de factores que pueden poner en riesgo su salud.

Beaglehole y cols. (1994) distinguen cuatro tipos de factores que intervienen en la causación de una enfermedad.

- Factores predisponentes: tales como la edad, el sexo o el padecimiento previo de un trastorno de salud que pueden crear un estado de sensibilidad para un agente productor de enfermedad.
- Factores facilitadores: tales como ingresos reducidos, alimentación escasa, vivienda inadecuada y asistencia médica insuficiente, que pueden favorecer el desarrollo de una enfermedad. A su vez, las circunstancias que favorecen la recuperación de las enfermedades o el mantenimiento de una buena salud también podrían llamarse factores facilitadores. El estilo de vida de un individuo o de una población son considerados como factores facilitadores ya que pueden incluir comportamientos habituales nocivos para la salud o a su vez comportamientos que favorecen el mantenimiento de una buena salud o la recuperación de alguna enfermedad.
- Factores desencadenantes: como la exposición a un agente patógeno o nocivo específico, que pueden asociarse a la aparición de una enfermedad o estado determinado.

- o Factores potenciadores: como una exposición repetida o un trabajo demasiado duro que pueden agravar a una enfermedad ya establecida.

Sin embargo, en 1998 Soberón citado por Sánchez Sosa¹ señala que el sector salud de México y la OMS identifican cuatro grandes grupos de factores que afectan la salud del ser humano: la herencia, es decir la naturaleza y las características del equipo biológico con que nace el humano; la nutrición, esto es la calidad y la cantidad de su alimentación; el acceso a servicios de salud de alta calidad y por último el comportamiento humano el cual es un pilar fundamental de la salud o de su pérdida haciéndolo indispensable como objeto de estudio del especialista en salud.

Un quinto grupo, añadido en la tradición del análisis de la interacción entre el ser humano y su ambiente, y que muestra que ambos se afectan mutuamente, es justamente la calidad del ambiente que nos rodea Mercado citado por Sánchez Sosa (1998)²

Por ello, es necesario tomar en cuenta que dentro de esta gama de factores se pueden identificar aspectos del medio ambiente que tienden a exacerbar la conducta y que hacen más probable que el sujeto o grupo experimente un problema en particular; estos factores llamados factores de riesgo se asocian a muchas enfermedades y no operan en forma aislada o lineal sino en un sinergismo en el cual las causas deben adquirir no solo la condición de necesarias sino también de suficientes. Se puede considerar como factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad " a toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que según los conocimientos que se poseen asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente Backet, y cols. Citado por Morales F. (1999). Así mismo existen aspectos en el medio ambiente que hacen menos probable que se presente dicho proceso patológico o un problema en particular, llamados factores protectores.

Los factores protectores se encuentran en función de los factores de riesgo y de los factores sociales y personales.

Entre los factores de origen social existen:

- o Los determinados por las primeras experiencias de socialización, generalmente vinculadas al contexto familiar. Los padres inculcan comportamientos que se convierten en hábitos que tienden a perturbar toda la vida y que son resistentes al cambio.

¹ La Psicología de la Salud en América Latina. Rodríguez, G; Rojas, M. Facultad de Psicología. México. 1998.

² Ibidem.

- La pertenencia a una cultura o a un grupo socioeconómico en particular, donde existen un tipo de normas, que incluyen desde valores estéticos hasta definiciones del rol que deben jugar los diferentes miembros de la comunidad.
- Los factores sociales procedentes de las influencias de grupo (grupo de amigos, compañeros de la escuela, etc.), que representan uno de los factores de riesgo más significativos en la adquisición de conductas nocivas para la salud.

Entre los factores personales que pueden influir en los hábitos de salud se encuentran:

- Auto percepción de síntomas. Proceso que comienza con la identificación de determinadas señales corporales como síntomas y, en un paso inmediatamente posterior, continúa con el establecimiento de relaciones causales entre dichos síntomas y ciertas conductas o hábitos.
- Factores emocionales. Muchos de los comportamientos o hábitos nocivos para la salud, como beber, fumar o comer muy poco o en exceso, se encuentran asociados en algunas personas a ciertas reacciones emocionales, como la depresión.
- Creencias y actitudes. Las creencias de que determinados comportamientos pueden contribuir a evitar una enfermedad, así como también la sensación de vulnerabilidad, son factores que contribuyen a la práctica de una conducta de salud determinada.

El que los individuos lleguen a un estado de salud o de enfermedad es el resultado de una adaptación a los diversos factores inmersos en el medio ambiente . La tríada ecológica explica la interacción que se lleva a cabo entre el huésped (animal o ser humano), el agente (factor presente que puede afectar) y medio ambiente (biológico, familiar ,químico, etc.) Fig. 2.

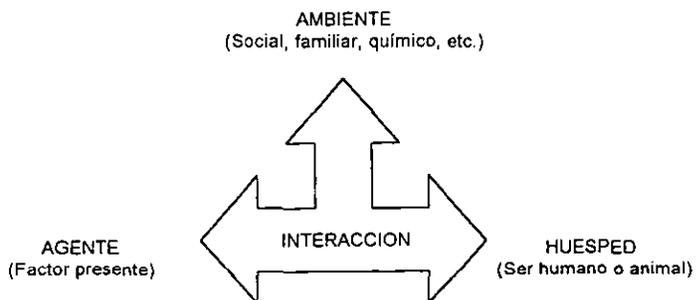


Fig. 2. Tríada ecológica

Así, la principal tarea del profesional de la salud es identificar los factores de riesgo y protectores que puedan afectar o favorecer la adopción de conductas adecuadas para el cuidado de la salud y así fomentar hábitos de salud en la población.

1.2 Psicología de la Salud.

Los primeros acercamientos al tema de salud / enfermedad en los años recientes lo ha constituido la Medicina Conductual. Esta área se considera como una amalgama de elementos provenientes de las ciencias del comportamiento, tales como la psicología, la sociología médica, y la educación para la salud, que proporcionan conocimientos relevantes para colaborar en el cuidado de la salud, el tratamiento y la prevención de la enfermedad. Por ello el término de "medicina conductual" se utiliza para denotar un amplio campo interdisciplinar de investigación científica, educación y práctica, referido a la salud / enfermedad relacionado con disfunciones fisiológicas (Rodríguez, Martínez, Valcárcel, 1989)

Sin embargo esta perspectiva se encuentra basada principalmente en el modelo biomédico cuyo fundamento sitúa a los problemas biológicos a un nivel individual. El modelo médico debe buscar la etiología de la enfermedad para tratar los síntomas ya arraigados en lugar de prevenirlos.

Al tratar de surgir la necesidad de prevenir conductas relacionadas con la enfermedad el modelo tuvo que ser modificado por uno más completo denominado biopsicosocial, el cual visualiza la salud desde una dimensión individual hasta una dimensión colectiva, tomando en cuenta tres aspectos, que incluye en la definición misma de salud y de enfermedad muchos supuestos de naturaleza psicológica, biológica y social, y que remodela los papeles sociales de los profesionales dentro del sistema de salud, confiriendo un mayor protagonismo, y también mayor responsabilidad, al paciente, respecto del cuidado y/o recuperación de su salud, tornando el rol pasivo del paciente en rol participativo, interviniendo para lograr una salud óptima y mejorar la calidad de vida. Así la perspectiva desde la que se pretende abordar hoy la problemática de salud/enfermedad exige las aportaciones de diferentes disciplinas, cuyo producto lógico resulta en una nueva área, denominada "Psicología de la Salud"

La Psicología de la Salud es una disciplina o campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir cualquier comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar. Además estudia los fenómenos y problemas ocasionados por la exposición del ser humano con diversos factores de riesgo, tomando en consideración cualquier tipo de comportamiento que sea relevante para los procesos de salud y enfermedad referido tanto a un individuo como a un grupo. Todo ello, de acuerdo con una visión holística e integradora actualmente mantenida tanto sobre la salud como sobre la enfermedad como un todo integrado biológico, psicológico y social.³

³ www.cop.es/perfiles/contenido/clínica.htm

Reig, y cols. Citado por Latorre, J (1992) señala que la psicología de la salud se basa en cuatro supuestos básicos:

- Que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades o, en otras palabras, que la conducta es un factor de riesgo.
- Que la modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.
- Que el comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad.
- Que las intervenciones psicológicas pueden resistir un análisis de costo utilidad/ eficacia.

La Psicología de la Salud es uno de los escenarios de investigación y de desarrollo profesional más desafiante para los psicólogos de todo el mundo; abordando todos aquellos aspectos comprometidos en el proceso salud/enfermedad, ya sean estos básicos, clínicos, sociales, profesionales e incluso de políticas de salud. Desde el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación, hasta, ayudar a bien morir, participando significativamente en cualquier momento del ciclo vital. Cualquier trabajo de investigación sobre la salud es imposible sin conocer el contexto psicológico y social donde esta se experimenta y tiene lugar.

La División de Psicología de la Salud del American Psychological Association la menciona que "las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la Psicología son: la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención a la salud y la formación de la política de salud, Esta definición ha sido muy comentada, señalándose cuatro aspectos que en ella están identificados implícita o explícitamente de la siguiente manera:

- Que el campo de la Psicología de la Salud está relacionado con las contribuciones especiales que los psicólogos pueden hacer a la salud.
- Que el término salud debe ser entendido de la manera más amplia posible, para incluir tanto la salud como la enfermedad, la salud física como la mental y trastornos específicos y diagnósticos, tanto como el sentido general de malestar, la robustez, o el bienestar.
- El campo no debe estar limitado a la investigación o a la construcción de teorías, pero si debe estar relacionado con la aplicación de la investigación y la teoría a la prevención tratamiento y prestación de servicios.
- Todo lo que pueda tener un impacto en la salud, ya sea a nivel del individuo, el grupo o el sistema social en general, es de interés legítimo para el psicólogo de la salud, Bloom citado por Alvear. G., y cols (1996-1997)

Por ello, la tarea del Psicólogo de la Salud es intentar comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que llega a éste y cómo responde una persona cuando esta enferma; además participa en la formulación de políticas de salud, en el diseño de programas de alcance nacional o regional para problemas específicos, y la intervención en el diseño y aplicación de programas de formación de recursos humanos para los servicios de salud en los que se integra una orientación psicológica interesándose por los aspectos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad; enfocando su atención sobre la etiología y los correlatos de salud, enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia a los orígenes o causas de la enfermedad interesándose en los factores psicosociales que contribuyen a la salud, en donde el psicólogo de la salud desarrolla recomendaciones en el ámbito de tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario Latorre, J (1992). Algunos de los escenarios en los que labora el Psicólogo de la Salud son:

- Investigaciones de enseñanza superior, realizando funciones de docencia e investigación.
- Centros asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud de los tres niveles de atención, con funciones de planeación, servicio e investigación.
- Practica enfocada a la atención individual y comunitaria.

Actualmente, se puede afirmar que la investigación en Psicología de la Salud que se desarrolla comprende todos los momentos del proceso salud/enfermedad, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta la rehabilitación y el cuidado de pacientes con padecimientos terminales, con aproximaciones individuales, grupales y comunitarias, así como con gran variedad de enfoques teóricos y metodológicos. En 1998 Rodríguez y cols publicaron que en América Latina los enfoques teóricos predominantes en la investigación de la Psicología de la Salud fueron los sociales, conductuales y eclécticos, las aproximaciones metodológicas que predominaban fueron las experimentales, epidemiológicas y psicométricas.

Las tareas que aparecen en el futuro inmediato de la Psicología de la Salud son:

- La presencia de psicólogos de la salud en los sistemas de atención deberá aumentar en los próximos años, especialmente en el primer nivel con una practica profesional orientada a la prevención atendiendo al perfil epidemiológico de cada país.
- Definir mejor como deben ser sus relaciones con otras disciplinas, particularmente con la medicina, tanto en el plano científico y de investigación, como en la práctica de los servicios, no perdiendo la perspectiva de los modelos psicológicos a modo de entender la pertinencia e importancia del trabajo conjunto con otros profesionales de la salud en beneficio de las disciplinas, pero principalmente de la población que busca su ayuda.

- Definir el papel del psicólogo de la salud en las políticas de servicio de salud y la legislación correspondiente.
- Definir y operar programas de entrenamiento y actualización de los psicólogos que actualmente laboran en el sistema de salud.
- Incluir en los programas de entrenamiento a nivel de pregrado y de posgrado información sobre la estructura y organización de los servicios de atención a la salud, así como las políticas generales que definen a éstos.
- Incrementar el financiamiento para llevar a cabo investigación que imparte la práctica de los profesionales para incidir en la salud de la población, para lo cual es necesario:
 - Incrementar el impacto de la investigación sobre la práctica de los profesionales de la salud, de tal modo que los conocimientos y los productos tecnológicos de esta actividad incidan efectivamente en la salud de la población.
 - Es indispensable que los psicólogos participen más activamente en eventos científicos de las otras disciplinas de la salud.
 - Incrementar el número de revistas y medios de difusión de la producción científica de los psicólogos de la salud de la región.
 - Incrementar el número de organizaciones académicas que faciliten y promuevan la certificación de práctica profesional, la educación continua, el intercambio con otras organizaciones nacionales e internacionales y en general la difusión del campo de la Psicología de la Salud. (Rodríguez, G., Rojas, M. 1998)

Así, la Psicología de la Salud es considerada como una intervención dirigida a la mejora y cuidado de la salud en todos los niveles de atención buscando el equilibrio biopsicosocial de la persona o de un grupo de personas.

1.3 Niveles de Atención y Prevención a la Salud.

La atención a la Salud constituye una de las prioridades más importantes para los países de América Latina.

En México existen diversas instituciones que prestan servicios de salud a la población. Aproximadamente el 54.3% tiene derecho alguna de las instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicio Social para Trabajadores del Estado) o asiste a Instituciones Privadas.

El 31.6% recibe servicios de la Secretaría de Salud o de los gobiernos de los estados o municipios; y el 11% recibe asistencia del Programa de Salud IMSS Solidaridad. INEGI, (2000)

El modelo de salud pública en México está organizado en tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria .Rodríguez, G; Rojas, M., (1998).

La atención primaria es el enlace entre la población y el sistema de atención a la salud, busca evitar que la enfermedad se presente por medio de la promoción de la salud y su protección específica.

Las acciones de salud en atención primaria no solo actúan sobre los individuos sino que alcanzan a las familias consideradas como unidad, a las instituciones, la comunidad en general, sus organismos representativos, sus líderes y al medio ambiente en sentido general. El primer nivel de atención contempla los centros de salud y unidades de medicina familiar.

La atención secundaria pretende detener el avance de la enfermedad y se sustenta en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

El segundo nivel de atención facilita la adherencia del paciente a los tratamientos médicos, modificando su comportamiento y proporcionándole al paciente habilidades de afrontamiento ante su padecimiento. Este tipo de servicios se ofrecen en clínicas de especialidades y hospitales generales, los cuales atienden los problemas de salud que requieren del uso de tecnología de mediana complejidad.

La atención terciaria tiene como fin disminuir la discapacidad y ofrecer tratamiento y /o rehabilitación, así mismo participa evitando factores de riesgo que complicarían la rehabilitación del paciente, elevando su calidad de vida, modificando los hábitos que podrían producir mayor deterioro de su enfermedad y mantener su independencia como su readaptación. Díaz Leal, (1998).

El tercer nivel de atención es a través de especialistas y se lleva a cabo en unidades hospitalarias altamente especializadas.

Fig. 3

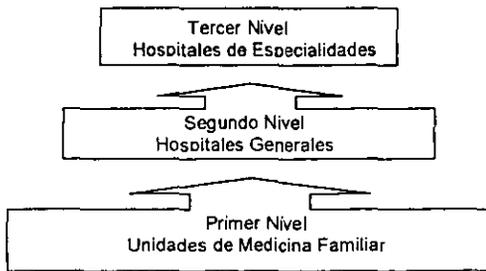


Fig.3 Niveles de Atención a la Salud

En el ámbito de la salud en general y en atención primaria en particular un concepto de gran importancia es el de prevención de las enfermedades.

La prevención en términos generales se entiende como la protección y promoción de la salud de la población; el mejoramiento del ambiente ecológico y social, la

prevención de la enfermedad y sus consecuencias; la eliminación de riesgos y la protección de grupos de alto riesgo. Sus expectativas son evitar y/o reducir los riesgos por los problemas de salud, conforma a las estrategias universales y actividades selectivas entre grupos con mayor probabilidad de presentar tales problemas. Díaz Leal, (1998).

De acuerdo con Beaglehole y cols. (1994) existen cuatro niveles de prevención:

Prevención primordial la cual busca evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad.

Prevención primaria su objetivo es modificar anticipadamente las condiciones sociales, ambientales y las conductas que pueden afectar negativamente la salud, además de promover conductas favorecedoras de la misma.⁴ De esta forma se pretende evitar la aparición de problemas y limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas de los factores de riesgo, además la intervención en este primer momento se suele llevar a cabo a nivel comunitario aunque también se dirige a veces a colectivos especiales o grupos específicos de alto riesgo.

Prevención secundaria su objetivo es localizar y tratar lo antes posible los trastornos cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la prevención primaria. Trata de identificar los trastornos en los momentos iniciales de su aparición o incluso antes de esta.⁵ Esta detección precoz suele reducir la prevalencia de la enfermedad mediante diagnóstico facilitando una intervención más temprana y con frecuencia con mejores expectativas de éxito.

Prevención terciaria su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores. En el caso de trastornos crónicos tiene como propósito reducir o disminuir los efectos negativos de estos con el objetivo de mejorar la calidad de vida. La prevención terciaria, asume en gran medida el concepto clásico de rehabilitación.⁶

Dentro de los cuatro niveles de prevención se utilizan algunas de las siguientes estrategias:

Estrategias informativas: explican el daño que ocasiona en el organismo y psicológicamente el llevar a cabo ciertas conductas que puedan afectar su estilo de vida. El programa informativo incluye campañas y cobertura de eventos preventivos en los medios de comunicación así como educación sobre el tema y material audiovisual.

⁴ www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm

⁵ *Ibidem*

⁶ *Ibidem*

Educativas: están designadas para cubrir las deficiencias educativas en las habilidades sociales y psicológicas, mejorar la comunicación interpersonal, promover la conciencia y la comprensión sobre el problema y brindar herramientas para tomar decisiones saludables.

Intervención: estos son apropiados para población en riesgo que necesita atención especial para identificar ciertas conductas que afectan su estilo de vida y los conducen a problemas de salud, sociales y personales.

Por ello, los psicólogos de la salud deben tomar en cuenta los distintos niveles de prevención y de atención en los cuales se encuentren laborando para dirigir sus estrategias de intervención dentro del campo de asistencia sanitaria ya sea de forma individual o en comunidad

1.4 Atención Primaria a la Salud.

La Organización Mundial de la Salud define a la atención primaria como "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo socioeconómico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Alma Ata (1978)

El sistema Nacional de Salud en México tiene como base fundamental el primer nivel de atención o de asistencia básica o general, debido a que es la puerta de entrada al sistema escalonado de atenciones y que por ahí llega directamente a toda la población y ahí se solucionan la mayoría de los problemas de salud que presenta la población.

Es en este nivel en donde se evita que los problemas de salud lleguen a los especialistas y a los hospitales, debido a que es el enlace de todos los equipos de salud que trabajan en el terreno y todos los programas de salud que se desarrollan en la comunidad; además de ser el vínculo entre los equipos de salud, las familias, la comunidad y los individuos.

Las características del nivel primario son:

- o Es un nivel de fácil acceso para todos.
- o Realiza una cobertura universal para toda la población atendida a ese nivel.

- El servicio a nivel primario es general, no especializado y sin interacción en hospital.
- El nivel primario no actúa solo necesita el respaldo y la conexión organizada con los niveles de especialización y hospitalización.
- El nivel primario soluciona los problemas médicos, sanitarios y sociales de tipo general (no especializados), y el resto de los problemas que no puede solucionar se refieren a los niveles más especializados correspondientes.

Evidentemente para cumplir con estos principios de organización y de funcionamiento, el nivel primario de atención tiene que trabajar con equipos multidisciplinarios (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) que ejercen sus funciones en centros de atención primaria o donde se encuentre ubicado el nivel primario de atención, es decir en escuelas, trabajo, hogar, etc.

Por otro lado la concepción de la Atención Primaria de la Salud se basa en la ideología y la realidad misma de la relación del ser humano con su ambiente social; es decir el análisis de los determinantes sociales que producen los modelos de riesgo y la causalidad de la enfermedad que está en la vida social misma.

El trabajo realizado en Atención Primaria depende de los problemas específicos que tenga la comunidad con la que se trabaja, siempre a partir de una correcta identificación de esos problemas mediante el diagnóstico de la situación de salud de la comunidad, y de una concepción integral de promoción de la salud, prevención y atención de las enfermedades.

La promoción de la salud, consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, con el fin de alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social.

La prevención, por su parte tiene como objetivo principal el evitar y/o reducir los problemas de salud conforme a las estrategias universales y actividades selectivas entre grupos con mayor probabilidad de presentar problemas.

Así la Atención Primaria para la Salud es el primer enlace entre los profesionales de la salud y los individuos o miembros de la comunidad, el cual permite conocer realmente sus necesidades y problemas. El psicólogo de la Salud en este contexto es un recurso humano de suma importancia a medida en que promueve la participación de la comunidad en el auto cuidado de su salud mediante la manipulación de factores de riesgo y factores protectores a través de la Psicología Comunitaria.

La evaluación del estilo de vida de las personas le permite al psicólogo de la salud diseñar acciones preventivas que promuevan un cambio en aquellas conductas insalubres, con el fin de incrementar la calidad de vida de las mismas apoyándose en los modelos y estrategias propuestas por la Educación para la Salud.

2. PSICOLOGIA COMUNITARIA.

2.1 Definición de Comunidad.

Cuando se habla de comunidad, el término designa una localidad o área geográfica.

La comunidad es un grupo organizado de personas que se perciben como una unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común.

Para que sea considerada una comunidad, sus miembros deben tener conciencia de pertenecer a ella, no siendo indispensable ser miembro activo de ella. La comunidad está situada en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interaccionan más intensamente entre sí, que en otro contexto.

De lo anterior se pueden establecer las siguientes definiciones de comunidad:

"La comunidad es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica, en la cual, la pluralidad de personas interaccionan más intensamente entre sí que en otro contexto" (Ander-Egg, E., 1991).

"La comunidad es una agrupación de población en la que los miembros de ella están o pueden estar en contacto directo los unos con los otros; tienen intereses sociales comunes; están ligados por aspiraciones comunales, ciertos valores y objetivos comunes. Las comunidades pueden ser geográficas, territoriales, socioeconómicas, profesionales o simplemente tradicionales (San Martín, 1988)

Analizando las definiciones anteriores podemos extraer algunas características comunes de las comunidades:

- ❖ Son entidades dinámicas.
- ❖ Son grupos de población organizados e interrelacionados.
- ❖ Existencia de un cierto grado de integración producido a través de experiencias comunes y de actitudes y comportamientos sociales similares entre los miembros de la comunidad.
- ❖ Cierta grado de conciencia de la unidad local (étnica, cultural, social).
- ❖ Cierta grado de unidad en la acción colectiva, particularmente en los grupos.
- ❖ Existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas, entre las que se encuentran como importantes la educación, la salud, la justicia, la administración local, etc.

Las comunidades son consideradas entidades dinámicas, ya que una vez en funcionamiento, se desarrollan en diversas direcciones y este desarrollo puede ser tanto espontáneo como planificado. La organización y desarrollo de la comunidad se refiere al proceso permanente de acción social planificado, con objetivos precisos por el cual la población de una comunidad se organiza para el desarrollo local social, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida en la

localidad. Esto implica una identificación de las necesidades y aspiraciones, así como de los problemas y recursos existentes en la comunidad.

El desarrollo y organización de la comunidad, como proceso y técnica para mejorar el nivel de vida de la población tiene como efecto en la salud influirla favorablemente y ofrecerle un mecanismo nuevo para que el equipo de salud penetre en la comunidad y la disponga a trabajar activamente por la solución de sus propios problemas de salud; para ello que la gente se encuentre motivada y cuente con información suficiente sobre el programa(s) y técnicas que la comunidad necesita para el desarrollo dinámico de su salud.

La Psicología de la Salud y otras disciplinas buscan desarrollar un estado óptimo de salud en la comunidad, para lo cual echan mano de estrategias como la Salud Comunitaria, la cual trata de aplicar los programas de salud pública en los ámbitos locales de cada comunidad. La Salud Comunitaria se define como: " El mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud, prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y adaptación social, además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, acuerdo y la participación de la comunidad.

