



# ANTOLOGIA

# EDUCACIÓN EN LA NUTRICIÓN

*Licenciatura en Nutrición*  
*4º Cuatrimestre*

---

## Marco Estratégico de Referencia

---

### ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una

institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

## **MISIÓN**

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

## VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

## VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

## ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

## ESLOGAN

“Mi Universidad”

## ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

---

## EDUCACIÓN EN LA NUTRICIÓN

---

**Objetivo de la materia** : Desarrollar estrategias para la prevención de enfermedades relacionadas con la nutrición, a través de la educación nutricional.

# INDICE

## UNIDAD I

<b>PRINCIPIOS BÁSICOS DE EDUCACIÓN</b>	10
1.1 Concepto y tipos de educación	10
1.2 Ahora se continúa complementando el tema del concepto de educación donde distingue nueve características de acuerdo a Sarramona (1989):	11
1.3 Educación como acción	12
1.4 Intencionada.	12
1.5 Sistematismo.	13
1.6 Modalidades o tipos de educación	13
1.7 Modelos educativos	15
1.8 Teoría de la motivación	20
1.9 Educación centrada en la persona	20
1.10 Proceso enseñanza-aprendizaje	22
1.11 Aprendizaje de acuerdo a la intencionalidad	23
1.12 Modelo centrado en el profesor	24

## UNIDAD II

<b>PRINCIPIOS BÁSICOS DE DIDACTICA</b>	25
2.1 Didáctica	25
2.2 La didáctica puede ser considerada en su aspecto general y especial.	27
2.3 Elementos didácticos	28
2.4 Educador	29
2.5 Educando	29
2.6 Objetivos	29
2.7 Contexto	30
2.8 Contenidos programáticos	30
2.9 Medios.	31
2.10 Técnicas didácticas y dinámicas grupales	32
2.11 Estrategias bajo el enfoque de competencias	34
2.12 En la siguiente tabla se hacen referencia a una clasificación de dinámicas grupales de acuerdo algunos autores:	35
2.13 Material didáctico	36

## UNIDAD III

<b>EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD</b>	38
3.1 Promoción de la salud	39
3.2 Educación para la Salud	42
3.3 Ciencias de la salud	43



3.4 Ciencias de la educación .....	47
3.5 Ciencias de la comunicación .....	51
3.6 Ciencias del comportamiento .....	55
3.7 Modelos de continuum .....	56
3.8 Modelos motivacionales .....	56
3.9 Teoría de la Conducta Planificada (TPB) .....	56
3.10 Modelos comportamentales .....	57
3.11 Modelo de acción en favor a la salud (HAPA) .....	57
3.12 Modelos de estadios .....	58
3.12.1 Modelo Transteórico (TTM) .....	58
3.13 Modelo de adopción de precauciones (PAPM) .....	60
3.14 Modelo de promoción de la salud de Pender .....	60
3.14.1 Normatividad en promoción para la salud .....	62
3.14.2 Derecho a la salud .....	62
3.14.3 Ley General de la Salud .....	63
3.14.4 Políticas y programas de salud .....	64

#### **UNIDAD IV**

<b>ESTILOS DE VIDA</b> .....	<b>69</b>
4.1 Problemas nutricionales en la sociedad actual .....	71
4.2 Niños .....	71
4.3 Adolescentes .....	73
4.4 Adultos .....	75
4.5 La salud en México .....	78
4.6 Comportamiento y hábitos alimentarios de la población .....	83
4.7 Dimensiones de la vida que afectan el estado de salud .....	87
4.8 Factores determinantes de los hábitos alimentarios y su relación con la salud .....	88
4.9 Agentes de Salud, Enfoque Tradicional .....	89
4.10 Otros enfoques de promoción a la salud. ....	89
4.11 Estilos de vida saludables .....	90
4.12 Estilo de vida y las conductas cotidiana. ....	92
4.13 Mejoremos la salud a todas las edades. ....	92
4.14 Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones .....	94
4.15 Estudio de la conducta alimentaria en niños .....	95
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>97</b>

## **UNIDAD I**

### **PRINCIPIOS BÁSICOS DE EDUCACIÓN**

Para comenzar esta asignatura es preciso contar con un marco conceptual de varios elementos educativos y didácticos debido que el profesional de nutrición, tiene la función y responsabilidad de fomentar estilos de vida saludables, desde una faceta de educador en su práctica profesional.