Uno de los principales componentes que la Salud Pública toma en consideración para la elaboración de programas de salud, es el reconocimiento que los seres humanos están constituidos por elementos biológicos, psicológicos, sociales, políticos y económicos; haciendo mucho énfasis a la aplicación de estos programas por medio de un equipo de trabajo multidisciplinario cuyos esfuerzos van dirigidos a la obtención de la salud desde una dimensión individual hasta una dimensión colectiva.

En su concepción más actual, la Salud Pública y la Salud Comunitaria entrañan varias dimensiones que comparten con la Psicología Comunitaria como son:

- ❖ Subrayar la importancia de los ecosistemas físicos, biológicos y sociales, como lugar obligado en el que residen los riesgos para la salud y para la vida humana, así como las oportunidades para el crecimiento y la salud.
- ❖ Destacar la urgencia de la prevención y de la Educación para la Salud, señalando necesaria la búsqueda de los ciudadanos en las organizaciones sociales en las que viven.
- ❖ Resaltar la participación activa y organizada de la comunidad en la evaluación de los problemas y necesidades de salud y en su solución.
- ❖ Tratar de desarrollar una adecuada organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud para que aunado a la investigación epidemiológica, planifiquen y gestionen las acciones y programas de salud, con la cobertura y accesibilidad adecuada.

En base al contexto anterior los profesionales de la Salud deben considerar que el foco principal de atención e intervención es la comunidad, fomentando la participación de éstos en todos los asuntos relacionados con su salud

2.2 Psicología Comunitaria.

Como se ha mencionado anteriormente los seres humanos están constituidos por elementos biológicos, psicológicos, sociales, políticos y económicos que la Salud visualiza tanto desde una dimensión individual hasta una dimensión colectiva.

El poder intervenir en un primer nivel de atención dentro de esta dimensión colectiva "comunidad" para lograr la protección y promoción de la salud, tratando los problemas de conducta humana acentuando su papel en la manipulación de factores de riesgo y factores protectores es el principal objetivo de la Psicología Comunitaria sin dejar a un lado la intervención en un segundo y tercer nivel de atención.

Albee citado por Costa, M., y cols. (1986), menciona que inicialmente la Psicología Comunitaria se apoyó en el llamado modelo de competencia, el cual parte de la idea de que la incidencia de los modelos de Salud que puedan presentar un ciudadano o una comunidad es una razón variable que depende, por una parte, de defectos o causas orgánicas y del estrés ambiental, y por otra parte de los sistemas de autoestima y apoyo social.

Este modelo supone un conjunto de acciones a ser emprendidas por los psicólogos en su trabajo con la comunidad entre las que se incluyen:

- ❖ La promoción de conductas saludables en las personas y animarlos a tener su estado de salud profesionalmente controlado.
- ❖ Influir en el diseño del entorno ambiental (viviendas, parques, áreas de recreación).
- ❖ Facilitar el acceso a los servicios de salud.
- ❖ Fomentar los sistemas de apoyo social.
- ❖ Socializar el conocimiento científico sobre el cuidado de la salud para hacer a las personas más competentes y participes en su auto cuidado, para que dispongan de mejores recursos para enfrentar situaciones nocivas o de tensión.
- ❖ Potenciar la participación de la comunidad en los proyectos de salud.
- ❖ Facilitar el acceso a los servicios psicológicos.
- ❖ Disponer de la capacidad de evaluar las intervenciones que se realizan sobre la comunidad.
- ❖ Darle a las intervenciones carácter interdisciplinario e intersectorial.

Sin embargo, este modelo no contribuyo suficientemente ni a esclarecer el modo de participación de las variables psicológicas ni de las sociales presentes en el proceso salud enfermedad, ni tampoco el desarrollo tecnológico requerido, debido a un planteamiento simplista tanto del individuo como del ambiente, así como de

las relaciones entre estos. No obstante, constituye un importante antecedente de una concepción de la Psicología de la Salud, y muchas de sus experiencias son válidas para el trabajo en Instituciones de Salud de Atención Primaria y para el diseño de aplicación de proyectos y políticas de promoción de la salud, siempre y cuando logren ser insertados en una formulación de mayor amplitud.

Progresivamente, adquirirían mayor importancia otros planteamientos que no tardarían en entrar en contacto con toda la corriente teórica y científica que se venía instaurando en la psicología; y con toda la revolución tecnológica que supuso el Análisis Funcional del Comportamiento y la Modificación de Conducta.

A partir de esto, Pelechano citado por Costa, M., y cols. (1986), proponen que el énfasis puesto hasta entonces por los psicólogos en la observación, diagnóstico y clasificación de los comportamientos tendría que ser complementado con un énfasis en la intervención. El tratamiento sobre el problema y la enfermedad se completa con la intervención preventiva, de promoción de la salud y de educación para la salud.

2.3 Educación para la Salud.

En un principio dentro del concepto de Educación para la Salud solo se incluían las acciones educativas dirigidas al individuo y lo responsabilizaban de su propia salud, y su único objetivo eran las conductas relacionadas con el fomento y la protección de la salud.

El Fomento a la Salud es el eje fundamental para incorporar a la población y a las instituciones estrategias de prevención.

Se parte de tres criterios básicos: equidad, coordinación sectorial y desarrollo o fortalecimiento de capacidades propias.

- ❖ **Equidad:** concebir a la Salud como un derecho, lo cual implica una tarea de justicia social; esto es, un llamado a la redistribución de recursos, al reordenamiento de prioridades y la universalización del acceso a los servicios básicos.
- ❖ **Coordinación intra e intersectorial:** convocar a la colaboración y cooperación entre sectores sociales y económicos, públicos y privados para hacer de la Salud medio y fin de desarrollo.
- ❖ **Fortalecimiento o desarrollo de capacidades propias:** las personas, comunidades y la sociedad tienen el derecho y el deber de tomar en sus manos la promoción y el cuidado de su salud, en forma individual y colectiva.

Todas ellas convocan a la sociedad en su conjunto a decidir e intervenir en los procesos de calidad de vida que incluye lo físico, intelectual y emocional de personas, familias y comunidades en el amplio conjunto de sus relaciones sociales.

Las estrategias básicas de Fomento a la Salud son la Educación y la Participación social, en las cuales se conjugan los esfuerzos institucionales con los de la propia comunidad.

La Educación para la Salud representa un conjunto de conceptos, conocimientos y prácticas que pueden transmitirse por educación a las poblaciones con el fin de facilitar la modificación voluntaria de los comportamientos sociales e individuales que sean desfavorables a la salud individual y colectiva. Es un proceso interactivo y dinámico en el que los grupos o poblaciones son participantes activos y no meramente recipientes de información; la combinación de experiencias de aprendizaje y acciones sociales son indispensables para que las personas de la comunidad adquieran control sobre su salud y las condiciones que afectan su estatus de salud.⁷

Un modelo muy útil para la modificación de la conducta individual y la adquisición de nuevas actitudes y de conocimientos es el descrito por Prochaska y Diclemente (1982), en donde se describe como ocurren los cambios fuera de tratamiento (auto cambios) comparados con los cambios que ocurren en terapia, encontrando similitudes, lo cual los lleva a concluir que el cambio se da en etapas o pasos por los que el individuo pasa antes de llegar a la modificación total de la conducta que afecta la salud del mismo. (Ver página 45)

El modificar factores internos y externos (ambientales y sociales) que afectan al individuo o a su comunidad es uno de los principales objetivos de la Educación para la Salud sin dejar de resaltar que su aplicación no sólo se lleva a cabo en la fase de promoción a la salud sino que también lo es en la restauración de esta.

Por lo tanto podemos definir a la Educación para la Salud como "la adquisición de conocimientos y actitudes, y la modificación de la conducta individual y colectiva en asuntos relacionados con la salud, y la actuación sobre los factores externos para hacerlos favorables a la conducta positiva de salud." (Salleras, L., 1990)

Los objetivos principales de la Educación para la Salud son:

- ❖ Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad.
- ❖ Modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la salud.
- ❖ Promover conductas nuevas positivas favorables a los cambios conductuales preconizados.
- ❖ Capacitar a los individuos para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad (Salleras, L., 1990).

⁷ La Psicología de la Salud en América Latina. Rodríguez, G., Rojas, M. Facultad de Psicología. México 1998.

Una de las finalidades de la Educación para la Salud es que los individuos y los grupos asuman la salud como un valor básico de la comunidad, que acepten la responsabilidad de su promoción y cuidado tanto a nivel individual como colectivo.

Así también hacer que los avances en los conocimientos sanitarios y médicos tengan su aplicación práctica en la comunidad y sean incorporados en forma de hábitos y nuevas conductas de salud a la vida diaria de los individuos, grupos y poblaciones, es decir, promocionar conductas nuevas todavía no establecidas en la comunidad pero que serían altamente beneficiosas para el fomento y protección de la salud de la población, o para su restauración cuando se ha perdido.

La moderna educación para la salud debe fomentar la participación e instruir adecuadamente a los ciudadanos y los componentes del equipo multi e interdisciplinario de salud para que puedan evaluar las necesidades de salud de la comunidad, así como de los servicios sanitarios imprescindibles; sólo así se podrán tomar decisiones razonadas sobre temas, en beneficio de la salud de la comunidad (Pirrie, D. Y Dalzellward, J., Salleras L. Citados por Sanchez Matos 1994).

A pesar de que la información que se da a un determinado grupo sea la más adecuada, en educación para la salud lo importante es que la gente actúe, esto es, los conocimientos se supeditan a las habilidades y a las actitudes.

La responsabilidad social está involucrada en los aspectos de movilización social, métodos participativos y autogestión, que se aplican en el diseño y evaluación de programas de prevención, tanto en el ambiente comunitario como en el escolar. Este proceso se inicia verdaderamente, en nuestra propia comunidad y no en la llamada "comunidad meta", es decir en la comunidad con la que trabajamos programas de prevención o rehabilitación. Las personas que trabajan en el ámbito de la salud, requieren participar en un proceso que facilite el incremento de su propia responsabilidad social y no sea producto del acatamiento burocrático.

A lo largo del tiempo las comunidades han demandado distintos problemas; sin embargo, los problemas solían quedarse solamente en el diseño, destinando más recursos a la investigación epidemiológica. Este problema tenía que ver mucho con las instituciones públicas y con sus funcionarios, ya que su nivel de responsabilidad social en el asunto era mínimo. La responsabilidad social de los funcionarios encargados debe atender problemáticas específicas, estando en función de factores políticos que determinan el nivel de esfuerzos y conociendo la historia de qué organismos están y han estado involucrados, cómo han evolucionado los programas y qué valores y enfoques han predominado para poder generar un proceso de desarrollo conjunto, aprendiendo de las experiencias ya obtenidas a lo largo del estudio de la salud y su cuidado.

Un modelo de prevención es el propuesto por el National Institute of Mental Health (1996), el cual propone tres estrategias para proporcionar una información adecuada acerca de la prevención : indicada, selectiva y universal. Las tres están diseñadas para personas sanas que no presentan un padecimiento , es decir, a un primer nivel de prevención.

Estrategias universales. Están planeadas para toda la población, en la que se encuentra todo aquel que no ha sido identificado como individuo de riesgo. Sin embargo sus medidas, resultan útiles para grupos específicos como mujeres embarazadas, niños y adolescentes. En muchos casos es posible aplicar estas estrategias sin contar con asistencia profesional. Entre las acciones de este tipo se encuentran llevar una dieta balanceada, usar el cinturón de seguridad en el automóvil y equipo de protección en el trabajo. Las acciones universales tienen la ventaja de ser de bajo costo en términos individuales, son aceptadas y efectivas para los habitantes y no representan ningún riesgo en cuanto a su difusión y aplicación.

Estrategias selectivas. Son aplicables cuando la persona forma parte de un grupo en el que los riesgos individuales o ambientales son mayores y, por tanto, las estrategias universales resultan insuficientes. El grupo se puede distinguir por el sexo, la edad, la ocupación o el tipo de familia. Entre las acciones específicas que pueden tomar están las revisiones periódicas de salud para evitar la aparición de alguna enfermedad. Se sugiere que esta estrategia preventiva no exceda un costo relativo y que no represente efectos negativos para la población.

Estrategias indicadas. Se aplican en tres quienes presentan elevados índices de riesgo tanto ambiental como individual. Esto puede determinarse por estudios médicos que detecten síntomas o una anomalía clínica que los hagan particularmente vulnerables a un padecimiento. La identificación de estos individuos es el objetivo de los programas de protección. Estas medidas tienen un costo elevado, por lo cual no se aplican a poblaciones numerosas.

Prevenir el desarrollo de problemáticas psicosociales requiere de una comunidad integrada que acepte en forma explícita su deseo de participar activamente en un proceso de desarrollo humano debido a que los usuarios de los programas tienden a depositar la responsabilidad social en los llamados profesionales de la salud, tendiendo a pedir o exigir que sean "los otros" los que den la solución a sus problemáticas.

El incremento en la responsabilidad social únicamente se logra facilitando un complejo y gradual proceso de movilización social . Este proceso procura:

- ❖ Cambiar valores y actitudes en las comunidades a través de métodos proactivos que apunten hacia soluciones y alternativas, evitando así los métodos reactivos, que señalan problemáticas, sin alternativas visibles.

- ❖ Facilitar programas participativos, diseñados por la comunidad de profesionales en salud, junto con la comunidad de usuarios.
- ❖ Propiciar la transformación social a través de procesos de comunicación entre grupos de especialistas, técnicos y usuarios de los programas, funcionarios públicos y promotores financieros, políticos y comunitarios.
- ❖ Trabajar siempre en pequeños grupos con acciones constantes y consistentes evitando las llamadas "intervenciones de un solo tiro", es decir, en las que se tiene contacto una sola ocasión con el auditorio.

Para facilitar la responsabilidad social, se requiere de un trabajo de movilización social a nivel de grupos, comunidades e instituciones, que permita que cada persona encuentre su propia posición en la intervención preventiva, terapéutica o de rehabilitación dentro de su grupo, comunidad o institución por medio de modelos educativos adecuados a cada situación.

2.4 Modelos de Educación para la Salud

En todos los países se ha señalado la necesidad de poner en marcha programas de educación sanitaria, con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad derivadas de los hábitos insanos, fomentar la salud de los ciudadanos, y contribuir a su restauración cuando se ha perdido. El objetivo último de estos programas es modificar los comportamientos de la población en sentido favorable a la salud. Si bien existe un acuerdo sobre la necesidad de cambiar los comportamientos insanos prevalentes, no lo hay en cambio sobre como hacerlo, es decir, sobre como debe estructurarse y desarrollarse el proceso de la acción educativa para que sea eficaz en el logro del objetivo que se le ha asignado.

Existen diversas teorías que pueden explicar los mecanismos a través de los cuales un comportamiento insano puede cambiarse de forma duradera.

O'Neill citado por Salleras (1990) analiza las principales teorías o modelos de modificación de los comportamientos de salud, hace la distinción entre los enfoques "tradicionales" de la educación en salud y lo que él llama enfoque "crítico" de la modificación de los comportamientos de salud.

En el enfoque tradicional, la concepción de la ciencia es positivista, basada en la metodología de las ciencias exactas; en lo ideológico se hace responsable al individuo de las conductas insanas que ha adoptado, y los determinantes principales de la enfermedad serían los factores individuales biológicos o conductuales. En el enfoque crítico, por el contrario, la concepción de la ciencia es crítica, la responsabilidad de las conductas insanas no sería individual, sino colectiva y social, y los determinantes de la enfermedad no serían factores individuales, sino factores sociales, culturales y económicos.

Las estrategias de intervención en uno y otro enfoque son radicalmente distintas; en el enfoque tradicional, la estrategia es el cambio de estilos de vida insanos mediante intervenciones dirigidas exclusivamente al individuo. En el enfoque crítico, las estrategias de intervención privilegiadas serían ambientales y políticas, es decir, sobre factores externos al individuo los cuales serían los principales responsables de las conductas insanas.

Para comprender mejor cuales son estas teorías y sus estrategias de intervención, se explican a continuación:

TAXONOMIA DE MODELOS DE EDUCACIÓN SANITARIA.

A) Modelos Tradicionales

- * Conviccional
- * Biomédico
- * Persuasivo K.A.P
- * Informativo
- * Educativo

B) Modelos Clásicos

- *Político-Económico.

C) Nuevos Modelos

- * Pragmático
- * Participación y Compromiso
- * Desarrollo Personal

A) Modelos Tradicionales.

Modelo Conviccional.

En un principio esta teoría sugiere que las creencias de los pacientes influyen, de forma sustancial, en la toma de decisiones en relación con la aceptación de las medidas preventivas recomendadas por las autoridades sanitarias y en la cooperación con los planes terapéuticos propuestos por el médico. Estas creencias han sido incorporados a diversos modelos psicológicos ideados para explicar las decisiones tomadas por el paciente en relación con la promoción y restauración de su salud.

En este modelo el que el individuo siga o no las recomendaciones preventivas de las autoridades sanitarias está en función de las siguientes percepciones:

- ❖ La susceptibilidad personal a la enfermedad que se pretende prevenir.
- ❖ La gravedad probable de la enfermedad.

- ❖ Los beneficios potenciales de la medida preventiva recomendada.
- ❖ Las barreras o dificultades encontradas en la adopción de las medidas preventivas recomendadas.

El modelo contempla la necesidad de algún tipo de detonante para que la nueva conducta se ponga en marcha. Estos estímulos harían salir a la luz las percepciones, es decir, harían consecuente al individuo de sus opiniones, sentimientos e intenciones en relación con la medida preventiva recomendada.

Se han incluido en este modelo otras variables que han demostrado ser importantes en la toma de decisiones sobre la aceptación o no de medidas preventivas, o para hacer factible la aplicación del modelo a la predicción del cumplimiento, por parte del paciente, de las recomendaciones terapéuticas prescritas por el médico. Entre las nuevas variables incluidas en este modelo. se encuentran las siguientes:

- ❖ La motivación general sobre las cuestiones de salud.
- ❖ La resusceptibilidad a la enfermedad.
- ❖ La confianza general en el médico y en la asistencia sanitaria.
- ❖ Las características de la relación médico- paciente. (Salleras, L., 1990)

Este modelo pone el énfasis principal en las percepciones que el individuo tiene de la realidad y en las preferencias personales sobre el tema en cuestión. Se trata de un modelo que mira fundamentalmente a los elementos internos del individuo y que explica la modificación de las conductas en base a estrategias que inciden fundamentalmente sobre sus percepciones y preferencias.

Modelo Biomédico.

Yuori, H., citado por Sanchez- Matos (1994), considera que el modelo biomédico encuentra su desarrollo a partir de unos principios básicos y de unas condiciones dictadas la mayor parte de las veces por la medicina, lo que determinaría unos métodos de trabajo totalmente unilaterales.

Los problemas biológicos se sitúan esencialmente a nivel individual , por lo que las actividades irán orientadas hacia el individuo. Se parte de la base de que el sujeto padece una enfermedad del comportamiento, y el modelo médico debe buscar su etiología, para tratar los factores de riesgo comportamentales ya arraigados, en lugar de prevenirlos con modelos integrales de comportamiento. Todo ello hace que el momento más oportuno para impartir la educación para la salud sea cuando el usuario contacta con el sistema sanitario siendo por ello los profesionales sanitarios los más apropiados para desarrollarla.

Modelo Persuasivo K.A.P.

Este modelo se conoce como "Modelo K.A.P." que en sus siglas en inglés quiere decir "Knowledge, Attitudes, Practices" (Conocimiento, Actitudes, Practicas) Según este modelo, bastaría con proporcionar a los individuos, grupos y colectividades una información veraz y comprensible con objeto de cambiar los conocimientos, lo cual sería seguido del cambio de actitudes, al que a su vez seguiría el cambio de hábitos o la adopción de uno nuevo. Posteriormente, se añadiría al modelo, la motivación, al comprobarse que la información sola en la mayoría de los casos sólo incide sobre el área de los conocimientos y muy poco sobre las actitudes, el mensaje de la comunicación, además de proporcionar información, debería llevar incorporada la motivación correspondiente.

Este modelo hoy en día ha sido rechazado por dos razones:

1. Por que los receptores de las comunicaciones, incluso de las persuasivas, desarrollan una serie de mecanismos de defensa que hacen que la comunicación sólo llegue a la fase del cambio de actitudes en muy pocos casos.
2. Por que se ha demostrado que la concepción causal de la actitud no siempre es verdad, ya que los cambios de conducta no siguen inexorablemente a los cambios de actitud, o mejor, el cambio de actitud es una condición previa, necesaria, pero no suficiente, para el cambio del comportamiento.

El cambio de actitudes pues, no iría seguido siempre del cambio de comportamiento. La actitud solo sería uno más de los factores que determinan el comportamiento, ya que es preciso tener en cuenta contingencias situacionales. Sería la interacción de la actitud y de estas contingencias, lo que determinaría el comportamiento.

Las contingencias que maneja este modelo son:

- ❖ La inclusión en los mensajes de instrucciones sobre como hacer para cambiar la conducta.
- ❖ La existencia de servicios para ayudar en el cambio de conducta en los casos en que el hábito está profundamente enraizado.
- ❖ La presencia de un medio ambiente favorable que proporcione soporte al cambio de conducta.

Estas contingencias hacen que este modelo sea el que mejor explica la modificación de los comportamientos insanos en las personas adultas. (Salleras, L., 1990)

Modelo Informativo.

En todo proceso educativo, como lo es la educación para la salud, se hace imprescindible tener en cuenta la existencia de la información, aunque para el proceso educativo exista un proceso de formación intrínseco al sistema (sanvicens Marfull, A., citado por Sánchez-Matos 1994). De ahí la concepción del modelo informativo, que acentúa el concepto higienista al impartir conocimientos sobre salud a aquellos que supone son pobres en ideas sobre el modo de evitar o combatir la enfermedad.

En este modelo la pedagogía tradicional recoge un especial protagonismo dando lugar a una combinación basada fundamentalmente en los métodos unidireccionales. No estimula ni el razonamiento ni la conciencia de la problemática de salud, ni al individuo ni a la comunidad. Es por ello que la información debe considerarse como un instrumento valioso dentro de un proceso educativo, pero no un modelo a copiar e introducir en la metodología a llevar a cabo dentro de un programa de educación para la salud.

Modelo Educativo.

Este modelo implica al modelo informativo; debe asegurarse en todo momento que la información dada es comprendida. En este caso también se aceptan, algunas de las bases del modelo conviccional, puesto que el educador sanitario debe buscar compartir y explorar las creencias y valores del individuo, respecto a una determinada información sanitaria y discutir sus implicaciones cara a la acción.

La evaluación de la efectividad de este modelo educativo implica obligadamente la demostración de que el individuo ha comprendido claramente la situación. Está claro que el dar información y promover la comprensión es sin lugar a dudas más fácil que cambiar una conducta preestablecida y a veces incluso placentera de acuerdo con los valores individuales; no obstante se entiende que tanto la información como la comprensión son dos etapas obligadas en todo proceso educativo.

Los partidarios de este modelo defienden su postura ética, desde el punto de vista de entender como dudoso el hecho de que la persuasión puede conseguir un cambio de conducta. Sin embargo, se podría decir que lo que no es ético es no intervenir cuando los individuos no tienen un acceso obligatorio en cuanto a la posibilidad de tomar decisiones, aunque bien informadas, como puede darse con la diferencia de las clases sociales, medios familiares, etc., es decir, el medio ambiente social en el que está inmerso el individuo.

B) Modelos Clásicos.

Modelo teórico basado en la política económica.

Navarro, Waterman, Krauze, Brown y Cohen citados por Salleras (1990) afirman que los programas de educación sanitaria dirigidos sólo al individuo, es decir a cambiar conductas ha sido un fracaso, ya que no se han tenido en cuenta los factores sociales y ambientales que influyen de forma importante las conductas humanas y son los responsables de muchos problemas de salud.

McKinley citado por Salleras (1990) analiza el papel de la promoción de la salud en las sociedades capitalistas avanzadas, sostiene que los programas de educación sanitaria lo que han hecho normalmente es "culpar a la víctima", cuando el verdadero culpable es la sociedad. Por ello insiste que los educadores sanitarios deben dedicar sus esfuerzos no sólo a transformar al individuo sino también a estudiar la manera de controlar la creciente influencia que tienen ciertos grupos sobre la salud de la población.

Los educadores sanitarios, además de estudiar y comprender los mecanismos psicológicos que llevan al individuo a adoptar o cambiar su conducta de salud, deberán también investigar y comprender las fuerzas económicas y políticas que modelan el medio ambiente social e influyen sobre la salud.

De la misma forma, las acciones educativas las deberán ejercer, no sólo a nivel del individuo y medio ambiente más inmediato, sino también del medio ambiente más general. Se trata de influir sobre la opinión pública y sobre los políticos que toman las decisiones para que corrijan los factores del medio ambiente que son contrarios a la toma de hábitos positivos de salud por el individuo. (Salleras, L., 1990)

C) Modelos Nuevos.

Modelo Pragmático.

Este modelo se basa en que su estrategia de intervención debe ir dirigida al individuo mediante comunicaciones persuasivas y motivadoras, al tiempo que debe incidir, mediante leyes aprobadas por los parlamentarios democráticos, sobre el medio ambiente social, con el fin de convertirlo en favorable al cambio de conducta que se desea (Salleras, L., 1990).

Las estrategias de la comunicación persuasiva de salud son:

- ❖ El suministro de información: Es uno de los elementos básicos de la acción educativa. La información sola no es suficiente para que el individuo pase a la acción, siendo necesario que previamente cambien las actitudes como consecuencia de la motivación. La información debe ser veraz, completa, clara y comprensible. Para que sea eficaz y recordada, la información debe ser dada repetidamente y a través de mayor número de fuentes posibles.

- ❖ Cambio de las actitudes: Un sujeto cambia sus actitudes como consecuencia de la motivación contenida en el mensaje persuasivo. El que el cambio de conducta ocurra, no depende sólo de la actitud, sino también de contingencias situacionales.
- ❖ El cambio de comportamiento: El proceso del cambio de actitud se da como consecuencia de la exposición al mensaje persuasivo. El cambio de actitud supone que el sujeto tiene nuevas opiniones, nuevos sentimientos, y manifiesta la intención de pasar a la acción adoptando la conducta correspondiente positiva de salud.

La motivación es fundamental en la comunicación persuasiva, y en la educación sanitaria. El objetivo último de la educación sanitaria es la modificación en sentido positivo de los comportamientos que se relacionan con la salud, así también para que se modifique el comportamiento, es preciso modificar previamente las actitudes. El cambio de actitud, es necesario, aunque muchas veces no es suficiente para que el sujeto pase a la acción. El contacto directo con el estímulo social, la presión del grupo y los mismos comportamientos, pueden modificar las actitudes de los individuos frente a las diversas situaciones, objetos o personas. En todos estos casos, el cambio se produce de forma natural o espontáneo como consecuencia de la interacción y relaciones sociales, o como consecuencia de comportamientos que han sido previos al cambio de actitud. Para lograr un cambio al que podríamos llamar "artificial", que es el inducido por los Servicios de Salud Pública es necesario que la comunicación persuasiva lleve incorporado un mensaje motivacional que influya sobre el área afectiva o actitudinal del individuo.

Una de las teorías más conocida sobre la motivación humana es la propuesta por Maslow. Esta teoría establece una jerarquía en las necesidades motivacionales humanas, que se representa mediante una pirámide en cuya base están las necesidades fisiológicas más elementales ligadas al mantenimiento físico de la vida, y comunes a todos los seres humanos, y en la cúspide, las necesidades intelectuales de la autorrealización, limitadas a escaso número de seres privilegiados.

Las necesidades descritas en esta teoría son las siguientes:

- ❖ Fisiológicas: Son el punto de partida de la teoría de la motivación. Son fundamentales para el mantenimiento de la vida en su sentido físico. Las más importantes son el hambre, la sed, el sexo, el sueño, la necesidad de aire, etc.
- ❖ De seguridad: surgen cuando están satisfechas las necesidades fisiológicas básicas. Incluyen la protección contra el daño físico y la privación psicológica y el control de las amenazas.
- ❖ De amor: son las necesidades sociales, y surgen cuando las otras dos están completamente satisfechas. Incluyen el dar y recibir afecto, el sentido de pertenencia, el deseo de identidad y el reconocimiento de calidad de miembro de los grupos sociales.

- ❖ De estima: Se manifiestan en el deseo de todas las personas de obtener una evaluación estable y elevada de sí mismo, resumida en el autorespeto y en la estima de los demás.
- ❖ De autorrealización: Es el deseo de la completa realización de las capacidades y potencialidades de la persona. Maslow citado por Salleras, L., 1990.

Los mensajes serán más aceptados cuando la motivación que lleva incorporada satisfaga las necesidades fundamentales del individuo.

Modelo de Participación y Compromiso.

Se trata de situar a la Educación para la Salud, dentro de un marco de humanización que significaría la liberación del individuo en la sociedad concreta de la que forma parte y en la que actúa. La autonomía, la responsabilidad frente a la salud, la solidaridad y el compromiso con su entorno, su medio ambiente social y la participación activa en el proceso de la vida, son las estructuras fundamentales del nuevo estilo de vida que propugna este modelo.

Modelo de Desarrollo Personal.

El modelo de desarrollo personal consiste fundamentalmente en facilitar al individuo el tipo de elección debidamente informada, que previamente se habrá considerado como uno de los objetivos.

Para conseguirlo se han de establecer algunas estrategias destinadas a promover creencias y actitudes favorables a diferir la recompensa inmediata, a cambio de un sustancial beneficio en el futuro no muy lejano.

Por ello los profesionales de la salud proponen a la Educación para la Salud como un proceso formativo de suma importancia para sensibilizar al individuo a fin de que adquiriera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva, es decir como un intento de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud; así mismo, ha incorporado modelos que han mostrado ser eficaces para entender y modificar los estilos de vida de las personas. Estos instrumentos resultan de gran valía para el psicólogo de la salud que trabaja en el primer nivel de atención ya que le permiten entender y facilitar el proceso de adopción de conductas saludables, por medio de un trabajo de movilización social a nivel de grupos, comunidades e instituciones, que permita que cada persona encuentre su propia posición en la intervención preventiva, terapéutica o de rehabilitación.

3. ESTRUCTURA PARA EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA COMUNITARIO.

3.1 Estudio, Investigación y Diagnóstico.

El programa de Educación para la Salud Comunitario incluye todas aquellas acciones educativas planificadas efectuadas en la comunidad y dirigidas al fomento y protección de la salud de las personas que habitan en ella. Como se dijo anteriormente se trata fundamentalmente de la modificación de conductas insanas ya establecidas en la comunidad, y que incluye no sólo acciones sobre el individuo, sino también sobre el medio ambiente.

Todas aquellas acciones aisladas que se efectúan sin planificación previa y sin el soporte técnico adecuado, están condenadas al fracaso. Por todo ello y por que es necesaria la coordinación de los programas comunitarios con los programas de salud llevados a cabo por los servicios de salud, es por lo que las acciones han de ser planificadas y no incluir acciones aisladas.

La planificación de las acciones de educación para la salud que forman parte de los programas de salud comunitaria deben elaborarse cuidadosamente siguiendo las siguientes etapas: Investigación de la comunidad a educar, construcción de los mensajes educativos, elaboración del material educativo, formación del personal, ejecución de las actividades educativas y evaluación de las actividades educativas.

Los programas comunitarios de educación para la salud tienen por finalidad fomentar y proteger la salud de la población mediante la acción educativa, haciendo que la salud alcance el primer lugar en su escala de valores, erradicando los hábitos insanos prevalentes y promoviendo aquellos hábitos y prácticas saludables nuevos que los avances de la epidemiología demuestren que son fundamentales para la promoción de la salud.

Por un lado fomentar la salud de la población haciendo que los individuos, grupos y comunidades asuman la salud como un valor fundamental e inculcando hábitos de comportamiento positivos que mejoren su nivel de salud, para que los individuos puedan alcanzar la completa realización de sus posibilidades físicas, mentales y sociales, o por lo menos elevados niveles de salud positiva.

Por otro lado, y en su función de protección de la salud, los programas comunitarios de Educación para la Salud deben:

- Identificar los individuos y grupos en riesgo.
- Persuadirles para que abandonen los comportamientos insanos que condicionan estos riesgos.
- Estimularles a que se sometan a los exámenes en salud sistemáticos para la detección precoz de los problemas de salud condicionados por su estilo de vida y comportamientos insanos.

- o Y finalmente, informarles sobre los primeros síntomas de las enfermedades con alto riesgo y orientarles sobre los servicios a que deben dirigirse para su diagnóstico y tratamiento precoces.

También corresponde al programa comunitario de Educación para la Salud la sensibilización e instrucción de los ciudadanos para que hagan un uso razonable y adecuado de los servicios de salud, y para que puedan tomar, a través de sus representantes en los diferentes niveles de la administración, las decisiones que sean más convenientes en relación con las acciones de promoción y restauración de la salud a implementar en la comunidad en la que viven. (Salleras, L., 1990)

Un programa de Salud Comunitario cuenta con una estructura de procedimiento que conforma cinco fases:

- o Estudio, Investigación y Diagnóstico.
- o Planeación.
- o Intervención y tipos de Intervención.
- o Ejecución.
- o Evaluación.

La elaboración de un estudio comunitario comienza con la investigación de diversos problemas que existen dentro de la comunidad. Estos problemas pueden clasificarse como:

- o Problemas sentidos por la Comunidad: son los problemas que pueden recogerse a través de las entrevistas individuales o de las reuniones en general; los que están latentes en la vida de la comunidad, la cual espera una solución para ellos y a veces esta dispuesta a buscarla por si misma.
- o Problemas reconocidos por las autoridades o instituciones, acerca de los cuales se ha tomado o se intenta tomar alguna resolución.
- o Problemas descubiertos por los técnicos o profesionales de salud, es decir, captados por el equipo responsable del programa, tanto en el transcurso de la investigación preliminar, como la investigación de fondo, mediante los métodos de análisis propuestos.

La realidad de una comunidad (o de un sector de ella) es tan amplia y compleja, que no se puede estudiarlo todo; hay que circunscribir la actividad de investigación a un ámbito bien concreto y específico, o sea, bien delimitado. (Ander- Egg, E., 1991)

Las características principales que deben ser investigadas dentro de una comunidad son: Demografía, problemas de salud, factores socioeconómicos y laborales, conocimientos, actitudes y hábitos de salud, ambiciones y prioridades de la población, nivel de instrucción de la población y grupos sociales y líderes.

Demografía.

Es importante conocer el volumen y estructura (por edades y sexo) de la población a educar. No es la misma educación que hay que dar a una comunidad en la que predominan los jóvenes que a una en la que predominan los adultos mayores. Las mismas consideraciones las podemos hacer en relación con el sexo.

Problemas de salud.

Si uno de los objetivos de la acción educativa es la protección de la salud, un paso previo fundamental es el conocimiento profundo de los problemas de salud de la comunidad que queremos educar. Este conocimiento estará suministrado por los estudios de epidemiología descriptiva (mortalidad y morbilidad)

Factores socioeconómicos y laborales.

Está establecido que la enfermedad está estrechamente correlacionada con factores sociales. Así, por ejemplo ciertos problemas son propios de determinadas clases sociales o niveles de renta. Los trastornos nutritivos y ciertas enfermedades transmisibles, por ejemplo, son propios de los sectores menos favorecidos de la comunidad. Al planear la acción educativa deberemos tener presentes estos factores y los problemas que condicionan.

Otro de los factores a tener en cuenta es la ocupación u ocupaciones predominantes en la comunidad.

Conocimientos, actitudes y hábitos de salud de los individuos y grupos de la comunidad.

Esta fase nos proporciona información acerca de los hábitos insanos que prevalecen y de aquellas prácticas convenientes en materia de salud que la población todavía ignora o no practica; nos permite fijar las prioridades de acuerdo con la importancia de los distintos hábitos nocivos o no practicados.

También deben ser investigadas las creencias y supersticiones en relación con la salud. Incluso en las sociedades más desarrolladas, hay creencias muy arraigadas que podrían hacer fracasar cualquier programa de Educación para la Salud si no son tomados en cuenta.

Factores ambientales relacionados con las conductas de salud.

La investigación de los factores ambientales que se oponen a la asunción por la población de prácticas positivas de salud, es una fase tan importante como la anterior. Si no se corrigen los factores externos descubiertos, la acción educativa no será eficaz. Es imposible efectuar una campaña de educación sanitaria en higiene personal en grupos sociales que viven en un medio ambiente insalubre.

La investigación de los factores ambientales y de política nacional también nos permitirá fijar las prioridades, dirigiendo los programas hacia aquellos problemas de salud en los que estos factores externos al individuo no sean negativos o predominen los factores conductuales internos.

Grupos sociales y líderes.

En la comunidad, la gente se agrupa en grupos sociales más o menos numerosos y con mayor o menor interacción entre sus miembros. Estos grupos presentan una dinámica particular y en ellos hay gente que adopta el papel de líder, constituyéndose en los dirigentes naturales del grupo y ejerciendo una considerable influencia sobre los demás componentes del mismo. Ningún programa de educación sanitaria dirigido a grupos será eficaz si no se estudia previamente la dinámica del grupo y se contacta con sus líderes, involucrándolos en el programa educativo.

También es importante conocer a aquellas personas que mayormente influyen en la comunidad o actúan como transmisores o vectores de opiniones.

Para el estudio e investigación de las características de la comunidad el profesional de la salud debe disponer de diversas herramientas o instrumentos que le permitan la obtención de información; dentro de los cuales podemos encontrar:

Observación. La cual puede ser directa o indirecta, en la primera el investigador en el área de salud presencia el evento, la información puede ser más veraz y más cercana a la realidad, mientras que en la observación indirecta puede ser distorsionada por las personas a las que se les pide la información. Escalante, R; Miñano, M. (1967)

Entrevista. Consiste en una relación entre el profesional de la salud y los miembros de la comunidad en donde se da una comunicación fluida y clara para poder hacer hipótesis acerca de la problemática que se presenta en la comunidad, con el fin de elaborar un diagnóstico para conocer la intervención adecuada para la solución del problema. Gomezjara, F. (1993)

Cuestionario Es una lista de preguntas cuantitativas y cualitativas que se aplican por escrito al sector de la población estudiada, con el objeto de obtener datos para una inducción o cálculo de las condiciones sociales, personales y físicas Gomezjara, F. (1993)

Escalas Sociométricas. Son un instrumento de ayuda a la observación y medición de las condiciones sociales. Miden adaptación social, estatus socioeconómico, participación social, instituciones sociales, etc. Gomezjara, F. (1993)

Pruebas Psicológicas. Evalúan comportamientos, las capacidades mentales y otras características personales, además de sus aplicaciones en la descripción y análisis de las características individuales; las pruebas psicológicas son utilizadas para evaluar el entorno psicológico, los movimientos sociales y otros eventos psicológicos Aiken, (1996)

Sin embargo, estas herramientas, no siempre cumplen con el fin que buscan ya que pueden presentarse limitaciones, por ejemplo, que el cuestionario no sea del todo claro, que los sujetos manipulen la información por cuidar su imagen, que no se establezca un Rapport adecuado, etc. A pesar de esto el profesional de la salud, tiene que observar e involucrarse con la población de estudio para lograr obtener información de manera personalizada, que posiblemente un instrumento no contemple (información informal). Así como apoyarse de otras herramientas que puedan ser fidedignas para el desarrollo del diagnóstico como por ejemplo, el sistema de salud de la zona, los líderes o de forma más científica como lo es la epidemiología la cual es muy útil para el desarrollo de un estudio comunitario ya que es una forma de explorar cómo se asocian estos factores de tipo general-distal con la pérdida de la salud y con su recuperación.

Posteriormente a la recaudación de información proporcionada por la comunidad por medio de uno o de varios de los instrumentos mencionados anteriormente el profesional de la salud se dispone a la realización de un *Diagnostico* de la comunidad.

El Diagnostico consiste en el estudio psicosocial de la comunidad por medio de distintas técnicas de investigación. A modo de lograr captar las situaciones problema (reales o sentidas) que permitan una acción inmediata para su solución. Esta solución tiene que ser fundamentada por el diagnóstico, puesto que este indica la situación que vive una determinada comunidad.

El diagnóstico sirve para determinar cuáles son los problemas y necesidades más urgentes; además de conocer los recursos con los que cuenta la comunidad (naturales, humanos y físicos). Nos permite saber el grado de sensibilización que tienen los miembros de la comunidad sobre los problemas que confrontan, su actitud frente a ellos y hasta que punto la comunidad es sensible al cambio.

Dentro del proceso de diagnóstico comunitario se llevan a cabo las siguientes etapas:

- o Recolección de información: censos, registros, observación, documentación, encuestas en el terreno, etc.
- o Ordenamiento de la información (presentación, utilización, interpretación) e identificación de los problemas de salud existentes en la comunidad (morbilidad, mortalidad, invalidez, accidentes, vida promedio, etc.), los problemas sentidos por la comunidad; los riesgos existentes en el ambiente social; los recursos de salud existentes en la comunidad (personal,

presupuestos, equipos, establecimientos, etc.) la demografía de la comunidad y las tendencias; el nivel de vida y las condiciones materiales de la vida de la comunidad; el bienestar social, etc:

- La jerarquización de los problemas y necesidades en relación a ciertos criterios formulados que permitan dar prioridades a las intervenciones.
- Como resultado de todo este proceso el diagnóstico comunitario establece la planificación de actividades de salud, con objetivos precisos, para solucionar los problemas prioritarios y las necesidades reales.

El proceso de diagnóstico comunitario es, en realidad, la primera etapa de toda planificación y programación; usándolo con diversos propósitos como lo es la obtención de un grupo de indicadores que representan varios de los niveles del proceso salud- enfermedad que se encuentran presentes en la comunidad; estos indicadores pueden ser: origen social, distribución social, consecuencias en el individuo y en la población, riesgos en el ambiente social, servicios de protección de la salud y de prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, recursos disponibles dentro de la comunidad, nivel de vida y condiciones socioeconómicas de la comunidad

3.2 Planeación.

La planeación establece qué se quiere hacer, por qué, cómo y cuándo; es una tentativa organizada y racional, para seleccionar entre varias soluciones, la mejor y la más conveniente para alcanzar objetivos específicamente determinados.

La planeación en salud es un método racional para escoger, organizar y evaluar las actividades de salud más eficaces para los problemas de salud de la comunidad, teniendo en cuenta los recursos disponibles.

Esta tarea se apoya en los resultados del diagnóstico y tiene como referencia la situación definida como meta.

Cuando se trata de elaborar un programa es necesario trabajar con arreglo a determinados criterios y pautas que la práctica de la planificación ha ido estableciendo con el fin de prever y organizar el futuro, los criterios más importantes a tener en cuenta son: (Ander-Egg, 1991)

- Definir y enunciar claramente los objetivos y las metas: los objetivos de un programa pueden definirse como los propósitos o límites que se desean alcanzar dentro de un periodo determinado a través de acciones organizadas en proyectos.
- Proponer objetivos y metas realistas: El realismo de los objetivos y las metas constituye un aspecto fundamental decisivo de la tarea del planificador. Todo programa debe ser viable y operativo en cuanto a objetivos y metas, y también en cuanto a medios e instrumentos.

- Establecer una jerarquización de los objetivos: No todas las metas y objetivos establecidos tienen igual importancia, así se establece un orden de prioridades. El otorgar prioridades o preferencias a un determinado objetivo surge del hecho de que esa necesidad o problema se encuentra en una situación mas deficitaria, o bien por que sirve mejor al logro de los fines propuestos.
- Seleccionar los proyectos iniciales con arreglo a exigencias propias del desarrollo comunitario: esto quiere decir que el proyecto debe ser respuesta a una necesidad o problema sentido por la comunidad, y este debe considerarlo de urgente satisfacción.
- Determinar los recursos disponibles
- Prever los instrumentos y los medios adecuados a los fines
- Establecer el tiempo y ritmo del programa y proponer una estrategia de acción

Por ello, el método de planeación es útil para ajustar los medios y recursos a los objetivos de los programas; además de permitir programar por necesidades y problemas de salud reales.

3.3 Intervención y tipos de intervención.

Conocidos los objetivos del programa, el sector de intervención en el que se va a actuar y el ámbito que abarca el programa, de lo que se trata es de seleccionar lo más significativo con el fin de elaborar el mejor programa de intervención.

La Intervención debe ser fundamentada en los resultados obtenidos del diagnóstico, tanto problemas reales como sentidos, puesto que de esto depende el óptimo resultado de ésta. Debe tener metas precisas y claras tanto en relación a la población a la cual debe dirigirse y como llegar a ella, a los medios y la información que se va a proporcionar y el fin que se busca.

Para el desarrollo de programas de intervención en la comunidad la Psicología Comunitaria se basa en una gran cantidad de modelos y de marcos teóricos, para poder orientar las acciones de intervención hacia un enfoque más humanista, global y proactivo, es decir, orientado hacia el desarrollo humano y no hacia la psicopatología o la enfermedad.

Algunos modelos, sus definiciones y supuestos básicos para la intervención comunitaria son los propuestos en la tesis doctoral de Gómez del Campo J., citado por Castro, M., y cols. (1994) los cuales son:

- Modelo de salud mental.
- Modelo ecológico para la intervención comunitaria.
- Modelo de acción social para la intervención comunitaria.
- Modelo organizacional para la intervención comunitaria.

Modelo de Salud mental.

Las intervenciones comunitarias basadas en el Modelo de Salud Mental tiene como objetivos reducir la incidencia y prevalencia de los llamados trastornos mentales mediante la prevención y creación de nuevas formas de tratamiento y promover el desarrollo sano y la salud mental, tanto del individuo como de la comunidad.

La prevención es el concepto más importante en el modelo de salud mental, ya que para estudiar el desarrollo de cualquier alteración o enfermedad, los esfuerzos preventivos pueden encaminarse a fortalecer a la persona o grupos vulnerables, a modificar el entorno y a destruir o modificar la influencia del agente.

Modelo Ecológico para la Intervención Comunitaria.

Este modelo tiene como objeto de estudio la relación entre el organismo humano (conjunto de procesos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales) y su entorno (todo lo que rodea al ser humano, el ambiente natural, físico y las influencias sociales y culturales de las interacciones entre individuos y grupos).

Los fundamentos teóricos que articulan el modelo ecológico se derivan de la biología, de la ecología, de la psicología social, de la microsociología y de la dinámica de grupos.

La idea de que el comportamiento humano es el producto de la interacción entre la persona y su entorno y que este comportamiento ocurre dentro del espacio vital del individuo. El espacio vital incluye todo lo que determina la conducta, especialmente en el "aquí y ahora" del comportamiento presente, no creyendo que los eventos pasados influyeran directamente en el espacio vital; sin embargo, señala que el pasado puede influir en la conducta a través de elementos representativos en la situación presente, como por ejemplo las semejanzas de situaciones.

El concepto de "ambientes conductuales", es una unidad ecológico- conductual en la que suelen ocurrir comportamientos más o menos constantes, independientemente de las personas que los presenten.

La influencia de un ambiente conductual sobre el comportamiento de una persona es tal, que el mismo individuo se puede comportar pasivamente en un ambiente y desenvolverse con gran naturalidad en otro.

La teoría general de los sistemas se interesa principalmente por describir cómo funciona un sistema por medio de principios aplicables a otros sistemas.

Las relaciones entre la persona y el entorno pueden enfocarse desde diversas perspectivas, como la psicosocial que aborda la privacidad, espacio personal, hacinamiento y conducta territorial. El concepto de privacidad, se define como un proceso regulatorio mediante el cual una persona o grupo se vuelven más o menos accesibles y abiertos a otros. El espacio personal y la conducta territorial son mecanismos que se movilizan para alcanzar los niveles de privacidad deseados. En el hacinamiento, los mecanismos de privacidad no han funcionado efectivamente, resultando un exceso de contacto social no deseado.

La perspectiva ecológica examina cuatro conceptos: 1) las relaciones entre el entorno y comportamiento que se enfoca desde una base filosófica que acentúa niveles múltiples de conducta; 2) estos niveles relacionados con la privacidad, opera como un sistema coherente que algunas veces se sustituyen, y otras amplificándose o modulándose mutuamente; 3) el sistema regulador de la privacidad es dinámico, y 4) el ambiente es tratado como un complejo de factores que afectan el comportamiento en un sentido casual; es decir, actúan sobre las conductas y produce variaciones conductuales.

El modelo ecológico ofrece una perspectiva útil para la prevención, puesto que abarca más de los ambientes que rodean a las personas, es decir, toma en cuenta no sólo lo que sucede dentro del individuo sino también lo que sucede en su entorno.

Una herramienta de análisis dentro de éste enfoque es el proceso de mapeo ecológico social, el cual intenta representar las interacciones entre condiciones y eventos en los niveles micro, meso y exosistema y los patrones conductuales (individual y grupal) procurando identificar las variables o factores que tienden a apoyar, como también a exacerbar la conducta individual.

Los patrones de conducta individual están condicionados por las características de su entorno físico, social y por las características de la comunidad en la que el individuo habita, por lo que se da un complejo sistema de interdependencias análogo al ecosistema natural en donde hay una interacción de los organismos entre sí, así como factores físicos y químicos a diferentes niveles los cuales son: (Catalano y Bronfenbrener, 1974)

Microsistema: compuesto por el ambiente inmediato en el que el sujeto experimenta las interacciones voluntarias de su vida diaria. En el cual el ambiente se entiende no como existe en el mundo objetivo, sino como se percibe por los individuos que interactúan dentro de éste.