A lo largo de esta unidad, se estudiará aspectos elementales del tema de educación y su aliada la didáctica para la conducción de aprendizajes en diferentes escenarios educativos. El conocimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje y sus elementos te brindarán las herramientas para poder reflexionar de manera consiente cómo se implementará la enseñanza en donde no basta con tener sólo el conocimiento sino saber cómo transmitirlo en un escenario educativo sea de índole formal o informal.

Para comenzar esta unidad identificarás el concepto y tipos de educación, para posteriormente conocer los modelos educativos para revisar cómo se concibe el acto educativo. Lo anterior, será referente para profundizar sobre la didáctica y sus elementos en el proceso de enseñanza-aprendizaje para tomarlo en consideración al momento de planear una experiencia educativa haciendo uso de técnicas didácticas y dinámicas grupales.

#### **I.1 Concepto y tipos de educación**

Es una realidad que la definición de educación por su gran dimensión resulta ser compleja definirla, sin embargo es importante comenzar por su definición etimológica, que proviene del latín educativo, que quiere decir acto de criar, y por extensión, formación del espíritu, instrucción. Deriva a su vez del verbo educare, que significaba conducir o guiar (Diccionario etimológico, 2016)

Entendiendo a la educación como un proceso formativo complejo de socialización de los individuos y se concreta con el aprendizaje una serie de habilidades, actitudes, valores que producen cambios intelectuales, emocionales y sociales, y que de acuerdo al grado de asimilación puede durar toda la vida o por un corto tiempo.

Durkheim fue el primero que desarrolló de forma sistemática la idea que la educación es una institución social, y postula que “La educación es la acción ejercida por las generaciones adultas sobre las que todavía no están maduras en la vida social”. De esta manera se puede decir que es la transmisión de una generación a otra las tradiciones, normas valores y conocimientos que se han ido acumulando en una sociedad. En esta transmisión están involucrados varias instancias como padres, adultos, profesores, medios de comunicación, instituciones, el Estado, y la misma sociedad, aunque cabe aclarar que no siempre van hacia el mismo sentido, y algunas veces la educación está implícito en la reproducción de pautas de conductas marcadas por la sociedad. Por ejemplo, los padres orientan/ educan a sus hijos a vivir en sociedad. (Brigido A., 2006)

A lo largo de la historia, los fines de la educación han ido evolucionando, esto depende de que cada sociedad marca los objetivos de formación de los individuos, por ejemplo en la educación

griega, se buscaba formar deportistas y gimnastas, por otro lado Atenas su objetivo era cultivar la belleza.

Para convertir a las sociedades y a los individuos se hizo por medio para transmitir el conocimiento.

Así se puede dar números acontecimientos a lo largo de la historia, para llegar a la institucionalización de la escuela para enseñar conocimientos a nivel cognitivo como matemáticas, física, ciencias naturales, etc., es decir se enseña a repetir datos de manera mecánica sin reflexión crítica del aprendiz. Esto a nivel sociedad tiene un impacto en el modelo de individuo que se está formando: pasivo, receptivo, sumiso, dependiente, etc.

## **1.2 Ahora se continúa complementando el tema del concepto de educación donde distingue nueve características de acuerdo a Sarramona (1989):**

### *I. Idea del perfeccionamiento*

La educación es una modificación del hombre que entraña perfeccionamiento, una realización al máximo de sus posibilidades desde una perspectiva ética.

### *II. Medio para alcanzar el fin del hombre*

La educación aparece como medio imprescindible para que el hombre se realice en su plenitud y alcance su fin último de acuerdo a su filosofía.

### *III. Organización u ordenación*

Sea de índole personal o socialmente

### *IV. Acción humana*

La educación es un conjunto de influencias sobre los sujetos, dado que se encuentra dentro de la sociedad.

### *V. Intencionalidad*

Esta característica está relacionada a la anterior, en el sentido que la educación se presenta como una acción planeada y sistematizada, aunque se reconozca la existencia de acciones educativas no intencionales.

### *VI. Referencia a las características propiamente humanas*

La educación actúa sobre características propias del ser humano: voluntad, entendimiento, moralidad etc.

### *VII. Ayuda*

La educación significa la única posibilidad de realización del ser humano, pero no puedes ser una simple imposición externa, sino que, para alcanzar sus más nobles metas, precisa de la cooperación voluntaria del propio sujeto. Esta idea lleva incluida también la de limitación para que la educación pueda lograr por sí sola sus metas.

#### *VIII. Proceso de individualización*

Puesto que la educación acontece en un sujeto, puede ser contemplado como un medio de realización individual.

#### *IX. Proceso de socialización*

La educación del sujeto supone su incorporación a la sociedad: adquiere lenguaje, costumbres, conocimientos y normas morales vigentes en ella.

De acuerdo a estas características, Sarramona (1989) desprende tres ideas principales que no hay que perder de vista en el proceso educativo: Educación como acción, intencionalidad y sistematismo.

### **1.3 Educación como acción**

Hay dos elementos clave en el concepto de educación: el sujeto que se educa (educando) y el sujeto que educa (educador). Sin embargo, como el sujeto agente de la educación personaliza todo el contexto social que interviene en el proceso de conformación del educando, de ahí que se pueda afirmar que existe un sujeto educando y una sociedad educadora.

La situación que se produce es siempre dinámica, según la cual el sujeto se realiza personalmente gracias a las influencias que recibe del exterior y que actúan sobre sus capacidades desarrollándolas y cristalizándolas. Es por ello que se puede afirmar rotundamente que “el hombre no nace sino que se hace”. Al mismo tiempo, el sujeto actúa sobre el medio externo contribuyendo así a su transformación y evolución; de ahí que la sociedad no sea algo estático e inamovible, sino con tanto dinamismo cuando mayor sea la posibilidad de incidencia de los individuos sobre ella.

### **1.4 Intencionada.**

La intencionalidad característica de la educación está unida al concepto de actividad. La intención se refiere al acto educativo, aunque también puede entenderse como dirigida al objeto; tanto se puede afirmar que el acto educativo es intencional cuanto que la intención consiente es educar. La intencionalidad supone:

- Elaborar acciones educativas pertinente
- Prevenir sobre acciones no pertinentes
- Potenciar acciones que produzcan efectos deseados de acuerdo con las metas deseadas.

### **I.5 Sistematismo.**

El hecho que la actividad busque unas metas obliga a encadenar todos los actos a planear unas etapas previsibles para llegar a ellas. Las metas se logran gracias a la aplicación de un proceso sistémico, es decir, gracias a que todos los elementos son organizados hacia la meta. Cada modelo educativo adoptará criterios particulares para llegar a una meta: aprendizaje como se abordará más adelante.

Tomando como base las características y las tres ideas centrales de la educación, es necesario mencionar que la educación se ha confundido varias veces en la construcción de conocimientos intelectuales o transmisión de información o datos obtenidos desde una institución educativa, y desconociendo varios otros espacios más, no obstante es importante resaltar que la educación es un proceso permanente que implica la formación integral de manera continua y permanente en la vida de cada individuo.

Por ello, es importante decir que, la educación se obtiene en cada espacio humano que miremos siempre y cuando haya algún aprendizaje y enseñanza que otorga o recibe, es preciso señalar que existen tres tipos o modalidades de educación: Formal, Informal y No formal con características particulares.