Mesosistema: el cual representa las relaciones intersistema de importancia en el desarrollo humano. Es decir, son los eslabones entre los microsistemas de los cuales el individuo forma parte.

Exosistema: representa las estructuras sociales formales e informales que por sí mismas, no sólo contienen al individuo en su proceso de desarrollo, sino que imprimen o incluyen los escenarios inmediatos en los cuales se encuentra el sujeto y que, por lo tanto, influyen, delimitan y aún determinan lo que pasa ahí.

Macrosistema: asume los valores culturales y sistemas de creencias que existen en la comunidad y que afectan el proceso de desarrollo humano a través de su influencia sobre el desarrollo ontogenético. Fig. 4

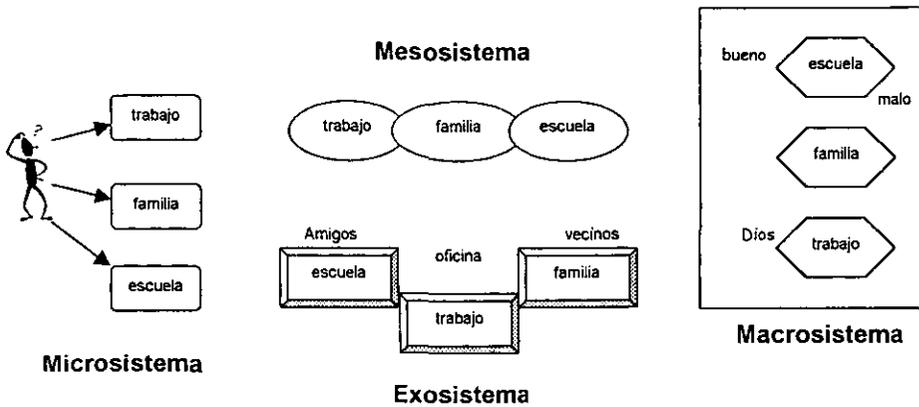


Fig. 4 Mapeo ecológico social.

Bajo este modelo, la responsabilidad social de las comunidades se centra en modificar los ambientes que rodean a las personas a todos los niveles, aunque principalmente en los niños y adolescentes que todavía están en desarrollo.

Modelo de Acción Social para la Intervención Comunitaria.

El objetivo central de este modelo lo constituye el estudio de la distribución, el uso del poder, la búsqueda de su redistribución, y de nuevas formas de liderazgo, gobierno y transacción entre los grupos humanos, que suplanten a los sistemas actuales de control, explotación y abuso del poder; surge como una respuesta ante la creciente insatisfacción con la práctica de la asistencia social.

Los postulados del modelo de acción social representan una manera distinta de enfocar los problemas sociales:

- o La acción social es una responsabilidad compartida que surge del compromiso común dentro de un contexto de libertad, justicia e igualdad interpersonal.

- El origen de los grandes problemas psicosociales yace en la estructura social.
- Los conceptos tradicionales acerca del comportamiento humano son excesivamente individualistas e intra psíquicos.
- La asistencia social no puede depender exclusivamente de la filantropía, la buena voluntad y el esfuerzo personal no remunerado.
- El entrenamiento comunitario debe tener un efecto multiplicador y debe generar recursos humanos mediante la preparación de personal no profesional y para profesional.
- Es deseable que la meta última de cualquier intervención comunitaria sea el aumento de la capacidad de la población para autodeterminarse.

Se establece una búsqueda de la utopía por un concepto de sociedad sana. Este modelo es trascendente para los programas de prevención que buscan incrementar la responsabilidad social de las comunidades. Con esta medida, los asuntos relativos a la distribución del poder y al liderazgo resultan de gran importancia.

Modelo Organizacional para la Intervención Comunitaria.

Su interés central es el estudio del comportamiento humano en los grupos y de los procesos que norman esta interacción e influencia mutua

A la Psicología Comunitaria le interesan los proceso de cambio a todos los niveles y de todo tipo. Si el ser humano tiene derecho a cambiar, es necesario reconocer el derecho a seguir igual. Reiff propone tres modelos de cambio: a) modelo de conflicto, donde el cambio se logra a través del uso del poder, sanciones políticas, económicas o morales; b) modelo empírico- racional, basándose en la adquisición del conocimiento a través de la educación y c) modelo de reeducación normativa, que se basa en la cooperación y en la participación de las personas en su propia reeducación, favoreciendo el desarrollo de la responsabilidad comunitaria y de la autogestión.

Kurt Lewin citado por Castro, M., y cols. (1994) , describió cuatro etapas en el proceso de cambio: a) descongelamiento, donde se crea la motivación para el cambio, donde se enfrentan las resistencias al cambio; b) etapa de movimiento o de cambio, el proceso se centra en el desarrollo de alternativas a la situación anterior; c) etapa de experimentación, donde se asimila la nueva información, se enfrentan las nuevas resistencias y se ejercitan nuevos métodos de solución de problemas, y d) etapa de recongelamiento, etapa crítica en el proceso donde la meta es la estabilización del nuevo patrón normativo de conducta.

Según Robbins, citado por Castro, M., y cols. (1994), las técnicas de cambio frecuentemente utilizadas son la educación y comunicación, la participación, la facilitación y apoyo, la negociación, la manipulación y la coerción.

El modelo organizacional ha evolucionado gradualmente hacia un conjunto de intervenciones específicas, que se complementan y refuerzan entre sí. La integración de éstas dentro de un enfoque particular para el trabajo con organizaciones se conoce como el desarrollo organizacional (DO), que es llevado a cabo por un consultor o grupo de consultores invitados a trabajar en la organización durante un tiempo. Los valores fundamentales del DO, son el respeto por la gente, la confianza y el apoyo, la igualdad de poder, la confrontación, la participación, acentuación de la experiencia y la promoción de la salud organizacional. Este modelo resulta de gran utilidad para los programas de prevención que se trabajan en las empresas y en organizaciones como las vecinales y escolares.

El desarrollo de estos modelos invita a los profesionales a una exploración adecuada durante el diagnóstico para adaptarlos y modificarlos a la realidad de la comunidad buscando lograr el mayor beneficio posible. Como se ha dicho no se puede imponer un programa, es necesario personalizar la intervención para ser sensibles y sensibilizar a la población puesto que sin la participación y el interés de está ningún programa puede ser exitoso, es decir, es necesario utilizar técnicas de movilización social que logren desarrollar una responsabilidad en los sujetos y por consiguiente intervenciones exitosas.

Algunas técnicas de movilización social, dentro del desarrollo de una intervención son: (Castro, M., y cols. 1994)

A) Educación preventiva integral.

Prevenir en la sociedad es facilitar que sus miembros formen una comunidad integrada y que trabajen juntos en un programa de educación preventiva integral, como parte de un proceso de desarrollo humano.

Este proceso no se inicia al entrar en contacto con la comunidad a la que se desea beneficiar, comienza en nuestro propio ambiente, con las personas que trabajan con el profesional de la salud y comparten problemas comunes, se puede afirmar que la prevención puede ser exitosa siempre y cuando se abandonen las viejas concepciones sobre prevención para adoptar las nuevas.

La educación preventiva integral es una aproximación reciente, las raíces de lo problemas que se quieren prevenir en el ambiente comunitario tienen que ver con los valores, con el estilo de vida, con las oportunidades de desarrollo y con un avanzado grado de sensibilización.

B) Una aproximación sistemática y comunitaria.

Se recomienda una perspectiva comunitaria y sistemática, que sustituya la perspectiva focalizada e individual. La perspectiva comunitaria; difiere de la individual en que en lugar de centrarse en un sólo problema, considera un amplio rango de problemas potenciales, en lugar de focalizar a los individuos en riesgo estudia la población total y su comunidad y en lugar de basar sus estrategias preventivas en las causas directamente asociadas, las intervenciones consideran los efectos medioambientales y sus conductas, por lo que promueven cambios en las decisiones y se concentran más en las comunidades.

Otro aspecto importante en este enfoque sistemático, es que antes las intervenciones en las escuelas o comunidades se efectuaban de un solo tiro, es decir, había intervenciones preventivas que contemplan un solo contacto con el público o bien un programa de una sola dirección con un solo objetivo. La mayoría de los enfoques educacionales han demostrado que este tipo de intervenciones aumentan la información pero no tienen un impacto en la conducta.

Un marco estructural del sistema comunitario para la prevención, implica que los esfuerzos del sistema preventivo deben dirigirse no sólo a los individuos afectados, sino a los individuos potenciales y usuarios experimentales.

Los sistemas preventivos deben intentar llegar a todos los miembros de la población, es decir, deben ser incluyentes y no excluyentes, por lo que sugiere que los programas tengan una planificación sistemática y sean lo suficientemente flexibles para permitir la autogestión y la participación.

La opinión y la participación de la comunidad es mucho más importante que las teorías, cuando se trata de implementar un programa de intervención; la imposición de programas es un método excluyente, mientras que la autogestión y la participación es un método incluyente.

Es por esto que sugerir mensajes y contenidos sobre diversas áreas de la educación preventiva integral permite que cada plantel desarrolle acciones apropiadas a sus necesidades. Es aquí donde el enfoque comunitario- sistemático debe ser aplicado. Las acciones deben impactar a todo el plantel en su conjunto y no solo a unos cuantos individuos en riesgo, lo que lleva a plantear el fenómeno del cambio: todo programa de educación preventiva integral pretende lograr un cambio, no en los individuos aislados, sino también en la comunidad en su conjunto.

C) Los paradigmas.

Uno de los principales obstáculos que enfrenta el profesional de la salud es la resistencia al cambio que se da entre los que dirigen los programas y entre los que los aplican. Hacer prevención, requiere de un cambio de paradigmas o modelos.

Antes se pensaba que ésta era sólo para individuos de alto riesgo, y que debía ser hecha por expertos.

El paradigma actual facilita mucho más el desarrollo de programas pero también exige que los coordinadores venzan barreras y resistencias, antes de ponerlos en práctica.

Actualmente se concibe a la prevención como un proceso de desarrollo humano que es autogestivo y participativo, en el que los expertos son un eslabón más de la cadena y en el que la comunidad beneficiada tiene un papel preponderante que se dirige a grupos humanos y comunidades, no a individuos, y que requiere de complejos y profundos procesos de movilización comunitaria y no tanto de planes, programas y coordinaciones de tipo administrativo.

Una comunidad que realmente ha roto la resistencia de cambiar para un estilo de vida, tendrá la suficiente flexibilidad paradigmática para percibir nuevas ideas y mejorar las que ya existen. En prevención, más que las teorías y los conocimientos, lo que pesa es la acción conjunta.

D) El fenómeno de cambio.

En programas de prevención se habla en sentido más amplio de un cambio de comportamiento que involucra la información, las actitudes, los efectos y los valores.

Conocer las etapas de cambio que han sido utilizadas a nivel de individuos, ya sea en forma espontánea o en aquellos que están sometidos a cualquier tipo de proceso terapéutico, puede ayudar a entender las fases de transformación que también se pretenden en la educación integral:

El Modelo de Cambio desarrollado por Prochaska y DiClemente (1982)⁸ es un modelo de adquisición de hábitos saludables, que abarca la etapa de Precontemplación, que implica la necesidad de cambio, pero en la cual el individuo no se plantea la necesidad de cambio. En esta etapa el individuo puede estar desinformado o mal informado, o bien puede sentirse incapaz para el cambio; además de observarse una gran resistencia a presiones externas al cambio. En la etapa de Contemplación, intención de cambio, los contempladores están mucho más abiertos a la información sobre los riesgos y consecuencias asociados al hábito, sin embargo, muchas personas pueden permanecer en la etapa de contemplación durante mucho tiempo; en la etapa de Preparación el individuo tiene la disposición de cambiar y de permanecer en éste (acción de cambio) en la etapa de Mantenimiento, es la consolidación del nuevo hábito pero en el cual también se contempla la opción de las recaídas. Fig. 5

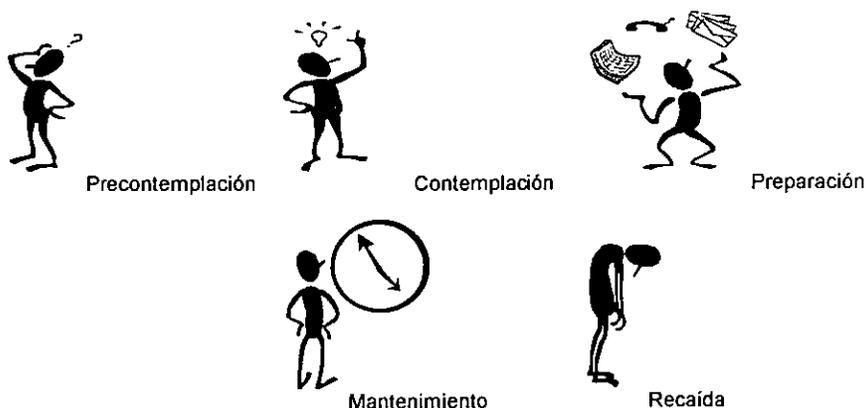


Fig. 5 Modelo de Cambio de Prochaska y DiClemente, 1982

⁸ <http://www.almirallprodesfarma.com/guies/g0.html>

Las estrategias que componen este modelo son: proporcionar más información, ayudar al sujeto a creer en su capacidad de cambio (auto eficiencia), personaliza la valoración, ayudar al sujeto a desarrollar habilidades para el cambio de conducta, ofrecer apoyo, ayudar al sujeto a prepararse ante posibles problemas, ayudar al sujeto a comprender los motivos de la recaída, proporcionar información sobre el proceso de cambio, ayudar al sujeto a hacer planes para el próximo intento, facilitar la confianza del sujeto en su capacidad de cambiar y ofrecer apoyo incondicional.

La responsabilidad social tiene como objetivo el que la comunidad cambie sus valores, actitudes y estilos de vida riesgosos en valores, actitudes, estilos de vida y comportamientos protectores. La educación preventiva integral aplicada a la responsabilidad social es en realidad un proceso de aprendizaje.

Es común que los profesionales de la salud inicien sus programas de educación preventiva en la fase de acción ignorando que la mayoría de los grupos están en la fase de precontemplación: por eso es común que las intervenciones fracasen o las acciones se burocraticen, las resistencias al cambio son fenómenos muy comunes en el trabajo de prevención.

E) El trabajo en equipo.

El trabajo en equipo exige que todos tengan una visión integrada; el grado de compromiso con ella determinará el éxito del equipo. La educación preventiva integral tiene que ver más con una verdadera movilización social y proceso de cambio de tipo cultural. El Consorcio Interamericano del Desarrollo Integral 1992; identifico algunas actitudes que se distinguen en un equipo las cuales son: compromiso, disposición de cooperación, acatamiento genuino, acatamiento formal, acatamiento por necesidad, obediencia y apatía.

F) Contextos y estilos.

La prevención es un proceso humano consistente en que antes que se desarrolle un problema severo, se intervenga en los conflictos derivados de los estilos de vida actuando en pequeños grupos; por lo tanto, será inútil si no se toma en cuenta la dimensión de la interacción.

Hoffman citado por Castro, M., y cols. (1994), sistematizó las fases que se realizan en los programas de prevención en los siguientes pasos:

- Negociación
- Conciencia
- Obtención de datos
- Toma de decisiones
- Comprensión de las Consecuencias Sociales
- Adopción de una conducta
- Cumplimiento de un compromiso a largo plazo.

El trabajo del profesional que trabaja en el campo de la prevención; es informar y motivar en la tarea preventiva a funcionarios, patrocinadores, miembros de la comunidad, compañeros o colegas de trabajo, etc. Y en el trato con estas personas, irá descubriendo que cada una tiene su propio estilo de vida y funciona en su propio contexto, el cual debe ser entendido y respetado para negociar el programa y hace posible su relación.

Para conseguir los objetivos planteados por los diversos modelos de intervención, los profesionales de la salud deben elaborar estrategias y hacerlas llegar al individuo o a la comunidad con mensajes educativos para la salud, estas estrategias deben contener información veraz y comprensible, una motivación que modifique las actitudes en relación con el problema en cuestión, e instrucciones sobre como actuar para facilitar el proceso de acción.

El individuos y/o la comunidad pueden ser alcanzados por diversas estrategias o métodos que el comité de la OMS en educación sanitaria clasifican en dos grandes grupos:

- o Métodos bidireccionales o socráticos. Los cuales consisten en realizar un intercambio activo entre el profesional de la salud y el individuo, de tal forma que las dos partes pueden intercambiar sus papeles. El profesional de la salud, en ciertos casos y para ciertos aspectos asume el rol del individuo, de tal forma que además de dar información sobre el tema en cuestión, recibe información de su interlocutor sobre sus experiencias, su modo de vida, sus hábitos, sus tradiciones, etc.
- o Métodos unidireccionales o didácticos. Llamados así porque quien recibe el mensaje no tiene la posibilidad de discutir su contenido con el profesional de la salud, o de solicitar aclaraciones.

De acuerdo con Salleras (1990), este tipo de clasificación presenta algunos problemas ya que existen algunas estrategias que son difíciles de incluir en uno u otro grupo; por ello el plantea que las estrategias o métodos para la acción educativa en salud pueden ser de dos tipos:

- o Directa: en la cual existe un contacto directo entre el profesional de la salud y el individuo o la comunidad, utilizándose la palabra hablada con o sin ayuda de medios auxiliares audiovisuales, como medio de comunicación; dentro de estas estrategias podemos encontrar:
 - ❖ El diálogo: consiste en el intercambio de información entre el profesional de la salud y el individuo, el ejemplo más conocido es la entrevista.
 - ❖ La clase: es el método más utilizado en la enseñanza formal de la salud en las escuelas, se complementa con el uso de apuntes, libros de texto o de consulta.

- ❖ La charla: es uno de los procedimientos más utilizados para dirigirse a grupos en donde el tema debe responder a los deseos, necesidades e intereses de la comunidad.
- ❖ La discusión en grupo: su fin es el tratar un problema y lograr una solución a través de los asistentes.
- Indirecta: en donde existe una lejanía en el espacio y/o tiempo entre el profesional de la salud y el individuo y/ o la comunidad utilizándose la palabra hablada, la escrita o la imagen, pero interponiendo, entre el profesional de la salud y el individuo y/o la comunidad una serie de medios técnicos (medios de comunicación) entre los que se encuentran:

1. Medios visuales.

- Carteles o murales: su función es la de atraer la atención de un modo intenso y rápido sobre un asunto, aunque no solo deben informar, sino que también deben inducir a seguir una línea de conducta.
- Folletos y publicaciones: son publicaciones sencillas dirigidas al público, que tratan, un tema específico y cuya información es sencilla y puntual sobre el tema que se trata difundir.
- Cartas circulares: son uno de los métodos poco utilizados, pero son de valor cuando son remitidas a individuos, familias o grupos que están motivados por el tema sobre el que tratan de informar o educar.
- Prensa: es uno de los medios de comunicación social que más influye en la población y en el comportamiento humano, tienen la ventaja de que en su interior pueden incluirse folletos o publicaciones sobre temas de salud con objeto de que lleguen a manos de las personas que leen el periódico.

2. Medios sonoros.

- Radio: es el medio de masas de mayor cobertura, incluso superior al de la televisión, una ventaja es que el oyente no debe poseer ninguna capacidad especial para percibir el mensaje, a diferencia de lo que ocurre en los medios impresos en donde el individuo debe saber leer y tener un cierto nivel de instrucción.

3. Medios mixtos audiovisuales.

- Cine y video: sus ventajas son la posibilidad de presentar los hechos con gran sensación de realidad, y la capacidad de ampliar imágenes normalmente no visibles para el ojo humano
- Televisión: como la radio llega a todos los hogares y como el cine posee gran realismo, gracias a su doble impacto auditivo y visual. El mensaje de educación sanitaria puede transmitirse a la población mediante spots de propaganda e información sanitaria, programas específicos de educación para la salud y películas documentales con mensaje sanitario.

Así, algunas de las acciones que los psicólogos de la salud desempeñan dentro del trabajo de intervención comunitaria son:⁹

- Capacitar a los mediadores de las redes sociosanitarias de la comunidad para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con factores de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- Fomentar y promover los hábitos de salud en la comunidad.
- Promover una mayor accesibilidad a los instrumentos preventivos.
- Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción de la salud.

3.4 Ejecución.

Ejecutar consiste en llevar algo a la práctica. Una vez realizado el estudio, investigación, diagnóstico elaborado el programa y diseñado el proyecto, es tiempo de pasar a la acción. El diagnóstico sirve para determinar cuales son los problemas, necesidades y recursos más importantes y cuales los más urgentes. La planeación establece que se quiere hacer, cómo, cuando, por qué, dónde quiénes y el costo de realizarlo. La ejecución como su nombre lo indica, consiste en realizar, hacer o ejecutar lo que se ha establecido en la planificación sobre la base de los resultados obtenidos en el diagnóstico.

Ander-Egg (1991) establece que la etapa de ejecución presenta cinco problemas fundamentales:

1. La administración de programas de desarrollo de la comunidad: Para la ejecución de un programa la tarea de administración resulta absolutamente necesaria. Todas las consideraciones que se pueden hacer sobre gestión y administración de programas de desarrollo de la comunidad, valen en la medida de la participación de la comunidad que se haya logrado de una manera real y efectiva.
2. La preparación de la comunidad para llevar adelante el programa con su participación: El preparar a una comunidad para que participe en un programa de desarrollo comunal es parte de la estrategia de acción a desarrollar. En la práctica, el programa puede ser promovido por una organización externa a la

⁹ <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>

comunidad, o por organizaciones de la misma comunidad. Muchos de los problemas podrían resolverse con la sola ayuda externa, pero esto mantendría pasivos a los miembros de la comunidad. Lo externo o impuesto pierde su valor educativo y de recuperación.

3. Formación de los trabajadores sociales en desarrollo de la comunidad: La formación de personal capacitado es fundamental para poder resolver aquellos problemas que se presenten durante la ejecución del programa y así mismo resolver las dudas que llegase a presentar la comunidad.
4. Participación y formación de líderes locales: La participación de los líderes locales en la ejecución de los programas juega un papel fundamental por su influencia en la adquisición de nuevos comportamientos, y por la acción que ejercen sobre el grupo, ya sea impulsándolo a una participación activa o frenando u obstaculizando su intervención. No basta con identificar la existencia de estos líderes, hay que ofrecerles los medios para que intervengan de manera efectiva en la realización del programa.

La mayor parte de la labor a nivel de ejecución deberá ser llevada a cabo por los profesionales de la salud en conjunto con los miembros de la comunidad.

3.5 Evaluación.

La evaluación consiste, básicamente, en utilizar una serie de procedimientos destinados a comparar los objetivos de un programa con los resultados; es decir, es un proceso de crítica consistente en estimar y registrar periódicamente los resultados obtenidos o no, tomando como punto de referencia o aspectos a evaluar, los objetivos propuestos del programa, los procedimientos utilizados y la opinión de los miembros de la comunidad.

La evaluación de los programas de salud consiste en confrontar lo realizado después de cierto periodo o al final del programa, con los objetivos trazados para ese periodo o para la totalidad, además de servir a la mejora del ciclo de intervención, ya que la evaluación permite al profesional de la salud o a los agentes responsables del programa, tomar nuevas decisiones sobre el mismo; mejorándolo o seguir implantándolo como fue previsto o en el peor de los casos eliminarlo.

El objetivo primordial de la evaluación es probar en términos cualitativos y cuantitativos el progreso en salud conseguido por la acción. Por lo tanto, para evaluar es necesario valorar los programas de salud a través de sus actividades y medir las funciones de salud en términos de rendimiento, eficacia, costo, etc.

Los aspectos a evaluar en un programa comunitario son:

- Objetivos del programa
- Los procedimientos utilizados
- Opinión de los beneficiarios del programa.

Este último punto es muy importante ya que nos permite conocer si los objetivos del programa son aceptados por la comunidad y así saber cuales serían los cambios pertinentes del programa para satisfacer las necesidades reales y sentidas que la comunidad presenta.

Según Fernández-Ballesteros (1996) la evaluación presenta dos características principales: por un lado, es un recurso para la mejora de las acciones que, debidamente organizadas, se implantan en un determinado contexto social; por otro lado supone, esencialmente, una metodología científica aplicada, con el fin de llegar a emitir juicios sobre un determinado objeto.

La evaluación de programas se lleva a cabo mediante un proceso de toma de decisiones a través del cual se planifica, se examina, se recolectan datos y se informa sobre el valor o mérito del objeto de evaluación.