### **I.6 Modalidades o tipos de educación**

Podemos observar en los siguientes cuadros una serie de modalidades y tipos de educación, tipo de educación si es formal o no formal o inclusive informal:

Modalidades o tipos de educación			
Variable / Tipo de educación	Formal	No formal	Informal
<b>Espacio en donde se imparte</b>	Instituciones establecidas y de manera presencial (a excepción de la educación abierta y a distancia) Modelo pedagógico y administrativo. Certifica el conocimiento	No se encuentra institucionalizada, pero, si organizada de alguna manera.  <b>Surge de organismos comunitarios</b> La experiencia o aprendizaje no se certifica	Se da en la vida cotidiana: familia, trabajo, amigos, Medios de comunicación. Es espontánea y no planificada
<b>Tiempo</b>	Horarios establecidos (a excepción de la educación en línea)	No se limita a lugares o tiempos	No se limita a lugares o tiempos.
<b>Control del contenido y del proceso educativo</b>	Total, Estructurado (según objetivos didácticos, duración etc.)	Se cuenta con un planificación previa de <b>acuerdo a las necesidades del individuo o grupo</b> <b>El contenido está relacionado a familia, trabajo, salud, deporte etc.</b>	Al azar e involuntario
<b>Autoridad</b>	Estricta Maestro-educando	Flexible Puede ser facilitador-participante, o viceversa. El aprendizaje se hace a nivel del individuo y su demanda.	Ninguna No hay definición de roles prefijada.
<b>Objetivos</b>	Impuestos	Negociables. Es decir las metas son de acuerdo a lo que se desea lograr. Ejemplo, en adultos en la enseñanza de	Individuales e implícitos a lo largo de la vida

Modalidades o tipos de educación			
Variable / Tipo de educación	Formal	No formal	Informal
		estilos de vida saludable	
<b>Poder de decisión institucional</b>	Central. Organismo con autoridad como la SEP, UNAM etc.	En el caso de la educación de la salud, estará sujeta a organismos establecidos.	No aplica
<b>Medios o recursos en el aprendizaje</b>	Formalizados	Abiertos o flexibles de acuerdo al tipo de población	No cuenta con procesos o reglas pedagógicas
<b>Actividades</b>	Sistematizadas y planeadas	Sistematizadas y planeadas	Sin planeación
<b>Criterios de evaluación</b>	Externos	Externos / Internos Pueden intervenir diferentes actores estableciendo ciertos parámetros o pueden ser internos del grupo.	Al azar e involuntario
<b>Relaciones con el entorno</b>	Débiles: La teoría pocas veces se conjuga con la práctica.	Fuertes. Se alimenta del entorno y sirve al entorno.	Fuertes. Interacción con el entorno.
<b>Rol del aprendiz</b>	Educando	Paciente y/o participantes. Es importante que se mantenga el interés en el aprendizaje.	Ciudadano
<b>Rol de educador</b>	Establecido	Personal autorizado y capacitado	No hay roles

Ahora que ya se da identificado el concepto de educación y ubicado los tipos de educación, es necesario continuar con el estudio de los modelos educativos que dan soporte teórico al proceso de enseñanza y aprendizaje que se estudiará posteriormente.

### 1.7 Modelos educativos

Tomando en consideración que un modelo como representación de la realidad, en este caso dirigido a la enseñanza. Estos modelos guiarán las prácticas educativas de los educadores.

A continuación se presentan los tipos de modelos (algunas ocasiones llamados también enfoques) educativos los cuáles permiten al educador obtener bases teóricas que fundamenten su práctica.

### ***Modelo Tradicional***

Este se ha mantenido por muchos siglos, este modelo se basa en que los contenidos los transmitía el maestro y la palabra del maestro no se cuestionaba jamás. Aquí el rol del educando consiste solo en escuchar de forma pasiva al maestro y absorber de él todos sus conocimientos, la educación es basada solo en la información de libros y hasta información del maestro aunque no pueda comprobar que es verdad, este tipo de aprendizaje se conoce como memorístico. Este modelo educativo se basa en que la cultura es inalterable, así como las creencias y valores no cambian con el paso de los años, la figura que domina en este modelo es el educador y el proceso de enseñanza está centrada en él. En este modelo educativo la cátedra más que un conocimiento que le permita al educando encontrar mayores explicaciones y comprenderse a sí mismo, aquí se trata más de solo enseñar, ya que lo enseñado puede llegar a ser útil, es decir la enseñanza es dogmática sin que exista lugar a dudas, la memoria juega un papel muy importante en este tipo de educación mucho más que la comprensión, aquí el aprendizaje se considera como solo una acumulación de conocimientos.

### ***Modelo de la Escuela Activa***

Este modelo educativo surge alrededor de tiempos finales del siglo XVIII y principios de siglo XIX, en este cambio innovador se reconoce a Juan Jacobo Rousseau, que planteó lo que se conoce como psicología de las edades, en donde explica la manera en como existen diferencias en las características de pensamiento, intereses y necesidades de las personas en distintas edades, por lo que no era correcto encasillar y tratar a todos por igual. De esta forma de pensar surgen algunos principios importantes:

- Principio de la actividad: En este modelo la actividad de los educandos es un papel muy importante y se considera básica en el proceso educativo, ya que no se trata solo de que el maestro enseñe si no que el educando aprenda a través de su actividad física y mental. Algo importante aquí es el interés, por lo que aquí el educador debe de hacer los puentes necesarios para que el educando logre captar la relación del tema con sus propios asuntos o intereses. donde él es responsable de la transformación de su realidad personal y social.
- Principio de la libertad: Aquí se pensó en que los niños y jóvenes tenían sus propias necesidades e intereses, y que era muy importante adecuar el método de estudio a la población objetivo que se pretende enseñar, en base a esta nueva forma de pensar los castigos de la escuela tradicional se cambiaron por una relación con más libertad en donde el aprendiz podría moverse, hablar y opinar.



- Principio de la colectividad: Esta parte trata de la importancia de la socialización en donde se vio que el aprender y el enseñar entrañan un medio natural de socialización la cual ayuda en el mismo aprendizaje.

En conclusión este modelo trata de que el maestro no solo de lecciones y se pare al frete a compartir conocimientos si no que esta información que comparte les sea de utilidad a los educandos para que de esta forma puedan aprender.

### ***Modelo de Tecnología Educativa***

Este modelo se basa en la corriente conductista del siglo XX, la **tecnología educativa** según la Comisión temática de tecnología educativa en 1981 (Fajardo, 2014) señala que es un conjunto de procedimientos o métodos, técnicas, instrumentos y medios derivados del conocimiento, organizados sistemáticamente en un proceso para obtener productos o resultados educativos de manera eficaz y repetible (p.24)

Esta forma de compartir el conocimiento tuvo varias críticas, como una técnica nueva de enseñanza – aprendizaje que se preocupa más por la forma que por el contenido, sin embargo, también tuvo resultados favorecedores como la importancia de contar con educadores bien capacitados; así como la modificación y actualización de numerosos planes de estudios.

Se puede decir que este modelo se basa en utilizar los avances de la ciencia en los modelos educativos para enriquecerlos, se busca cambios de conductas en donde el papel del educador cambia de rol de un formador a un ingeniero conductual y la noción de aprendizaje cambia, ahora se entiende como un proceso individual y descontextualizado, basándose en el reforzamiento de una nueva conducta más que en la construcción del pensamiento analítico del estudiante.

### ***Modelo de didáctica crítica***

Esta surge como mejora a las críticas del modelo de Tecnología Educativa, la cual se percibía como metodológica, alienante y mecanizada. Este modelo trata sobre la concepción del educando como un sujeto social, activo y crítico de su entorno, en donde él es responsable de la transformación de su realidad personal y social.

Lo que se busca en este modelo es que el valor formativo de la institución deberá de estar ligada a la actividad social que el educando y el educador logren aterrizar como sujetos sociales, es decir, que el aprendizaje este orientado a la praxis, lo que los llevará a relacionar siempre la teoría con la práctica. Este modelo se evalúa en el proceso para ver su avance, por lo que se recomienda una evaluación diagnóstica inicial, una de proceso formativo y una final o sanativa . Aquí se proponen problemas como desencadenadores de actividades.

En conclusión este modelo se caracteriza por el proceso de enseñanza – aprendizaje, la importancia del trabajo grupal y dinámica de grupo.