Andarraga y cols. citados por Fernández- Ballesteros (1996) proponen seis etapas básicas en el proceso de evaluación de programas:

- Planteamiento de la evaluación: es la fase decisiva del proceso evaluativo ya que supone el punto de partida donde se lleva a cabo una primera recogida de información sobre el programa y sobre todas las condiciones que le rodean así como todos aquellos que dirigen la evaluación.
- Selección de operaciones a observar: Son uno de los aspectos más relevantes ya que son considerados por Cronbach citado por Fernández-Ballesteros (1996) como las manifestaciones que registramos en las unidades que han recibido el programa y que suponemos expresan sus efectos, incluye en ellas no sólo los instrumentos de medida sino, también, el plan a través del cual son observadas las conductas.
- Selección del diseño de evaluación: es un plan desde el que se establece cuando y qué conductas van a ser observadas, la utilización de un plan o diseño asegura una adecuada recolección de datos sobre el programa y sus circunstancias.
- Recolección de información: tiene que ver con el listado de los distintos tipos de procedimientos seleccionados así como que fuente de información requieren.
- Análisis de datos: su objetivo es el de sintetizar lo obtenido para dar respuesta a los propósitos de la evaluación. El tipo de análisis dependerá tanto de la naturaleza de los datos como de los propósitos de la evaluación.

- o Informe: es la etapa final de la evaluación y permite al profesional de la salud tomar decisiones acerca del programa implantado

Por ello, la evaluación no sólo tiene por objetivo constatar los resultados obtenidos, sino también proponer las correcciones o reajustes necesarios, tanto del plan o programa como de los procedimientos utilizados. (Ander-Egg, 1991)

El programa de Internado en Psicología general (facultad de psicología 1998) utilizó una estrategia para el estudio y desarrollo de programas comunitarios la cual contempla solo tres etapas:

- o Diagnóstico de la comunidad A través de esta etapa se obtiene información acerca de la situación de salud de la comunidad; también se identifican las características y necesidades (reales y sentidas) de los miembros de la comunidad para planear las estrategias educativas.
- o Intervención Una vez obtenidos los resultados del diagnóstico, el profesional de la salud se encarga durante la etapa de intervención de elegir las técnicas y procedimientos de enseñanza; así como el desarrollo de las actividades educativas y la elaboración o adquisición de materiales estableciendo los métodos de evaluación.
- o Evaluación esta etapa consiste en comparar los objetivos del programa con los resultados obtenidos, tomando en cuenta principalmente los siguientes aspectos:
 - ❖ Eficiencia de las acciones desarrolladas
 - ❖ Materiales y métodos empleados
 - ❖ Desempeño de la comunidad en los programas (su grado de participación y los cambios de conductas y actitudes logrados).

Uno de los grandes retos que tiene el profesional de la salud es el evaluar los efectos de un programa de desarrollo comunitario con una metodología rigurosa. Es deseable que los programas de intervención en Atención Primaria a la salud (prevención, promoción y educación para la salud) desarrollen un cuerpo metodológico que proporcione, entre otras cosas, indicadores valiosos para el mantenimiento de la salud (factores protectores), así como aquellos que provocan un riesgo en la salud de la comunidad (factores de riesgo); diseños de intervención adecuados y fácilmente evaluables, y técnicas más sofisticadas de análisis de los cambios logrados dentro de la comunidad.

4. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

4.1 Calidad de vida.

Podemos hablar de calidad de vida cuando nuestra realidad y los recursos de que disponemos se ajustan a nuestras necesidades y esperanzas.

El término calidad de vida, que surge en la década de los sesenta, va muy ligado al de "bienestar", entendiéndolo como bienestar físico, mental y social. Se abarca entonces un campo muy amplio, que va más allá, por ejemplo, del simple nivel económico de un grupo o de una situación social de un individuo. Se trata de un estado de satisfacción, personal o colectivo, con uno mismo y con el entorno, en relación a los recursos disponibles, la calidad ambiental y la salud.¹⁰

La salud, está íntimamente relacionada con lo que los individuos hacen, es decir, con el comportamiento. En este sentido, es algo que depende del propio individuo, que se puede controlar y potenciar mediante la ejecución de comportamientos no patógenos, lo que se ha dado en denominar "estilos de vida saludables". Sin embargo el comportamiento no se limita solo a los aspectos externos o motores del individuo, sino se hace más extensivo al funcionamiento de cada uno de los distintos subsistemas de la persona. En este sentido podemos hablar del comportamiento biológico, el comportamiento psicológico y por último el comportamiento del ecosistema, el cual es un conjunto de todas las actuaciones que ocurren como producto de la interacción de grupos de humanos, más o menos estructurados, de los que el individuo forma parte (familia, comunidad, pueblo). Dentro del ecosistema cabría distinguir los elementos de índole *social* (personas, grupos, instituciones, etc.), de aquellos elementos que se engloban en el término *ambiente*, centrándonos en los aspectos físicos del ecosistema (el urbanismo, el clima, etc.) (Fernández – Ballesteros, 1996)

Para analizar la salud global de los individuos que viven en un ecosistema es necesario tomar en cuenta los tres aspectos del comportamiento e identificar en este sentido ecosistemas sanos o propiciadores de salud y ecosistemas enfermos o propiciadores de enfermedad.

El comportamiento es el conjunto total de actuaciones de un individuo en un ecosistema acotado en cuanto a sus dimensiones (familia, comunidad, ciudad o país); son manifestaciones del individuo en su intento por adaptarse al ecosistema cambiante en que vive.

El éxito de su adaptación es medible en términos de salud. Desde esta perspectiva, los comportamientos que resultan adaptativos son múltiples y sus características muy variadas, puesto que el comportamiento en particular es saludable dependiendo tanto de las características del individuo como del ecosistema en el que se ha efectuado.

¹⁰ <http://www.ahorasalud.com>

La capacidad de adaptación de un individuo a su ecosistema es función de los recursos biológicos y psicológicos que posea y de las exigencias de el mismo en un momento dado. Un ecosistema que tenga pocos recursos y mal distribuidos forzará a los individuos que vivan en él a disputarse dichos recursos, y en cualquier caso siempre habrá un gran número de sujetos que presentarán mayores problemas de salud, mientras que en otro ecosistema más rico en recursos, las exigencias personales de adaptación son menores y el desajuste individual menos probable.

El individuo se comporta en el ecosistema, manipulando o modificando ese medio, intentando adaptarse lo más rápido posible. (Fernández – Ballesteros, 1996)

En 1973, La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) definió ocho campos concretos y objetivos para intentar analizar e investigar la calidad de vida.¹¹

- ❖ Salud
- ❖ Desarrollo individual por medio de la educación
- ❖ Empleo y calidad de vida laboral
- ❖ Tiempo y tiempo libre
- ❖ Capacidad de obtención de bienes y servicios
- ❖ Medio físico
- ❖ Seguridad personal y administración de la justicia
- ❖ Oportunidades y participación sociales

Para la OCDE, estos son los factores que marcan nuestra calidad de vida. Es a partir de ellos que se establecen los rankings de las mejores ciudades para vivir o el nivel de satisfacción de una población. Pero aunque la OCDE haya creado este sistema para uniformizar el término calidad de vida, al final sigue siendo cada individuo, cada persona, con sus necesidades y preocupaciones, el que valora su entorno.

Estudios epidemiológicos muestran que en el mundo, un buen número de los problemas y enfermedades están relacionados con comportamientos habituales, rutinarios y frecuentes de las personas. Permanecer sentado, sin hacer ejercicio diario, fumar cigarrillos o tomar dulces en exceso, son actividades inocuas que realizadas frecuentemente, como suele ocurrir en nuestro entorno, pueden conducir al padecimiento de diversos problemas y enfermedades. Es evidente que estos hábitos de vida no originan el mismo resultado en todas las personas. Determinados elementos de estos hábitos producen enfermedades en mayor medida que otros, las manifestaciones de tales enfermedades surgen en distintos momentos de la vida del ser humano. (Fernández – Ballesteros, 1996)

¹¹ <http://www.ahorasalud.com>

Los hábitos son un modo de conducta adquirido, que supone la tendencia del ser humano a repetir y producir ciertas acciones o a comportarse de la misma forma bajo circunstancias similares o iguales facilitando la adaptación del individuo al medio social .

Las actividades físicas y mentales de los individuos están sujetas a la formación de hábitos. Los individuos no solamente son capaces de adquirir hábitos físicos, sino también morales e intelectuales. (Cabrera, M. Teresa, 1997)

El aprendizaje es el elemento más importante para la adquisición de hábitos, este aprendizaje se alcanza fácilmente gracias al refuerzo que se le brinda al conocimiento que se pretende adquirir; Skinner define al aprendizaje como un proceso mediante el cual adquirimos conocimientos que después empleamos cuando son requeridos y se presenta como un cambio en la conducta

La adquisición de hábitos es una modalidad inherente a todo comportamiento y requiere la participación activa del individuo.

Actualmente debido al desarrollo de los países los individuos nos encontramos expuestos a diversas circunstancias de nuestra vida en las cuales reaccionamos con ciertos hábitos o comportamientos insalubres o patógenos como son: Fig. 6

- ❖ El sedentarismo o inactividad física
- ❖ Hábitos alimenticios inadecuados
- ❖ Consumo de drogas y/o alcohol
- ❖ Estrés
- ❖ Consumo de tabaco
- ❖ Practicas inadecuadas de higiene



Fig. 6 Comportamientos Patógenos o insalubres.

La modificación de hábitos de vida en los individuos se lleva a cabo en el primer nivel de atención por medio de la promoción de conductas o comportamientos saludables, que promuevan el adecuado manejo del estilo de vida en el individuo y la sociedad en pro de la salud mental y física del ser humano.

Bajo este contexto el modelo de etapas de cambio de Prochaska y DiClemente (1982) es una estrategia, la cual, le permite al psicólogo la modificación de hábitos de riesgo (sedentarismo, dieta no equilibrada, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, etc.), ya que la utilización de este modelo no solo le permite predecir los cambios en la conducta, sino que también adecuar las recomendaciones preventivas y hacerlas mucho más efectivas, con el objetivo de que el ser humano logre un cambio en su estilo de vida. (Ver pag.45)

Para crear estructuras básicas en los patrones de conductas saludables el psicólogo de la salud debe proporcionar a los individuos:

- ❖ Normas de conductas; patrones de hábitos, es decir, reglas de salud.
- ❖ Utilizar modelado, aprendizaje vicario, suministrando los criterios para que los individuos realicen o mejoren sus conductas o hábitos de salud.
- ❖ Crear diversas situaciones de aprendizaje que permitan el desarrollo de estrategias para el cambio hacia actitudes positivas de salud. Estas estrategias deben ser planteadas a partir de la participación activa de los individuos para facilitar la adquisición de la información fundamental para el cambio de conductas y/ o hábitos.¹²

4.2 Panorama Epidemiológico.

La transformación demográfica en combinación con el éxito en el control de múltiples enfermedades infecciosas y los profundos cambios en el estilo de vida, han impactado de manera determinante el patrón de morbilidad y mortalidad de nuestro país. A diferencia de lo que ocurría hace algunas décadas; actualmente las personas adultas (de 20 años de edad en adelante) representan más de la mitad de la población y las enfermedades que afectan a este grupo de edad constituyen las primeras causas de muerte dentro de la población general.

Entre estas patologías destacan las enfermedades del corazón, los tumores, los accidentes, la diabetes, etc. Se trata de un vasto campo de la salud, que incluye una gran variedad de enfermedades con una compleja historia natural, que se están convirtiendo en el nuevo reto de la salud pública y de los servicios de salud.
Fig. 7

¹² Hernández, E. Et al. (1994) Introducción a la salud pública. Centro de investigación de ciencias de la salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Principales Causas de Mortalidad General México 2000.

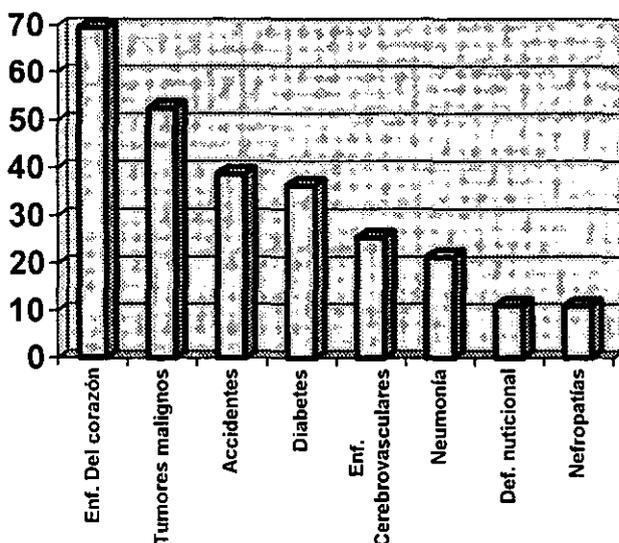


Fig. 7 Principales Causas de Mortalidad en la Población Mexicana.

Según estimaciones de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (2000), la prevalencia de hipertensión arterial es alrededor de 26.6%, lo que significa que existen actualmente alrededor de 10 millones de personas con hipertensión en nuestro país. A partir de los 50 años de edad cerca de la mitad de la población presenta hipertensión arterial.

La enfermedad hipertensiva está asociada en forma estrecha con la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (primera causa de muerte general) y con la enfermedad cerebro vascular (sexta causa de muerte general).

Se estima que existen alrededor de 4 millones de pacientes diabéticos, lo que ubica a esta enfermedad, como una de las principales causas de demanda de atención. Los individuos en edad productiva (entre los 35 y 60 años de edad) constituyen el grupo más afectado; más del 50% de los pacientes diabéticos pertenecen a esta edad.

En los últimos años ha ocurrido un ascenso importante de la mortalidad por diabetes. Actualmente es la cuarta causa de mortalidad general, (33,316 defunciones y una tasa de 36.4 por 100 mil hab. en 2000)

Para el 2000 los tumores malignos ocuparon la segunda causa de muerte (48,222 defunciones); 12% correspondieron a tumores del pulmón, 10% a tumores de estómago y 9% a tumores del cuello uterino.

El 45% de las defunciones por tumores malignos se presentan en la edad productiva y post-productiva (después de los 65 años). Los de mayor frecuencia son los tumores de pulmón, estómago, próstata y colon.

Es por ello que el profesional de la salud que labora en el primer nivel de atención debe hacer énfasis en la importancia que tiene la modificación de hábitos insalubres para la prevención de las enfermedades crónicas antes mencionadas con el fin de reducir costos innecesarios en tratamientos y/o rehabilitación de las mismas. Incrementando con ello la calidad de vida de las personas y obteniendo así avances en distintas áreas del país (economía, salud, social, cultural, etc.)

4.3 Sedentarismo o Inactividad Física.

La inactividad física o Sedentarismo se muestra cada día más como uno de los factores de riesgo con más impacto potencial en la salud.

En nuestro país, la magnitud que alcanza el sedentarismo o inactividad física esta muy poco estudiada. En los últimos años se ha comprobado que existe una clara relación entre el sedentarismo y enfermedades crónicas como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, síndrome metabólico, osteoporosis, accidente cardiovascular, cáncer de colon, etc.¹³

Actualmente los individuos se ven afectados en su salud por el ritmo de vida al que están sujetos; cada vez hay más personas cuyo trabajo las obliga a estar sentadas durante muchas horas seguidas sin preocuparse por las consecuencias que esto puede provocar en su salud.

Hoy en día la principal preocupación de los profesionales de la salud es el prevenir enfermedades interviniendo en un primer nivel de atención en el cual logren sensibilizar a la población acerca de los beneficios de realizar actividad física. En este contexto el psicólogo de la salud hecha mano de diversas herramientas como la motivación para lograr un cambio en los hábitos de vida de las personas.¹⁴

¹³ <http://www.ssa.gob.mx>

¹⁴ <http://www.ahorasalud.com>

Existen diversos motivos por los cuales el individuo toma en cuenta el realizar ejercicio: por mantenerse sano y prevenir enfermedades, por combatir el estrés de la vida diaria o con el propósito de verse o sentirse bien.

Aunque los motivos personales son variados el psicólogo de la salud debe sensibilizar al individuo haciéndole ver que la actividad física proporciona un mejoramiento en las diferentes funciones físicas y psicológicas.¹⁵

Está claramente demostrado que el ejercicio regular aumenta la longevidad y frena el desarrollo de numerosas enfermedades, en cierto modo neutraliza los efectos del envejecimiento en nuestro organismo. Este no tan sólo aumenta la cantidad sino también la calidad de vida, ya que, fortalece los huesos previniendo la aparición de problemas en nuestro aparato locomotor y de todos los dolores que de ello se suelen derivar, mejora la digestión, mejora el descanso y el sueño además de favorecer la irrigación sanguínea del cerebro y consecuentemente el desempeño intelectual.

Por otra parte, la actividad física nos ayuda a controlar nuestro peso corporal y estimula la secreción de unas sustancias llamadas endorfinas, que mejoran nuestro estado de ánimo y aumentan nuestro rendimiento en todas las actividades que llevamos a cabo; mejora el funcionamiento del corazón y los pulmones, y hace más eficiente la circulación de la sangre, ya que al realizar actividad física se oxigenan y nutren mejor las células de nuestro organismo.

Todas estas ventajas no nos deben llevar a empezar a practicar cualquier deporte sin ningún control o a aumentar nuestro nivel de actividad física repentinamente, ya que se corre el riesgo de lesionarse, incluso de gravedad. El aumento debe ser paulatino, dentro de las posibilidades y características de cada persona y siempre que sea posible bajo la supervisión de un médico o un experto. Una buena táctica para ir aumentando nuestro ritmo es el irse marcando metas periódicas respecto al ejercicio que realizamos, pero éstas deben ser realistas y no llevarnos a un sobre esfuerzo que perjudicaría nuestra salud.¹⁶

Es muy importante mantener la regularidad a la hora de realizar cualquier ejercicio, incluso tras cambios importantes en nuestro estilo de vida, como por ejemplo: un cambio de domicilio o de trabajo, acabar un ciclo académico, salir de vacaciones o realizar un viaje de trabajo, ya que los beneficios adquiridos durante la actividad física disminuyen con rapidez provocando la aparición a corto plazo de las consecuencias del sedentarismo

¹⁵ <http://www.clara.com.mx/antiores.html>

¹⁶ <http://www.ahorasalud.com>

4.4 Hábitos Alimenticios.

El estilo de vida de las personas evoluciona constantemente y esto influye en su salud. La salud es una consecuencia del estilo de vida que se practica y no una circunstancia del azar. Una de las causas que generalmente conduce al desarrollo de patologías es una deficiente alimentación: la calidad, la cantidad de nuestra comida y los hábitos alimenticios deciden nuestro bienestar.

La OMS define nutrición como la acción de introducir en el organismo las sustancias necesarias (denominadas nutrientes) para desarrollar las actividades vitales; sin embargo hoy en día lo que realiza el ser humano es alimentarse, es decir, ingerir alimentos que contiene teóricamente las materias adecuadas para nutrirse.

Si bien ambos conceptos nutrición y alimentación están íntimamente vinculados, generalmente ocurre que nos alimentamos sin nutrinos

En la actualidad, la alimentación depende de diversos factores como el social, el psicológico, el económico, el religioso o el cultural que determinan la posibilidad de consumir una dieta apropiada; para el hombre y para la mujer de hoy en día, el hecho alimentario es un continuo conflicto que se puede resumir con una simple cuestión: ¿Qué debemos comer? Frente al dilema entran en juego los mensajes externos que aportan tanto la cultura y la tradición (fruto de la experiencia ajena) como la propia experiencia.¹⁷

Los hábitos o prácticas alimenticias, son patrones conductuales específicos que involucran una amplia variedad de conductas que están relacionadas con la selección, manejo y consumo de los alimentos. Estas conductas a la vez se encuentran relacionadas por otros factores de índole social o individual, en donde el desarrollo histórico y/o cultural juegan un papel importante sobre la caracterización del tipo de dieta particular que se consume.

Desafortunadamente en los últimos años la alimentación de los mexicanos ha variado notablemente; los buenos alimentos tradicionales se consumen cada vez menos, al tiempo que aumenta la oferta de alimentos industrializados que perjudican la salud, como por ejemplo:

- Productos que contienen conservadores (productos enlatados)
- Productos con alto contenido de azúcares (como por ejemplo el refresco)
- Productos con alto contenido de grasas (tocino, mantequilla, manteca)
- Productos elaborados sintéticamente (papas fritas)

¹⁷ Ibidem.

Este cambio en la alimentación ha sido en gran parte resultado de los medios masivos de comunicación; ya que por medio de la radio, televisión y cualquier otra forma de publicidad fomentan el consumo de alimentos industrializados que carecen de propiedades nutritivas.

El público está siendo bombardeado por mensajes muy heterogéneos y de etiología muy dispar. La sociedad, por ejemplo, pide un cuerpo esbelto incompatible con las necesidades nutricionales recomendadas.

Además, estamos en un momento en el que comer se concibe como una fuente de placer. Este placer también lo relacionamos con actos de sociabilización como son las comidas de negocios o los eventos familiares. En estas ocasiones, la comida no responde a una necesidad física sino al mero deleite.¹⁸

En este caso la intervención del psicólogo de la salud es proporcionar información y herramientas a los individuos para modificar sus hábitos alimenticios, haciendo hincapié en que la alimentación más que una necesidad social es una necesidad fisiológica que conlleva a presentar riesgos o beneficios a la salud.

La información proporcionada por el profesional de la salud debe sensibilizar al individuo o a la población acerca de los beneficios que una buena alimentación proporciona al desarrollo del individuo.

Para que un individuo tenga un buen desarrollo biológico, psicológico y social debe incluir en su alimentación elementos indispensables como son las grasas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales y proteínas.

Esto significa que debe contener alimentos de todos los grupos, aproximadamente:

50% de carbohidratos (pan, tortilla, pastas, cereales, leguminosas y algunas frutas)

30% de proteínas (carne, pescado, huevo, leche y sus derivados)

20 % de grasas (tocino, mantequilla, cacahuete, almendras y algunos quesos)¹⁹

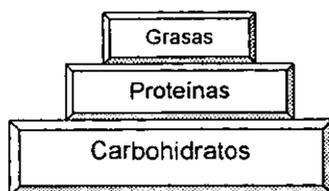


Fig. 8 Grupos alimenticios

¹⁸ <http://www.ahorasalud.com>

¹⁹ Ibidem.

Así pues, comprender el hecho alimentario es muy complicado. Es necesario buscar un equilibrio entre lo que tenemos a nuestro alcance y las necesidades fisiológicas. Este equilibrio es imprescindible ya que la población, pese a ser cada día más sedentaria, no es proclive a modificar los aportes energéticos. Por ello, el conocimiento de los alimentos es necesario para planear una buena alimentación que suministre los elementos nutritivos que el cuerpo necesita para funcionar en plenas condiciones de salud.

Para ayudar a mantener una buena salud, es importante realizar regularmente una actividad física y tener una buena alimentación. Actualmente una de las principales preocupaciones del psicólogo de la salud es intervenir en un primer nivel de atención para lograr que la gente cambie sus hábitos de vida insalubres con el fin de mejorar su calidad de vida.

Con base en la información de los capítulos anteriores el presente trabajo aborda el desarrollo de un estudio comunitario realizado en una colonia al sur de la Ciudad de México en donde se identificaron factores de riesgo y factores protectores de la salud en el estilo de vida de las personas; interviniendo, mediante una estrategia de sensibilización de los factores de riesgo identificados como de mayor relevancia: Sedentarismo y Hábitos alimenticios inadecuados.

5. METODO.

Para hacer el análisis de las experiencias que se presentan en este trabajo, y con base a los objetivos del Internado en Psicología General se plantean las siguientes etapas:

5.1 Diagnóstico comunitario.

Mapeo de la zona
Diagnóstico situacional
Búsqueda de información en el INEGI y Centro de Salud
Toma de fotografías
Aplicación de los instrumentos

Entrevista Individual, la cual consta de: datos generales, miembros que componen la familia y viven en su casa, años de vivir o trabajar en el lugar, opinión de la comunidad (favorable – desfavorable), lo que mas le gusta de su comunidad y los problemas que encuentra en ella, organizaciones (salud, educativas, recreativas), servicios con que cuenta la comunidad, así como si los utiliza o no, e interés por participar en actividades para el mejoramiento de su comunidad. (**Ver anexo 1**)

Evaluación de estilos de vida (Skinner, 1985)

Esta prueba se realizó en estados Unidos y se contesta por medio de microcomputadoras.

En estados Unidos y Canadá la confiabilidad para este instrumento, es la consistencia que los individuos muestran de una respuesta, hacia elementos en una única ocasión (consistencia interna) o a través de dos ocasiones (test – retest). El reciente estudio de test – retest de CLA (Skinner, Palmer, Sánchez – Craig & McIntosh, 1987), comprueban que las correlaciones reflejan la estabilidad entre las dos pruebas para la evaluación de los pacientes. Utilizando la prueba T, se observó que no hay diferencias significativas; en la mayoría de los casos la media de la primera y la segunda prueba eran virtualmente idénticas. Se presentó un alto nivel de consistencia entre las dos .92 y una Kappa de .74. los factores de el estilo de vida pueden ser muy confiables y fácilmente recabados usando microcomputadoras.

En lo referente a la validez, si hay diferencias entre los datos que se reciben en las computadoras y los resultados médicos, observándose que son o pueden ser más confiables en algunas categorías en la computadora, ya que los individuos dan una información mas detallada acerca de áreas sensitivas a las computadoras que al personal médico, por ejemplo: Situaciones sexuales, en mujeres; consumo de alcohol, etc.,

Otra ventaja de las microcomputadoras es el bajo costo, así como el hecho de que situaciones que el personal médico no toma en consideración por la falta de información proporcionada por el paciente, la microcomputadora si los tiene; un aspecto final es la latencia de respuesta, para detectar respuestas inconsistentes o inexactas. En el campo de la personalidad la latencia de respuesta son los mejores predictores de si un individuo cambiara sus respuestas en una pregunta del retest.

Cuando se tiene la latencia de respuesta en niveles altos, se puede emplear la pregunta de otra forma, para incrementar la exactitud de la respuesta.

En realidad la mayor validez del cuestionario de estilos de vida, es la importancia social que esto representa, al ser el tipo de vida que un sujeto tiene, un factor muy claro e importante para predecir y saber la realidad de vida de este.

Este cuestionario consta de 84 reactivos que tienen como objetivo detectar factores de riesgo en diferentes áreas de la vida cotidiana del sujeto. Estos 84 reactivos se dividen en nueve categorías²⁰ (Ver anexo 2)

- Uso de medicamentos y cuidado médico, que evalúa el chequeo odontológico, chequeo médico, chequeo de presión, uso de medicamentos si respetar la prescripción médica, interés de un cambio en el cuidado médico (4 reactivos)
- Nutrición y hábitos alimenticios, que evalúa el consumo de comida frita, uso de manteca, uso de sal, consumo de comida chatarra, cantidad de refrescos ingeridos, consumo de alimentos con fibra, consumo de café, preocupación por la alimentación, interés de un cambio en la alimentación (10 reactivos)
- Actividad física, que evalúa la actividad física, uso de escaleras, día típico de trabajo, trabajos fuertes o pesados, tiempo para ver la TV o jugar juegos de video, preocupación por la salud en cuestión al ejercicio (6 reactivos)
- Sueño, que evalúa el numero de horas de sueño, problemas para dormir, problemas para volver a dormir si se despierta por la noche, pérdida de sueño por preocupaciones, percepción del tiempo de sueño, preocupación por el tipo de sueño, interés de un cambio en el estilo de dormir (7 reactivos)
- Relaciones sociales, que toma en consideración el numero de amigos o parientes, visita a parientes o amigos, satisfacción por el apoyo, sentirse valioso, pertenecer a un grupo religioso, pertenecer a un grupo social, interés de un cambio en las relaciones sociales o en la comunidad (8 reactivos)
- Interacción familiar, que evalúa la satisfacción con la familia, compartir con la familia, amor en la familia, que pasa en la familia, solución de problemas, saber que va a pasar si se hace algo mal, decir cosas que molestan, reglas en la familia, si la familia dirige la vida del sujeto, si se escuchan entre ellos, la aplicación de castigos justos, saber que pasa si alguien esta enojado o serio, libertad para hablar, abuso físico, abuso sexual, y si recibió ayuda en cualquiera de los dos casos, preocupación por un abuso físico, interés de cambio (19 reactivos)

²⁰ El Cuestionario de Estilos de Vida se aplicó de manera personal en los sujetos de estudio.

- Trabajo y uso del tiempo libre, que evalúa la satisfacción con el tiempo libre, satisfacción con el descanso, satisfacción con el tiempo que tiene para todas sus actividades, interés de cambio, satisfacción con el trabajo actual, estrés o presión por el trabajo, interés en un cambio (6 reactivos)
- Situación emocional, que evalúa los momentos de felicidad, de calma, nervios, tristeza, depresión, estrés, dificultad para reír, sentirse con poca energía, placer por lo que se tiene, interés de un cambio en su situación emocional (10 reactivos)
- Consumo de sustancias, que evalúa si el sujeto fuma, tiempo de fumar, número de cigarrillos al día, si considera estar fumando mucho, preocupación por fumar, si le sería difícil dejar de fumar, consumo de drogas, tipo de droga que consume, preocupación de la salud por el consumo de estas, interés de un cambio en estas situaciones (12 reactivos)

5.2 Intervención

Análisis de resultados del diagnóstico.- Analizar la información que se recabó por medio de los cuestionarios utilizados, analizando tanto la información formal como informal.

Identificación de problemas. Realizar un análisis de la información recabada para la detección de los principales problemas y necesidades identificados y reportados por los miembros de la comunidad.

Desarrollo de una breve intervención.- Considera la información obtenida mediante el diagnóstico para la elaboración y aplicación de un programa enfocado a las problemáticas identificadas como más importantes en la comunidad, buscando que sea funcional para esta.

Búsqueda bibliográfica.- recabar información que sea de utilidad para entender las situaciones que se viven en la comunidad y dar opciones realistas y claras a los problemas.

Preparación de material didáctico.- preparar un material que contenga información acerca de las principales problemáticas encontradas en la comunidad (sedentarismo y malos hábitos alimenticios), considerando las características de ésta con el objetivo que la información sea clara y útil para la población.

Difusión de material didáctico. Debido a que la intervención consistió en proporcionar información a la comunidad a través de trípticos, la difusión de este material se realizó directamente en el hogar de las personas. **(Ver anexos 3 y 4)**

Elaboración de cuestionarios de evaluación.- Preparar cuestionarios que lleven al análisis claro de los objetivos iniciales de la intervención; estos cuestionarios deben ser claros y precisos

5.3 Evaluación.

Elaboración y aplicación del Cuestionario.

Cuestionario de Detección de Conocimientos.- Consta de 10 reactivos de tipo falso – verdadero; este instrumento se aplicó antes y después de la entrega de trípticos (Pre – Post) para saber si existían diferencias en los conocimientos que los individuos presentaban antes y después de la información proporcionada en los trípticos. (**Ver anexo 5 y 6**)

Cuestionarios de Satisfacción.- Constan de 5 reactivos tipo Lickert, para evaluar el grado de satisfacción de la población con respecto a la información proporcionada en cada uno de los trípticos (**Ver anexos 7 y 8**)

Análisis de los Cuestionarios.

El análisis de los resultados obtenidos en los cuestionarios fueron en base a las frecuencias absolutas, observando si existían diferencias en los conocimientos que los sujetos presentaban antes y después de la información proporcionada a través de los trípticos.

A partir del análisis de las experiencias durante el estudio comunitario se realizaron una serie de propuestas que faciliten y mejoren los programas de intervención comunitaria, identificando los alcances y limitaciones que se presentaron durante el diagnóstico, intervención y evaluación e integrando alternativas que puedan apoyar a otros trabajos en Atención primaria a la salud.

6. RESULTADOS

6.1 Diagnóstico Comunitario.

Dentro del proceso de diagnóstico se realizó un mapeo de la zona, un diagnóstico situacional, así como la aplicación de la Entrevista Individual y el Cuestionario de Estilos de Vida.

La información obtenida por medio de la Entrevista Individual fue: Datos generales de la población (edad, sexo, número de miembros que integran la familia, etc.), ubicación geográfica, características de la zona (población, obras de vialidad, obras hidráulicas, viviendas, servicios de limpieza, servicios comerciales. Alumbrados y vías de comunicación, áreas recreativas y culturales, instituciones escolares y niveles de alfabetización, servicios de salud y líderes).

Datos generales

La aplicación de cuestionarios se realizó a una población de 80 sujetos de edades entre 18 a 50 años.

El 80% de las entrevistas se realizaron en viviendas y el 20% en comercios.

El 65% corresponde al sexo femenino y el 35% al sexo masculino, cuyas edades oscilan entre los 18 a 50 años.

Ubicación geográfica

La colonia Pedregal de Santa Ursula Coapa se encuentra localizada al sur de la Ciudad de México dentro de la Delegación Coyoacán, delimitada al norte por la Av. Popocatepetl, al sur con la Av. Alejandro y Av. Estadio Azteca, al este con la calle San Manuel, al oeste con Av. Guillermo.

El área de estudio se encuentra delimitada

Las calles donde se llevaron a cabo las entrevistas fueron:

- San Victorio
- Santo Tomás
- San Macario

Características de la zona

Población

La colonia cuenta con una población total de 8,638 habitantes, de los cuales 4193 son población masculina y 4,445 son población femenina.

La población se encuentra distribuida dentro de los siguientes rangos de edad: 0-4 años, 5-14 años, 15-49 años, 50-59 años, 60-65 años.

Obras de vialidad

La zona cuenta con pavimentación aunque no en buen estado, la presencia de cascajo y material de construcción sobre las banquetas impiden el que la gente las utilice.

Obras hidráulicas

La colonia cuenta con obras de drenaje, sin embargo la falta de mantenimiento ha ocasionado problemas como:

Mal estado de las rejillas, ocasionando accidentes automovilísticos y a transeúntes.

Obstrucción de coladeras debido a la gran cantidad de basura que la gente de la comunidad arroja.

Viviendas

La zona se encuentra integrada en su mayoría por casas habitación de las cuales 1335 son casas propias y 175 son rentadas, la mayoría cuenta con piso de cemento (1471), paredes de tabique (1703) y techos de losa (1302) (INEGI, 1995)

Servicios de limpieza

El servicio de limpieza es eficiente ya que el camión recolector realiza su recorrido por la zona a diario, sin embargo los miembros de la comunidad tiran basura en las calles, lo que provoca que se encuentren sucias y que exista fauna nociva como: ratas, perros, etc.

Servicios comerciales

Dentro de la colonia existen diversos comercios como son: tiendas de abarrotes, misceláneas, cremería, pollería, servicio automotriz, hojalatería y pintura, recaudería, consultorio dental, estética, materiales de construcción, tienda naturista, laboratorio de análisis clínicos, papelería, cancelería de aluminio y vidrio, mercado sobre ruedas y mercado fijo.

Alumbrado y vías de comunicación

Las calles cuentan con servicio de alumbrado público, sin embargo existen algunas zonas en donde el alumbrado es insuficiente. La principal vía de comunicación es la Av. Santa Ursula, ya que se conecta con otras avenidas importantes, además de contar con servicio de transporte continuo y suficiente.

La zona cuenta con líneas telefónicas privadas, así como con servicio de teléfonos públicos distribuidos adecuadamente.

Áreas recreativas y áreas culturales

Las organizaciones recreativas y culturales con que cuenta la zona son:

Deportivo Zapata
Deportivo Huayamilpas
Deportivo Santa Ursula
Deportivo Durango
Centro Femenil
Parques
Gimnasio Ajusco
SECOI

Instituciones escolares y niveles de Alfabetización

Dentro de la colonia se encuentran las siguientes instituciones educativas:

Jardín de niños Nieves
Jardín de niños dentro del Centro Femenil
Primarias: López Mateos, Basurto, Librado, Gabriela Mistral y Suazilandia.
Secundarias: Diurna 157, Diurna 30 y Técnica 67

Servicios de Salud

Centro de Salud Santa Ursula.
Centro Doctor Roviroso
Centro Familiar

Líderes

En base a la información recabada en las entrevistas no se identificaron líderes formales.

Entrevista Individual y Cuestionario de Estilos de Vida.

De la información obtenida en los cuestionarios aplicados para el diagnóstico de la zona se puede observar lo siguiente:

a) Entrevista individual

Datos generales.- De la aplicación de la Entrevista Individual la información obtenida de las 80 entrevistas realizadas fue la siguiente: el 80% se realizó en viviendas y el 20% a comercios, de los cuales el 65% de las personas corresponde al sexo femenino y el 35% al masculino cuyas edades oscilan de los 18 a los 50 años, de los cuales el 75% cuentan con un nivel de educación Secundaria y el 25% con un nivel de Bachillerato o Licenciatura.

El 30% de las familias esta constituida por menos de 4 miembros y el 70% por más de 4 ; el 25% de las mismas cuenta con niños de 0 a 12 años; el 30% con adolescentes de 13 a 19 años; el 40 % con adultos jóvenes de 19 a 30 años; el 96% con adultos de 31 a 50 años y el 35% con adultos mayores de 51 años o más. Figura 9

El 70% de las personas entrevistadas reportan que al menos 2 de los miembros de su familia cuentan con remuneración económica. El 32% tiene de 10 a 19 años de habitar o trabajar en la zona.

El 100% la población entrevistada accedió a participar en actividades para mejorar su estilo de vida.

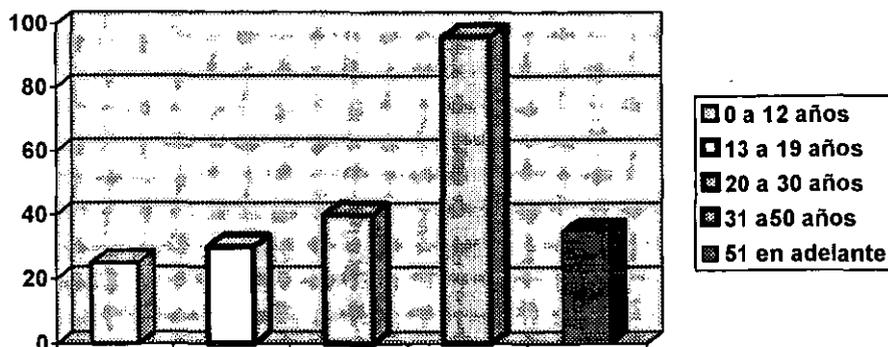


Fig. 9 Rangos de edad correspondientes a las familias de los entrevistados.

b) Cuestionario de Estilos de Vida

Cuidados Médicos. - En esta categoría podemos observar que el 57% de la población acude regularmente al Dentista y al médico para un chequeo general. Sin embargo el 38% de la población restante están contemplando realizar un cambio en esta área.

Nutrición y Hábitos Alimenticios. - En este rubro la mayoría de las personas (87%) reporta que la comida frita y la comida chatarra forman parte de sus hábitos alimenticios, además el 60% de las personas consumen sal en exceso; sin embargo la población cuenta con ciertos factores protectores como son el consumo de alimentos altos en fibra (37%) y el 40% presenta un consumo moderado de refresco (1 a 3 semanales). A pesar de esto el 75% de las personas no sienten preocupación en su forma de alimentarse ni están pensando en hacer cambios en sus hábitos alimenticios.

Actividad Física. - En cuanto a la actividad física podemos decir que el 92% de las personas reportan no realizar actividad física regularmente, además el 62% mira televisión alrededor de 10 horas diarias; sin embargo, el 20% realiza actividades como subir escaleras y caminar. A pesar de esto el 80% de las personas no están preocupados en su salud por no realizar ejercicio y no están pensando en hacer algún cambio.

Hábitos de sueño.- En general la población presenta hábitos de sueño adecuados, ya que el 79% reporta que duerme en promedio 8 horas diarias, aunque en algunas ocasiones el 35% de las personas presenta algún problema para dormir cuando se encuentran tensos o preocupados. Esto no repercute en su salud por lo tanto no están pensando en realizar cambio alguno.

Relaciones Sociales.- El 90% de la población reporta no pertenecer a organizaciones sociales; sin embargo, el 97% reporta una interacción social frecuente, sintiendo satisfacción tanto por sus relaciones sociales como por el valor y el amor que los demás les demuestran, el 85% reporta pertenecer a algún grupo religioso o se encuentra en contacto con la Iglesia, por ello no desean realizar ningún cambio en cuanto a su interacción social.

Interacción Familiar.- La mayoría de la gente 95% informo estar satisfecho con la comunicación, la interacción y el amor que existe entre los miembros de su familia, además el 100% de las personas no presentan problemas de abuso físico ni sexual; por lo tanto no desean hacer cambio alguno en lo que respecta a la interacción familiar.

Trabajo.- En lo que respecta al trabajo, el 95% de las personas están satisfechas con el trabajo que realizan; sin embargo el 40% se encuentra expuesto a situaciones de estrés y presión al hacer su trabajo. Solo al 17% de las personas les interesaría realizar un cambio en esta área.

Uso del Tiempo Libre.- Las personas expresan estar satisfechas con el tiempo libre y las actividades de descanso que realizan (90%), así mismo el 85% de las personas reportan que existe un equilibrio entre el tiempo que tienen para convivir con su familia y el tiempo que tienen para si mismos; sin embargo el 16% desea realizar un cambio.

Consumo de sustancias.- En esta categoría el 86% de la población reporta no consumir tabaco, mientras que el 14% lo consume ocasionalmente; en lo que respecta al consumo de drogas el 100% reporta no consumirlas, y el 85% de las personas reporta no consumir alcohol a pesar de que existe una disponibilidad de las mismas dentro de la comunidad. Por ello el 95% de la población no esta pensando en realizar algún cambio.

Salud Emocional.- En esta categoría la gente reporta sentirse estresada (42%) y en ocasiones deprimida (36%) a pesar de esto no se les dificulta reír además de sentirse felices y que la vida les brinda placer (85%); por lo tanto el 98% de la población no esta pensando en realizar algún cambio.

Como se observa en la Fig. 10 en el Cuestionario de Estilos de Vida el mayor porcentaje de factores de riesgo a los que está expuesta la población entrevistada se encuentra en las áreas de Alimentación y Actividad física; por ello se decidió realizar una intervención con base a estos rubros.

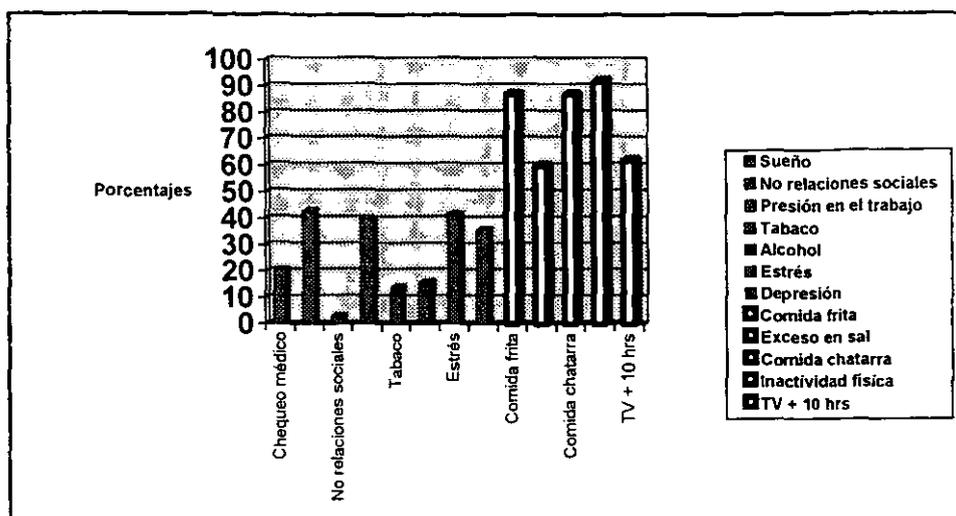


Fig. 10 Porcentajes de factores de riesgo encontrados en la población.

6.2 INTERVENCION.

Basado en el Cuestionario de Estilos de Vida y debido a que la población no consideraba como factor de riesgo a su salud el no realizar ejercicio y contar con malos hábitos alimenticios; además considerando la baja respuesta de participación de los miembros de la comunidad en la primera etapa del estudio, se decidió como medio de sensibilización hacia el problema el uso de trípticos con el fin de motivar a las personas a realizar un cambio en aquellos factores que ponen en riesgo su salud, ya que es un medio sencillo, claro y atractivo para proporcionar información útil a la comunidad en relación al problema de sedentarismo y malos hábitos alimenticios.

Para la difusión de los trípticos se tomo en cuenta únicamente las 80 personas (52 mujeres y 28 hombres) encuestadas ya que estas fueron las únicas dispuestas a participar en la lectura y a responder los cuestionarios.

6.3 RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

A las personas que se les entregaron los trípticos se les aplicaron dos cuestionarios (cuestionario de detección de conocimientos y Cuestionario de Satisfacción), de los cuales se obtuvo la siguiente información:

a) RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE CONOCIMIENTOS PRE y POST

Como podemos observar en la figura 11, con respecto al Pretest, 7 de 10 preguntas se encuentran por debajo del 10% de aciertos; sin embargo en las preguntas 1 y 5 el porcentaje de aciertos fue del 30% y en la pregunta 7 fue del 20% de aciertos.

Los niveles de aciertos alcanzados por el Postest se encuentran ubicados del 50% al 95% con una mediana de 78%; el porcentaje de los reactivos 5,6,8,9 y 10 se encuentra arriba del 80% de aciertos; sin embargo los reactivos 2 y 3 obtuvieron puntajes cercanos al 50% de aciertos

Los porcentajes alcanzados en el Postest son mayores por lo menos en un 56% a los porcentajes obtenidos en el Pretest.

De acuerdo a estos porcentajes podemos observar que la lectura de los trípticos fue efectiva para modificar el nivel de conocimientos de la población con respecto a la alimentación y al ejercicio.

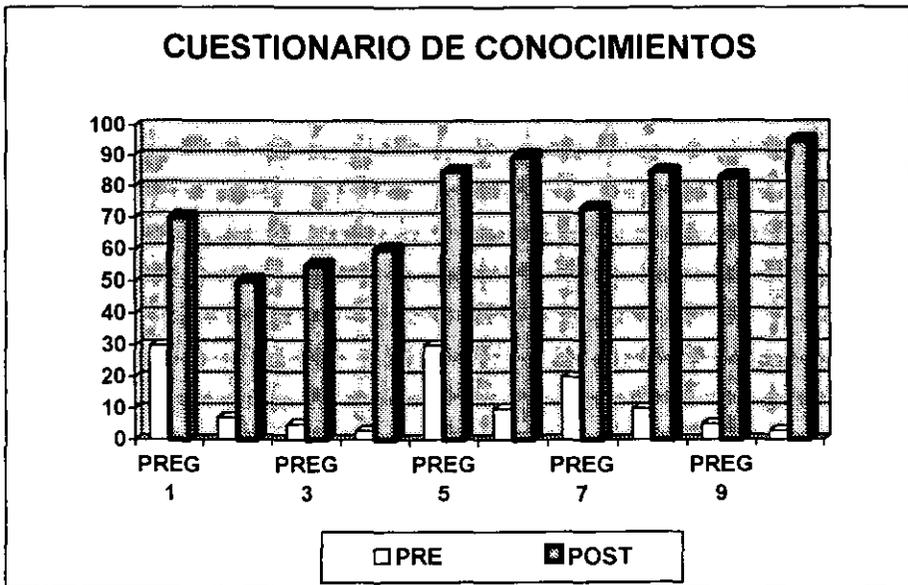


Fig. 11. Porcentajes de aciertos obtenidos en el Cuestionario de Detección de Conocimientos (Pretest y Postest), n= 80.

b) RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN.

Como se puede observar en la Figura 12 el 100% de las personas entrevistadas reporto que la información proporcionada por ambos trípticos es clara y precisa; el 80% de la población piensa que la información del tríptico lo ha hecho pensar

sobre sus hábitos alimenticios y su actividad física; además, el 85% de las personas cree que la información proporcionada por el tríptico de alimentación le será útil en su vida cotidiana y el 90 % tiene la misma opinión con respecto al tríptico de actividad física; el 90% de la población cree que podría poner en práctica la información que recibió en ambos trípticos. El 100% de la población reportó que ambos trípticos son informativos.

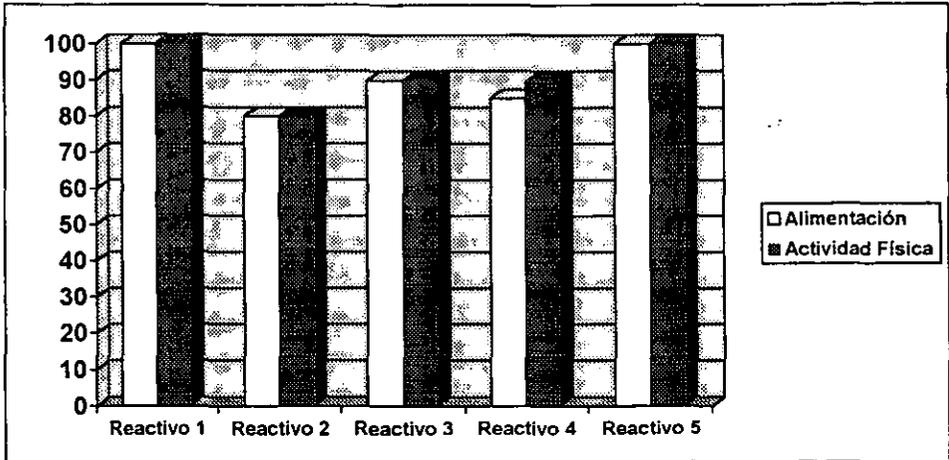


Fig. 12 Porcentajes obtenidos por los Cuestionarios de Satisfacción.

7. DISCUSIÓN.

7.1 Diagnóstico.

Por medio del diagnóstico obtenido del mapeo, información otorgada por el INEGI, el centro de salud y las entrevistas realizadas en la comunidad se buscaron cuales eran los principales factores de riesgo y protectores existentes en dicha comunidad.

En la zona estudiada predomina la población femenina y las edades oscilan entre los 18 a 50 años.

De la información obtenida con el Cuestionario de Estilos de vida se pudieron identificar los factores de riesgo y factores protectores predominantes de la zona siendo de mayor relevancia los factores de riesgo en las áreas de Nutrición y Hábitos Alimenticios y Actividad física, encontrándose que la población tiene un consumo alto de comida frita, sal y comida chatarra en su alimentación diaria, mientras que en el rubro de actividad física los principales factores encontrados fueron el no realizar actividad física regular y el observar televisión en un promedio mayor a las 10 hrs. diarias.

Una de las razones para que se presenten estos problemas es que aún cuando la población cuenta con áreas recreativas para poder realizar actividades deportivas estas no son utilizadas pues la gente reportó que en su mayoría estas instalaciones son utilizadas por las "banditas" existentes dentro de la comunidad, así también el que las personas reportaron no estar preocupadas por su forma de alimentarse y de no realizar ejercicio.

Se presentan problemas de estrés, existe presión en el trabajo y la pérdida de sueño cuando hay situaciones estresantes; sin embargo, en general hay satisfacción laboral, satisfacción con el tiempo libre y calidad en el sueño, además de que estas problemáticas se presentan en menos del 40% de la población, por lo tanto no representa un riesgo mayor a la población.

Durante la realización del diagnóstico se pudieron detectar ciertas limitaciones tanto en el tiempo que se contaba para realizarlo así como con los instrumentos, ya que la participación de la gente se llegó a ver limitada pues expresaron que no contaban con el tiempo suficiente para poder contestar a dichos cuestionarios.

7.2 Intervención.

Posterior al análisis del diagnóstico se decidió intervenir en los problemas de hábitos alimenticios inadecuados y sedentarismo, debido a que la mayoría de la población no tenía conocimiento de los daños causados por no tener buenos hábitos tanto en la alimentación como en el ejercicio.

En esta intervención se buscó proporcionar información práctica y útil que sensibilizara a la población acerca de los beneficios que conlleva el tener buenos hábitos, así como también las consecuencias de no tenerlos. El hecho de hacer una intervención a nivel de sensibilización fue dada por el Modelo de Cambio propuesto por Prochaska y Diclemente en 1982, en donde plantean que para que un individuo llegue a realizar un cambio en su conducta es necesario que éste tenga conciencia acerca del problema que está presentando y a partir de ahí pueda pensar en un cambio y llegar a realizarlo.

La información se maneja por medio de trípticos dentro de los cuales se plantearon los beneficios de realizar ejercicio y de tener buenos hábitos alimenticios, así como información general acerca de los alimentos que conforman los distintos grupos alimenticios.

7.3 Evaluación.

Dentro de la evaluación se buscó investigar cual era la información con la que contaba la población acerca del contenido de los trípticos, esto por medio de un pretest y observar si existía un incremento en los conocimientos después de la lectura de los trípticos (postest).

El incremento del conocimiento a través de los trípticos es observado en los resultados obtenidos en el postest los cuales demuestran que los trípticos funcionaron como medio para sensibilizar a la población ofreciendo la información específica respecto al tema que se desea tratar.

Con lo que respecta a los porcentajes de aciertos obtenidos en el postest por los reactivos 1 y 5 del pretest, que se refieren a el conocimiento de los grupos alimenticios y el saber si una buena alimentación previene enfermedades como la osteoporosis etc. respectivamente, son mayores probablemente debido a que la población se encuentra expuesta a esta información cotidianamente a través de diversos medios, como pueden ser la televisión, el radio o algunos carteles expuestos en la calle o en los centros de salud.

La población reporta en los cuestionarios de satisfacción que la información proporcionada en los trípticos es clara y útil, y que lo han hecho pensar en sus hábitos alimenticios y en el ejercicio que realiza.

El uso de trípticos como instrumento de difusión de información es efectivo si se cuenta con el tiempo necesario para realizar este tipo de intervenciones, lo cual también implica el contar con los recursos económicos ya que su difusión es personal y no grupal, lo cual sería una de las ventajas de los mismos ya que la información llega directa al individuo en cuestión.

Toda intervención preventiva es útil cuando se basa en un modelo de cambio, en un diagnóstico específico y a las necesidades identificadas de la población, considerando los recursos con los que cuenta la comunidad así como también la participación que aportan los miembros de la misma.

8. PROPUESTAS.

Las propuestas hechas en el presente trabajo buscan apoyar el desarrollo de programas de intervención comunitaria y las cuales son el resultado del análisis de las experiencias mencionadas con anterioridad.

Estas propuestas son algunos de los elementos con los que pensamos deberían contar las tres principales etapas del trabajo en comunidad.

8.1 Diagnóstico.

- Ψ Delimitación y mapeo de la zona de investigación
- Ψ Obtención de información epidemiológica de la población que se pretende estudiar.
- Ψ Investigación de los problemas de salud más frecuentes en la zona.
- Ψ Selección y elaboración de un instrumento con preguntas claras y precisas para la población seleccionada.
- Ψ Realizar entrevistas que complementen la información recabada por los instrumentos utilizados.
- Ψ Considerar las necesidades reales y sentidas de la población.
- Ψ Selección y elaboración de un instrumento con ítems específicos en relación al problema de salud que se encontró en esa población.
- Ψ Investigación de cuales son los factores protectores y de riesgo, internos y externos que provocan este problema de salud así como ver en qué período de salud – enfermedad se encuentra el mismo. (tríada ecológica)
- Ψ Investigar en qué etapa de cambio se encuentra la población (Etapas propuestas por Prochaska y Diclemente)
- Ψ Trabajar en conjunto con instituciones y/o organizaciones de apoyo social en la comunidad y así fomentar la participación comunitaria.
- Ψ Contar con el tiempo suficiente para realizar detallada y profundamente un estudio comunitario completo.

8.2 Intervención.

- Ψ Desarrollar un programa de intervención partiendo de las necesidades reales y/o sentidas de la comunidad.
- Ψ Contar con el apoyo de los líderes reales o sentidos en la movilización de los integrantes de la comunidad, fomentando interés en el cuidado de la salud.
- Ψ Manejar técnicas de movilización social para fomentar la participación comunitaria.
- Ψ Proporcionar a la comunidad retroalimentación de la información obtenida en el diagnóstico.
- Ψ Elaborar material didáctico atractivo que facilite la asimilación de la información. Como ejemplo de material didáctico de apoyo para instructores en salud, se incluye dentro de este trabajo un manual que proporciona información fácil de asimilar acerca de los problemas encontrados en nuestra

población (ejercicio y hábitos alimenticios), además de que cuenta con dinámicas que proporcionan la participación de la comunidad.

- Ψ Establecer diferentes dinámicas que propicien la participación de los asistentes.
- Ψ Definir y fomentar la participación del Psicólogo de la Salud en la prevención.
- Ψ Contar con entrenamiento y actualización a los profesionales de la salud.
- Ψ Contar con el instrumental y posibilidades económicas para desarrollar los programas.
- Ψ Fomentar e implementar el compromiso e interés de los profesionales de la salud en un complejo multidisciplinario e interdisciplinario.
- Ψ Fomentar la asistencia a los servicios médicos y psicológicos para el cuidado de la salud.
- Ψ Fomentar los sistemas de apoyo social.
- Ψ Promover la responsabilidad social tanto a nivel individual como grupal.
- Ψ Difundir el conocimiento sobre la importancia del cuidado de la salud para proveer de herramientas que facilitan el enfrentamiento en situaciones de riesgo.
- Ψ Promover la atención primaria como medio de protección y promoción de la salud a menor costo y mayor beneficio, además de tomar en cuenta los demás niveles de atención dependiendo el período de salud enfermedad en que se encuentra el problema.
- Ψ Elegir un modelo de educación para la salud y de intervención comunitaria funcional para la comunidad y relacionado con la problemática.
- Ψ Tomar en cuenta modelos existentes para la solución de un problema para hacer más efectiva la intervención.
- Ψ Pilotear el grado de conocimientos con que cuenta la comunidad antes de elaborar la intervención con el fin de hacer más efectiva la información.

8.3 Evaluación.

- Ψ Contar con tiempo suficiente para realizar intervenciones de seguimiento con el fin de evaluar un posible cambio conductual.
- Ψ Disponer de la capacidad de evaluar y analizar los resultados de las intervenciones que se realizan en la comunidad.
- Ψ Aplicar un cuestionario pre – post y un cuestionario de satisfacción para evaluar el impacto de la información proporcionada en la intervención
- Ψ De ser posible pilotear el grado de conocimientos con los que cuenta la población con el cuestionario pre, con el fin de proporcionar la información necesaria para incrementar los conocimientos de la gente y así poder evaluar de manera más confiable los conocimientos adquiridos durante la intervención.
- Ψ Brindar a la comunidad retroalimentación de la información obtenida de los instrumentos durante la intervención.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

9. CONCLUSIONES.

En nuestra experiencia dentro del área de Psicología de la Salud, el objetivo principal fue el de realizar un estudio comunitario con el fin de detectar factores de riesgo y factores protectores existentes dentro de la comunidad. Por medio de un diagnóstico comunitario fue posible detectar dos problemáticas principales: sedentarismo y hábitos alimenticios inadecuados las cuales no representaban problema alguno para sus habitantes, por el hecho de no contar con información de las consecuencias que conlleva el no realizar ejercicio y el no tener hábitos alimenticios adecuados.

El no tener en cuenta estos riesgos nos lleva a sufrir una serie de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial o la osteoporosis, que además de ser enfermedades costosas por los tratamientos requeridos podemos prevenirlas cambiando aquellos comportamientos que no son adecuados y que disminuyen nuestra calidad de vida.

Es por ello que a través de una intervención se sensibilizó a la población acerca de las consecuencias de estas problemáticas tomando en cuenta el Modelo de Cambio de Prochaska y DiClemente (1982) donde se buscó que la población entrara en una etapa de Precontemplación, que es el obtener información acerca de los comportamientos inadecuados presentes en su vida diaria que pueden afectar a su salud, sin incitar al individuo a realizar un cambio, esperándose que una vez teniendo esta información pase a la etapa de Contemplación, donde sólo se piensa en realizar un cambio pudiendo llevarse a cabo o no.

Además debido a las características presentadas por la población en el diagnóstico, el tríptico es uno de los mejores medios para sensibilizar a la población, ya que si se utilizaba otro tipo de intervención como por ejemplo el impartir una plática, la gente al no tener presente que contaban con factores de riesgo a su salud, no acudirían a recibir la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Aiken, L. (1996). Tests Psicológicos y Evaluación. Ed. Pentice- Hall. México
- Ander- Egg, (1994).
- Aranda, J.M. (1994). Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Ed. Díaz de Santos. España.
- Alvear, G., Villegas, J. (1996- 1997). Salud Pública IV. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. México.
- Berruecos, B.; Castro, S.; Díaz- Leal, A.; Medina- Mora, M.; Reyes del Olmo, P. (1994). Curso básico sobre adicciones. Fundación Ama la vida I. A. P., Centro contra las adicciones. D.F. México.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T. (1994). Epidemiología Básica. Ed. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
- Cabrera, M. Teresa.(1997). Comportamiento de riesgo en la adolescencia – juventud. Fundamentos y normas para la prevención de accidentes. Universidad Panamericana. Escuela de Pedagogía.
- Catalano y Bronfrenber, . (1974). Ecología social. Ed. Nueva Imagen. México.
- Colegio Oficial de Psicólogos. Psicología clínica y de la salud. Obtenido de la web 03/ 03/01. <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. (1978), Alma Ata. URSS.
- Costa, M., López, E. (1986) Salud Comunitaria. Ed. Martinez Roca. España.
- Escalante, R.; Miñano, M. (1967). Investigación, organización y desarrollo de la comunidad. Ed. Oasis.
- Fernandez- Ballesteros, R. (1996). Evaluación de programas una guía práctica en ámbitos sociales educativos y de salud. Ed. Síntesis. Madrid.
- Gomezjara, F. (1993). Técnicas de desarrollo comunitario. Ed. Fontamara.
- Hernandez, E. (1994). Introducción a la salud pública. Centro de Investigacion de Ciencias de la salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Obtenido de la web 22/03/01. <http://www.inegi.gob.mx>

- Latorre, J. (1992). Psicología de la Salud. Ed. Lumen Argentina.
- Morales, F. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- National Institute of Mental Health. (1997). A Plan for Prevention Research for the National Institute of Mental Health.
- Pascual, J. M.; Ballester, R. (1997). La práctica de la Psicología de la Salud. Ed. Promolibro Valencia. España.
- Rodríguez, J., Martínez, M., Valcárcel, M. (1989) Psicología Social y Psicología de la Salud.
- Rodríguez, G., Rojas, M. (1998). La Psicología de la Salud en América Latina. Facultad de Psicología. UNAM
- Salleras, L. (1990). Educación Sanitaria. Principios, Metodos y Aplicaciones. Ed. Díaz de Santos. Madrid: España
- San Martín, H. (1992) Salud y Enfermedad. Ed. Científicas la Prensa Médica Mexicana.
- Sánchez - Matos, J. (1994). Los profesores ante las drogas. Fundación de prevención escolar contra las drogas. España.
- <http://www.ahorasalud.com>
- <http://almirallprodesfarma.com/guies/q0.html>
- <http://www.clara.com.mx/anteriores.html>
- <http://www.ssa.gob.mx>

[Handwritten scribble]

ANEXOS.

[Handwritten scribble]

SECCION III. ENTREVISTA INDIVIDUAL

Descripción de la manzana.

Descripción de la calle.

Descripción de la casa.

1. Datos Generales:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Mencione a las personas que componen su familia y viven en su casa (del mayor al menor)

Nombre	Edad	Edo. Civil	Escolaridad	Ocupación	Parentesco	Ingreso

¿Cuántos años tiene de vivir o trabajar en este lugar?

¿Qué opinión tiene de su comunidad? (Totalmente favorable totalmente desfavorable)

¿Qué es lo que más le gusta de su comunidad? (Numere en orden de importancia)

¿Qué problemas encuentra en su comunidad? (Numere en orden de importancia)

¿Qué organizaciones de salud hay en su comunidad? (Enumerar)

¿Las utiliza? Si No

¿Por qué?

¿Qué organizaciones educativas tiene en su comunidad? (Enumerar)

¿Las utiliza? Si No

¿Por qué?

¿Qué organizaciones recreativas tiene en su comunidad? (Enumerar)

¿Las utiliza? Si No

¿Por qué?

¿Qué servicios (tiendas, abarrotes, fotografía, mercados) tiene su comunidad?
(Enumerar)

¿Los utiliza? Si No

¿Por qué?

¿En una segunda etapa del estudio le gustaría participar en actividades para mejorar su comunidad, su estilo de vida o resolver algún problema familiar?

Si

No

SECCION II. EVALUACION DE ESTILOS DE VIDA.

A CONTINUACIÓN VAMOS A HACER JUNTOS UN CUESTIONARIO SOBRE ESTILOS DE VIDA, VAMOS A LEER CADA PREGUNTA Y TRATAR DE DAR LA RESPUESTA LO MAS ADECUADA POSIBLE.

1. En general que tan satisfecho estas con tu familia
 1. Muy satisfecho
 2. Satisfecho
 3. Ni satisfecho o insatisfecho
 4. Insatisfecho
 5. Muy insatisfecho
- Las siguientes preguntas son acerca de tu familia, decide que que respuesta describe mejor a tu familia. Indica si estas muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo
2. Mi familia espera de mi más que el solo compartir
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Muy en desacuerdo
3. Sentimos amor en la familia
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Sentimos amor en la familia
4. Nunca se lo que está pasando en mi familia
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Muy en desacuerdo
5. Resolvemos nuestros problemas en familia aunque estos sean serios
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Muy en desacuerdo
6. En mi familia cuando algo haces mal nunca sabes que te Espera
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Muy en desacuerdo
7. Nos decimos las cosas que nos molestan unos a otros
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Muy en desacuerdo
8. Es difícil decir cuales son las reglas en nuestra familia
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Muy en desacuerdo
9. Mi familia trata de dirigir mi vida
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Muy en desacuerdo
10. Nos tomamos el tiempo para escucharnos unos a otros
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Muy en desacuerdo
11. los castigos son justos en mi familia
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Muy en desacuerdo
12. Cuando alguien de la familia está serio no sabemos si está enojado, triste o asustado.
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Muy en desacuerdo
13. Somos libres de decir lo que pensamos en nuestra familia
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Muy en desacuerdo
14. Algún miembro de tu familia ha sufrido abuso físico
 1. Muy de acuerdo
 2. De acuerdo
 3. En desacuerdo
 4. Muy en desacuerdo
15. Recibió algún tipo de ayuda médica?
 1. Si
 2. No

16. ¿Algún miembro de tu familia ha sufrido abuso sexual?
1. Nunca
 2. Sí, pero no durante los últimos doce meses
 3. Una vez en el último año
 4. Dos veces en el último año
 5. Tres o más veces en los últimos doce meses
17. ¿Recibió algún tipo de ayuda médica?
1. Sí
 2. No
18. ¿Te has sentido preocupado perturbado física o emocionalmente por el abuso físico o sexual que sufrieron en la familia?
1. Sí
 2. No
19. ¿Cuántas tazas de café bebes en una semana normal?
(1 semana = 7 días)
- _____
20. ¿Qué tan a menudo fumas?
1. Nunca
 2. Uno o dos, ocasionalmente
 3. Fumó ocasionalmente en el pasado, pero ya no.
 4. Fumo ocasionalmente
 5. Fumo diariamente
21. ¿Cuántos años en total has fumado?
- _____
22. ¿Cuántos cigarros fumas en un día normal?
- _____
23. ¿Sientes que estás fumando mucho?
1. Sí
 2. No
24. ¿Te preocupa que tu salud se afecte por tu manera de fumar?
1. No me preocupa
 2. Me preocupa un poco
 3. Me preocupa mucho
25. ¿Te sería difícil dejar de fumar por completo?
1. Posiblemente no
 2. Poco difícil
 3. Difícil
 4. Muy difícil
26. ¿En los últimos 12 meses has ido con un dentista a checarte?
1. No
 2. Una vez
 3. Dos o más veces
27. ¿En los últimos 12 meses has ido al doctor para un chequeo?
1. No
 2. Una vez
 3. Dos o mas veces
29. ¿Cuándo fue la última vez que te tomaste la presión
1. Nunca me la han tomado
 2. No lo recuerdo
 3. Hace más de un año
 4. En el último mes
30. ¿Has tomado medicamentos prescritos sin respetar la orden médica, en los últimos 12 meses?
1. Sí
 2. No
31. ¿Has tomado droga ilegal, en los últimos 12 meses?
1. Sí
 2. No
32. ¿Qué tipo de drogas has utilizado?
- _____
33. ¿Te has preocupado por tu salud como resultado del uso de este tipo de sustancias
1. No me preocupa
 2. Me preocupa un poco
 3. Me preocupa mucho
34. ¿Qué tan satisfecho estas con tu trabajo actual?
1. Muy satisfecho
 2. Satisfecho
 3. Insatisfecho
 4. Muy insatisfecho
 5. No trabajo
35. ¿Qué tan seguido estás estresado o presionado por el trabajo-escuela?
1. Nunca
 2. Algunas veces
 3. Seguido
 4. Diario o casi diario
36. ¿Qué tan satisfecho estas con el tiempo libre que tienes para descansar?
1. Muy satisfecho
 2. Satisfecho
 3. Insatisfecho
 4. Muy insatisfecho
37. ¿Qué tan satisfecho estás con tus actividades de descanso en las que participas?
1. Muy satisfecho
 2. Satisfecho
 3. Insatisfecho
 4. Muy insatisfecho

38. ¿Qué tan satisfecho estás con el balance de tu tiempo entre tu Trabajo, persona y vida familiar?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Insatisfecho
4. Muy insatisfecho

39. ¿Durante el mes pasado cuanto tiempo te sentiste una persona Feliz?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Una parte del tiempo
4. Muy poco tiempo
5. En ningún momento

40. ¿Durante el mes pasado cuanto tiempo te sentiste en calma y en Paz?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Una parte del tiempo
4. Muy poco tiempo
5. En ningún momento

41. ¿Durante el mes pasado cuanto tiempo te sentiste muy nervioso?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Una parte del tiempo
4. Muy poco tiempo
5. En ningún momento

42. ¿Durante el mes pasado cuanto tiempo te sentiste triste o apagado?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Una parte del tiempo
4. Muy poco tiempo
5. En ningún momento

43. ¿Durante el mes pasado cuanto tiempo te sentiste deprimido?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Una parte del tiempo
4. Muy poco tiempo
5. En ningún momento

44. ¿Te sientes estresado?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Una parte del tiempo
4. Muy poco tiempo
5. En ningún momento

45. ¿Se te dificulta reír o sonreír?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Una parte del tiempo
4. Muy poco tiempo
5. En ningún momento

46. ¿Te sientes con pocas energías?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Una parte del tiempo
4. Muy poco tiempo
5. En ningún momento

47. ¿En general la vida te brinda placer?

1. Todo el tiempo
2. La mayor parte del tiempo
3. Una parte del tiempo
4. Muy poco tiempo
5. En ningún momento

48. ¿Comes comida frita o refrita? (papas fritas, quesadillas, etc..)

1. Nunca
2. A veces
3. Semanalmente
4. Diariamente

49. ¿Utilizas manteca para preparar tu comida?

1. Nunca
2. A veces
3. Semanalmente
4. Diariamente

50. ¿Agregas sal a tus alimentos?

1. Nunca
2. A veces
3. Semanalmente
4. Diariamente

51. ¿Comes comida chatarra entre comidas?

1. Nunca
2. A veces
3. Semanalmente
4. Diariamente

52. ¿Procuras comer alimentos altos en fibra (pan integral, cereal)?

1. Nunca
2. A veces
3. Semanalmente
4. Diariamente

53. ¿Cuántos refrescos bebes en una semana normal?

54. ¿Te has sentido preocupado por tu salud, debido a la falta de una adecuada alimentación?

1. Sin preocupación
2. Poco preocupado
3. Muy preocupado

55. ¿Cuántos días a la semana participas en actividades físicas, por lo Menos 20 minutos?

56. Usualmente, ¿tan seguido utilizas las escaleras en vez del Elevador, caminas o usas bicicleta en vez de tomar el camión o el Coche?

1. Nunca
2. De vez en cuando
3. La mayoría de las veces
4. Siempre

57. ¿Cuál oración describe mejor un día típico en la escuela o trabajo?

1. Estoy sentado la mayor parte del tiempo
2. Estoy sentado o caminando la mayor parte del tiempo
3. Estoy caminando la mayor parte del tiempo pero no cargo o hago Esfuerzo
4. Cargo o levanto cajas ligeras o subo escaleras

58. Realizo trabajos fuertes (por ejemplo: empujando, moviendo equipos pesados, haciendo tareas pesadas en casa como aspirar)

1. Nunca
2. De vez en cuando
3. La mayoría de las veces
4. Siempre

59. ¿Cuántas horas en una semana normal miras televisión, Videocintas, video-juegos en computadora, etc.?

_____ hrs.

60. ¿Te preocupa tu salud por el tipo de ejercicio que realizas?

1. No me preocupa
2. Me preocupa un poco
3. Me preocupa mucho

61. ¿Cuál es tu estado civil?

1. Soltero
2. Casado o unión libre
3. Separado
4. Divorciado

62. ¿Cuántos amigos o parientes consideras cercanos a ti?

1. Ninguno
2. Uno o dos
3. Tres a cinco
4. Seis o más

63. ¿Cuántos de estos parientes o amigos cercanos a ti, frecuentas por lo Menos una vez al mes?

1. Ninguno
2. Una o dos
3. Tres o cinco
4. Seis o más

64. ¿Qué tan satisfecho te sientes del apoyo que puedes recibir de la gente Cercana a ti?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Insatisfecho
4. Muy insatisfecho

65. ¿Tus amigos y familiares te hacen sentir amado o valioso?

1. No
2. A veces
3. Seguido
4. Siempre o casi siempre

66. ¿Pertenece a algún grupo religioso o estás en contacto con la iglesia?

1. No
2. Si

67. ¿Pertenece a alguna organización o grupo?

1. No
2. Si

68. ¿Cuántas horas acostumbras dormir, (periodo de 24hrs.)?

_____ hrs.

69. ¿Tienes problemas para dormir?

1. No
2. A veces
3. Seguido pero no diario
4. Diario o casi diario

70. ¿Te levantas durante la noche y tienes problemas para volver a dormir?

1. No
2. A veces
3. Seguido pero no diario
4. Diario o casi diario

71. ¿Pierdes el sueño por estar preocupado o tensionado?

1. No
2. A veces
3. Seguido pero no diario
4. Diario o casi diario

72. Con respecto al tiempo que duermes sientes que es:

1. Mucho
2. Es lo correcto
3. No es lo suficiente

73. ¿ Te preocupa tu salud por la calidad del sueño que tienes?

1. No me preocupa
2. Me preocupa un poco
3. Me preocupa mucho

ESTA SECCION FINAL ES PARA CONOCER TU INTERES O DISPOSICIÓN PARA CAMBIAR TU ESTILO DE VIDA EN ÁREAS QUE TIENEN UN POSIBLE RIESGO O PREOCUPACIÓN PARA TI

74. En tu alimentación.

1. No estoy pensando en cambiar
2. He decidido no hacer cambios
3. Posiblemente cambie algún día
4. Pienso cambiar pronto
5. Voy a prepararme para cambiar
6. Estoy listo para empezar
7. Quiero empezar a cambiar

75. En tus relaciones sociales

1. No estoy pensando en cambiar
2. He decidido no hacer cambios
3. Posiblemente cambie algún día
4. Pienso cambiar pronto
5. Voy a prepararme para cambiar
6. Estoy listo para empezar
7. Quiero empezar a cambiar

76. En tu forma de dormir

1. No estoy pensando en cambiar
2. He decidido no hacer cambios
3. Posiblemente cambie algún día
4. Pienso cambiar pronto
5. Voy a prepararme para cambiar
6. Estoy listo para empezar
7. Quiero empezar a cambiar

77. En tu interacción familiar

1. No estoy pensando en cambiar
2. He decidido no hacer cambios
3. Posiblemente cambie algún día
4. Pienso cambiar pronto
5. Voy a prepararme para cambiar
6. Estoy listo para empezar
7. Quiero empezar a cambiar

78. En tu consumo de tabaco

1. No estoy pensando en cambiar
2. He decidido no hacer cambios
3. Posiblemente cambie algún día
4. Pienso cambiar pronto
5. Voy a prepararme para cambiar
6. Estoy listo para empezar
7. Quiero empezar a cambiar

79. En tu consumo de alcohol

1. No estoy pensando en cambiar
2. He decidido no hacer cambios
3. Posiblemente cambie algún día
4. Pienso cambiar pronto
5. Voy a prepararme para cambiar
6. Estoy listo para empezar
7. Quiero empezar a cambiar

80. En tu consumo de drogas

1. No estoy pensando en cambiar
2. He decidido no hacer cambios
3. Posiblemente cambie algún día
4. Pienso cambiar pronto
5. Voy a prepararme para cambiar
6. Estoy listo para empezar
7. Quiero empezar a cambiar

81. En tu cuidado médico

1. No estoy pensando en cambiar
2. He decidido no hacer cambios
3. Posiblemente cambie algún día
4. Pienso cambiar pronto
5. Voy a prepararme para cambiar
6. Estoy listo para empezar
7. Quiero empezar a cambiar

82. En tu trabajo y tiempo libre

1. No estoy pensando en cambiar
2. He decidido no hacer cambios
3. Posiblemente cambie algún día
4. Pienso cambiar pronto
5. Voy a prepararme para cambiar
6. Estoy listo para empezar
7. Quiero empezar a cambiar

83. En tu salud emocional

1. No estoy pensando en cambiar
2. He decidido no hacer cambios
3. Posiblemente cambie algún día
4. Pienso cambiar pronto
5. Voy a prepararme para cambiar
6. Estoy listo para empezar
7. Quiero empezar a cambiar

84. En la comunidad en la que vives

1. No estoy pensando en cambiar
2. He decidido no hacer cambios
3. Posiblemente cambie algún día
4. Pienso cambiar pronto
5. Voy a prepararme para cambiar
6. Estoy listo para empezar
7. Quiero empezar a cambiar

Recuerda que para realizar alguna actividad física, no es necesario ir al gimnasio, dentro de tus actividades cotidianas puedes encontrar diferentes formas de hacer ejercicio, como son el caminar para ir al mercado o a la escuela o el subir escaleras.

Además recuerda que dentro de tu comunidad existen parques y deportivos a los cuales puedes acudir y realizar alguna actividad física, tres días a la semana por lo menos 10 minutos.

**HOY ES EL DIA DE EMPEZAR
A HACER EJERCICIO.!!!!!!**

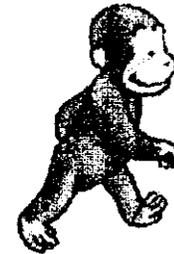


Copyright © by Houghton Mifflin Company 1999

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.
Facultad de Psicología.**

**Psic. Contreras Mejia Carolina.
Psic. Gonzalez Velasco Ruth
Gabriela.**

**ENCAMINA TU SALUD HAZ
EJERCICIO.**



Copyright © by Houghton Mifflin Company 1999

ANEXO 3

- Nuestra alimentación se refleja en nuestro cuerpo.

CUIDEMOSLO NO LO
DESTRUYAMOS!!!!!!



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.

Facultad de Psicología.
Internado en Psicología de la
Salud.

Psic. González Velasco Ruth
Gabriela.
Psic. Contreras Mejía Carolina.

TU MEJOR ALIADO



UNA BUENA ALIMENTACIÓN

ANEXO 4

Cuestionario de Conocimientos. (Pre)

1. Los principales grupos de alimentos que debemos incluir en nuestra dieta diaria son: carbohidratos, proteínas y grasas.

Verdadero **Falso**

2. Dentro del grupo de las grasas encontramos alimentos como la mantequilla, el tocino y las tortillas.

Verdadero **Falso**

3. Dentro del grupo de los carbohidratos podemos encontrar alimentos como las pastas, los cereales y el pan.

Verdadero **Falso**

4. Del grupo de las proteínas (carne, pescado, huevo, etc.) debemos ingerir aproximadamente de 6 a 11 raciones diarias.

Verdadero **Falso**

5. Una buena alimentación previene enfermedades como la osteoporosis, el estreñimiento hasta una simple gripe.

Verdadero **Falso**

6. Considera que el no realizar ejercicio produce algún riesgo a su salud.

Verdadero **Falso**

7. Considera que la falta de ejercicio disminuye los años de vida de una persona.

Verdadero **Falso**

8. El realizar ejercicio regularmente disminuye la posibilidad de sufrir enfermedades crónicas como la osteoporosis , diabetes hipertensión, etc.

Verdadero **Falso**

9. El no tener ninguna actividad física provoca problemas de insomnio y mala digestión.

Verdadero **Falso**

10. Considera que el realizar alguna actividad física en combinación con buenos hábitos alimenticios mejora la calidad de vida de las personas.

Verdadero **Falso**

Questionario de Conocimientos. (Post)

1. El no tener ninguna actividad física provoca problemas de insomnio y mala digestión.

Verdadero **Falso**

2. El realizar ejercicio regularmente disminuye la posibilidad de sufrir enfermedades crónicas como la osteoporosis , diabetes hipertensión, etc.

Verdadero **Falso**

3. Considera que la falta de ejercicio disminuye los años de vida de una persona.

Verdadero **Falso**

4. Considera que el no realizar ejercicio produce algún riesgo a su salud.

Verdadero **Falso**

5. Una buena alimentación previene enfermedades como la osteoporosis, el estreñimiento hasta una simple gripe.

Verdadero **Falso**

6. Del grupo de las proteínas (carne, pescado, huevo, etc.) debemos ingerir aproximadamente de 6 a 11 raciones diarias.

Verdadero **Falso**

7. Dentro del grupo de los carbohidratos podemos encontrar alimentos como las pastas, los cereales y el pan.

Verdadero **Falso**

8. Dentro del grupo de las grasas encontramos alimentos como la mantequilla, el tocino y las tortillas.

Verdadero **Falso**

9. Los principales grupos de alimentos que debemos incluir en nuestra dieta diaria son: carbohidratos, proteínas y grasas.

Verdadero **Falso**

10. Considera que el realizar alguna actividad física en combinación con buenos hábitos alimenticios mejora la calidad de vida de las personas.

Verdadero **Falso**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
Facultad de Psicología.

Instrucciones: *Conteste por favor las siguientes preguntas sobre la información recibida en el tríptico de Alimentación:*
"Tu mejor aliado una buena alimentación"

- 1.- La información del tríptico fue clara y precisa.
 - a) Completamente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Inseguro.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Completamente en desacuerdo.

- 2.- La información del tríptico lo han hecho pensar sobre sus hábitos alimenticios.
 - a) Completamente de acuerdo
 - b) De acuerdo.
 - c) Inseguro
 - d) En desacuerdo.
 - e) Completamente en desacuerdo.

- 3.- Cree que podría poner en práctica la información que recibió.
 - a) Completamente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Inseguro.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Completamente en desacuerdo.

- 4.- Cree que la información le será útil en su vida cotidiana.
 - a) Completamente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Inseguro.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Completamente en desacuerdo.

- 5.- En general el tríptico le parece.
 - a) Informativo.
 - b) Inseguro.
 - c) Poco informativo.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
Facultad de Psicología.

Instrucciones: Conteste por favor las siguientes preguntas sobre la información recibida en el tríptico de Ejercicio:
"Encamina tu salud haz Ejercicio"

- 1.- La información del tríptico fue clara y precisa.
 - f) Completamente de acuerdo.
 - g) De acuerdo.
 - h) Inseguro.
 - i) En desacuerdo.
 - j) Completamente en desacuerdo.

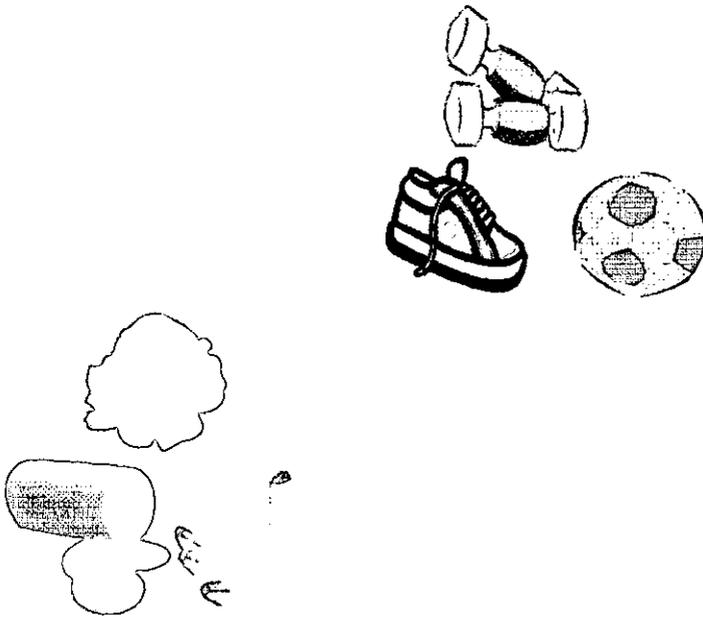
- 2.- La información del tríptico lo han hecho pensar sobre su actividad física.
 - f) Completamente de acuerdo
 - g) De acuerdo.
 - h) Inseguro
 - i) En desacuerdo.
 - j) Completamente en desacuerdo.

- 3.- Cree que podría poner en práctica la información que recibió.
 - f) Completamente de acuerdo.
 - g) De acuerdo.
 - h) Inseguro.
 - i) En desacuerdo.
 - j) Completamente en desacuerdo.

- 4.- Cree que la información le será útil en su vida cotidiana.
 - f) Completamente de acuerdo.
 - g) De acuerdo.
 - h) Inseguro.
 - i) En desacuerdo.
 - j) Completamente en desacuerdo.

- 5.- En general el tríptico le parece.
 - d) Informativo.
 - e) Inseguro.
 - f) Poco informativo.

Encamina tu salud, la **Alimentación**
y el **Ejercicio** tus mejores aliados.



Mejora tu calidad de vida teniendo buenos hábitos alimenticios y
realizando ejercicio regularmente

Manual de Ejercicio y Alimentación
dirigido al Profesional de la Salud

ANEXO 9

La Salud está íntimamente relacionada con lo que los individuos hacen, es decir, con el comportamiento.

Estudios epidemiológicos muestran que en el mundo, un buen número de los problemas y enfermedades están relacionados con comportamientos habituales, rutinarios y frecuentes de las personas. (Fernández-Ballesteros, 1996)

Durante su vida el hombre se expone permanentemente a la acción de una multiplicidad enorme de factores que pueden poner en riesgo su salud "factores de riesgo": permanecer sentado sin hacer ejercicio diario, alimentarse mal, fumar cigarrillos o tomar dulces en exceso, son actividades inocuas que realizadas frecuentemente, como suele ocurrir en nuestro entorno, pueden conducir al padecimiento de diversos problemas y enfermedades.

Sin embargo existen aspectos de medio ambiente que se encuentran en función de los factores de riesgo y que hacen menos probable que se presente dicho proceso patológico o problema en particular, llamados "factores protectores"

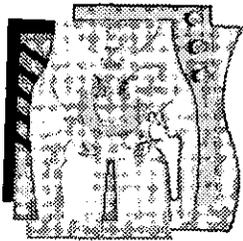
Por ello la modificación de hábitos de vida insalubres en los individuos debe de realizarse en el primer nivel de atención por medio de la promoción de comportamientos saludables, que eviten la aparición de diversas enfermedades.

Este manual tiene como objetivo apoyar el proceso de sensibilización iniciado en la etapa de intervención a través de trípticos. Para ello a continuación se proporciona información más amplia acerca de los beneficios que conlleva el tener buenos hábitos alimenticios y realizar ejercicio regularmente

Consecuencias de la Inactividad física.

La Inactividad Física o Sedentarismo se muestra cada día más como uno de los factores de riesgo con más impacto potencial en la salud.

En los últimos años se ha comprobado que existe una clara relación entre el sedentarismo y enfermedades crónicas como: hipertensión arterial , diabetes mellitus, obesidad, síndrome metabólico, osteoporosis, accidente cardiovascular, cáncer de colon, etc.



Afortunadamente el ejercicio puede contribuir de manera importante a disminuir estos riesgos y a retardar el deterioro físico aumentando la longevidad, pues la actividad física contribuye notablemente a la resistencia cardiovascular, que es la propiedad que tiene el corazón, los pulmones y todo el sistema circulatorio para transportar las sustancias que necesitan las células y así poder realizar trabajo físico durante más tiempo. Por ello el ejercicio es de gran ayuda en la prevención y en tratamiento de enfermedades cardiovasculares.

¿Sabe usted cuando es aún más necesario realizar ejercicio?

- Si usted tiene más de 30 años
- Si realiza muy poca actividad física
- Si esta sometido a tensiones nerviosas en su trabajo, en su familia o en cualquier otro ámbito personal.
- Si fuma o bebe
- Si tiene hábitos alimenticios inadecuados.

- Si tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial, enfermedades del corazón problemas óseos, obesidad o diabetes.



Dinámica 1

Objetivo: Esta dinámica tiene como objetivo conocer la información con la que cuenta la gente de la comunidad acerca de las consecuencias de la inactividad física con el fin de aportar y/o ampliar su información en relación a este tema

Actividades: Antes de proporcionar la información anterior se repartirá un cuestionario que contenga las siguientes preguntas:

1. ¿Considera como factor de riesgo a su salud la inactividad física?
2. ¿Conoce usted algunas enfermedades provocadas por la inactividad física?
3. ¿Sabe usted cuando es aún más necesario realizar ejercicio?

Posteriormente se les solicita a los asistentes contesten el cuestionario; una vez contestado se pide la participación de la gente para expresar su respuesta en forma grupal; el exponente anotará las respuestas de la gente en un pizarrón para posteriormente proporcionar la información acerca de las consecuencias de la inactividad física,

Beneficios de la actividad física.

Como puede ver la principal razón para hacer ejercicio es que usted vivirá mejor; para ello basta con hacer que el ejercicio sea parte de su vida cotidiana, pues está comprobado que contribuye a :

- Mejorar el funcionamiento del corazón y los pulmones, y hacer mas eficiente la circulación de la sangre, ya que al realizar actividad física se oxigenan y nutren mejor las células de nuestro organismo.
- Fortalecer los huesos
- Mejorar la línea del cuerpo tanto si desea perder peso como si quiere ganar o conservar el que tiene, destacar el entorno de los músculos o corregir defectos posturales

- Mejorar la digestión
- Mejorar el descanso y el sueño
- Favorecer la irrigación sanguínea del cerebro y consecuentemente el desempeño intelectual
- Mejorar el estado de ánimo y elevar la autoestima
- Mejorar el desempeño en el trabajo y las relaciones sociales y familiares
- Verse y sentirse bien y disminuir el estrés.



Sin embargo todas estas ventajas no nos deben de llevar a empezar a practicar cualquier deporte sin ningún control o a aumentar nuestro nivel de actividad física repentinamente, ya que se corre el riesgo de lesionarse, incluso de gravedad. El aumento debe de ser paulatino, dentro de las posibilidades y características de cada persona y siempre que sea posible bajo la supervisión de un médico o un experto.

Una buena táctica para ir aumentando nuestro ritmo es irse marcando metas periódicas respecto al ejercicio que realizamos, pero éstas metas deben ser realistas y no llevarnos a un sobre esfuerzo que perjudicaría nuestra salud.

El mantener la regularidad a la hora de realizar cualquier ejercicio es muy importante, incluso tras cambios en nuestro estilo de vida, como por ejemplo: un cambio de domicilio o de trabajo, acabar un ciclo académico, salir de vacaciones o realizar un cambio de trabajo; ya que los beneficios adquiridos durante la actividad física disminuyen con rapidez provocando la aparición a corto plazo de las consecuencias del sedentarismo.

Recuerde que para obtener las ventajas que el ejercicio nos ofrece es necesario contar con un descanso adecuado (dormir aproximadamente 8hrs.) y alimentarse bien (tener una dieta balanceada).

Dinámica 2

Objetivo: Esta dinámica tiene como objetivo reforzar la información proporcionada acerca de los beneficios que conlleva el realizar actividad física regularmente.

Actividades: Después de proporcionar la información acerca de los beneficios de la actividad física, el expositor dividirá al grupo en 2 equipos; éste le pedirá a un integrante de cada equipo que pase al pizarrón y les proporcionará una tarjeta que contenga alguno de los beneficios de la actividad física antes mencionados, dándoles la instrucción de dibujarlo sin escribir frases, con el fin de que el equipo adivine de que beneficio se trata. Se le indicará a cada participante que no puede emitir ningún sonido mientras esté dibujando.

Hábitos Alimenticios:

¿Conoce usted cual es uno de los mejores aliados del ejercicio?

La alimentación es uno de los principales aliados del ejercicio; ya que una buena parte de su condición física depende del equilibrio que se mantenga entre alimentación y gasto de energía.

Enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial se encuentran asociadas con el consumo excesivo y la acumulación de grasa en el organismo.

Desafortunadamente en los últimos años la alimentación de los mexicanos ha variado notablemente; los buenos alimentos tradicionales se consumen cada vez menos, al tiempo que aumenta la oferta de alimentos industrializados que perjudican la salud como el consumo excesivo de grasas de origen animal que ocasionan el aumento de colesterol sanguíneo.

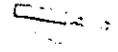
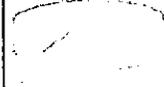
¿Sabe usted cuales son aquellos productos industrializados que perjudican su salud?

Dentro de los productos industrializados que perjudican su salud podemos encontrar:

- Productos que contengan conservadores (productos enlatados)
- Productos con alto contenido de azúcares (como por ejemplo el refresco)
- Productos con alto contenido de grasas (tocino, mantequilla, manteca)
- Productos elaborados sintéticamente (papas fritas)

Por ello si buscamos un estado óptimo de salud debemos obtener los nutrimentos necesarios para el funcionamiento adecuado del organismo consumiendo alimentos de los diversos grupos alimenticios, aproximadamente:

- 50% de carbohidratos (pan, tortillas, pastas, cereales, leguminosas y frutas)
- 30% de proteínas (carne, pescado, pollo, huevo, leche y sus derivados)
- 20% de grasas (tocino, mantequilla cacahuete, almendras, aceites y algunos quesos)

CONSUMIR EN FORMA:			
Abundante	Suficiente	Moderada	Mínima
<p>Frutas Naranja, toronja, manzana, papaya, mango, mamey, zapote, guayaba, pera, pina, plátano.</p>  <p>Verduras Calabaza, ejote, elote, zanahoria, nopal, etc.</p> 	<p>Granos, cereales y leguminosas Frijol, haba, lenteja, soya, arroz, avena, maíz, trigo, centeno, etc.</p> 	<p>Pescados Atún, sardina, róbalo, mojarra, camarón, etc.</p>  <p>Aves sin piel Pollo y pavo</p>  <p>Carnes rojas</p> 	<p>Grasas vegetales y animales Aceite de oliva, de ajonjolí, de maíz, de cártamo y de girasol; margarina y mantequilla</p>  <p>Productos derivados de animales Quesos, leche, crema, etc.</p> 

Dinámica 3

Objetivo: Esta dinámica tiene como objetivo que las personas identifiquen los alimentos que pertenecen a cada grupo alimenticio, esto con el fin de que ellos mismos planeen su alimentación incluyendo las cantidades adecuadas de cada grupo y evitar incluir dentro de su dieta alimentos industrializados

Actividades: Para reforzar la información proporcionada por el tema de alimentación el expositor presentará diversos menús al grupo para que este identifique a que grupos alimenticios pertenecen los diversos ingredientes y de ser el caso si contiene alimentos industrializados.

Beneficios y recomendaciones generales para una buena alimentación.

Los beneficios de una buena alimentación son múltiples, entre los principales podemos encontrar la prevención de enfermedades como son: la osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, estreñimiento, apendicitis, cáncer de colon, hasta enfermedades infecciosas como la gripe.

Por lo tanto algunas recomendaciones generales para alimentarse en forma adecuada son:

- Darse tiempo para desayunar; esto le ayudará a tener un mejor desempeño durante le día.
- Consumir en lo posible alimentos preparados en casa, para garantizar calidad e higiene
- Disminuir el consumo de grasas, alimentos fritos y azúcares, así como de alimentos industrializados.
- Comer diariamente alimentos con alto contenido en fibra, tales como verduras, frutas, leguminosas y cereales integrales, que ayudan a mantener en buen estado el intestino y favorecer la digestión.
- Tomar diariamente, como mínimo, dos litros de agua hervida o purificada.
- Evitar ayunos prolongados y dietas para bajar de peso fuera de control médico
- Procurar ingerir las tres comidas del día siempre en los mismo horarios; si consume algo entre comidas que sean frutas o verduras.

Por ello si buscamos prevenir enfermedades y llevar una vida más saludable es necesario hacer ejercicio y contar con buenos hábitos alimenticios

Dinámica 4

Objetivo: Al finalizar la presentación del manual, el expositor propondrá una última dinámica, con el fin de reforzar la información proporcionada.

Actividades: Esta dinámica consistirá en colocar dos letreros en el pizarrón con las leyendas: hábitos alimenticios y actividad física, en una urna colocará una serie de tarjetas que contengan los beneficios y consecuencias de los temas antes mencionados; pidiendo a los participantes tomen una tarjeta de la urna y la coloquen en la leyenda correspondiente.

Al finalizar el taller y haber realizado todas las dinámicas, podemos pensar que se ha logrado la sensibilización de las personas y con esto pasar de la etapa de Precontemplación a una siguiente etapa propuesta por el Modelo de Cambio de Prochascka y DiClemente (1982) siendo la etapa de Contemplación en la cual el individuo tiene la intención de un cambio, ya que está conciente de los riesgos y consecuencias asociados a hábitos insalubres.

Referencias Bibliográficas.

- ψ Fernández-Ballesteros, R. (1996) Evaluación de Programas, una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud. Ed. Síntesis Madrid.
- ψ Diclemente, C; Prochaska, J. (1982) Self-Change and Terapy Change of smoking behavior : a comparison of processes of change in cessation and maintenance. Addictive Behaviors, 7,133-142.
- ψ <http://www.ahorasalud.com>
- ψ <http://www.clara.com.mx/antiores.htm/>
- ψ <http://www.ssa.gob.mx>