### **Modelo cognoscitivista**

Sobre este modelo comienzan a realizar investigaciones desde 1930, después de muchos estudios con el paso de los años se entiende que [este modelo estudia las representaciones mentales más allá del nivel biológico considerando aspectos sociológicos y culturales](#), aquí se entiende que la forma en que alguien aprende, es decir que obtiene nuevas estructuras cognoscitivas (comprende un asunto o significado de algo cambiando las antiguas) no todos los tipos de aprendizaje son iguales, mencionando que existen dos tipos generales: el repetitivo o memorístico (por recepción) y el significativo (por descubrimiento) en ambos se sabe que para el educando existe un aprendizaje significativo.

Fajardo (2014) señala que el [aprendizaje significativo](#), es el aprendizaje que puede relacionarse con lo que el educando ya sabe ante una actitud adecuada del mismo. (p.28)

Los teóricos del cognoscitismo ven el proceso de aprendizaje como la reorganización de las estructuras cognoscitivas, a través de las cuales las personas procesan y almacenan la información, en el aprendizaje el contenido principal de la tarea se le presenta al educando, y él la relaciona de forma significativa con los aspectos relevantes de su estructura cognoscitiva, y de esta manera retenerlo para el reconocimiento posterior siendo la base de un nuevo aprendizaje. Es decir, toma un conocimiento previo para generar nuevos aprendizajes.

Mientras que en el aprendizaje por descubrimiento, esto funciona diferente, el contenido principal debe de descubrirse de manera independiente por cada educando antes de que éste sea asimilado dentro de su estructura cognoscitiva.

Se puede decir, que este modelo cognoscitivista se preocupa por los procesos mentales y de cómo pueden ser utilizados en el proceso de enseñanza – aprendizaje para promover aprendizajes efectivos.

### **Modelo socio constructivista**

Este modelo de aprendizaje se basa en que [el educando construye su propia realidad, es decir, que la interpreta de acuerdo con la percepción derivada de su propia experiencia](#), por lo que el conocimiento de la persona está en función de sus experiencias previas, estructuras mentales y creencias que utiliza para interpretar objetos y eventos.

Este modelo es visto como algo activo, muy dinámico en la construcción de conocimiento. Aquí se entiende que el aprendizaje no es algo que sólo se trasmite o se acumula como conocimiento, sino que es un proceso activo por parte del educando que consiste en enlazar, extender, restaurar e interpretar y construir el conocimiento desde su experiencia y la información que recibe para relacionar, organizar y extrapolar los diferentes significados. El constructivismo promueve una experiencia de aprendizaje más abierto el cual podría ser diferente de un estudiante a otro.

En conclusión, este modelo nos dice que el aprendizaje es una construcción propia que se va produciendo como resultado de sus disposiciones internas y del medio ambiente, en base a lo que el educando vaya desarrollando con la información nueva que adquiere.

### **Modelo por competencias profesionales**

Este enfoque comienza en los años de 1970, y dio inicio en organizaciones laborales en las cuales necesitaban contratar a personas capaces de operar en ambientes complejos.

Fajardo (2014) menciona que la **competencia profesional**, es la habilidad de realizar tareas requeridas a un nivel esperado. Esto puede aplicar a cualquier persona según su nivel de formación. (p.32)

Por ello, el concepto de competencia se relaciona con la habilidad de desempeñarse ante problemas poco definidos, por lo que se necesita saberes de ejecución como: saber pensar, saber desempeñar, saber interpretar y saber actuar en diferentes escenarios.

Fajardo (2014), resume las competencias básicas en tres grupos:

- **Del área de desempeño y personales:** Capacidad de aprender, de aplicar los conocimientos en la práctica cuando sea necesario, capacidad de adaptarse a nuevas situaciones, creatividad, habilidades personales, comunicación oral y escrita, entre otras.
- **De investigación:** Lógica, razonamiento inductivo –deductivo, pensamiento crítico, capacidad innata de resolver problemas, trabajo en equipo, etc.
- **Laborales:** Aprender a aprender, comunicación oral (realmente saber escuchar y saber expresarse), nuevas tecnologías, adaptabilidad, trabajo con grupos interdisciplinarios, habilidades para negociar, liderazgo.

Por lo que la educación basada en competencias es un enfoque sistemático de conocer y desarrollar habilidades, el cual es determinado a través de funciones específicas. Aquí el educando es el fin y el centro del aprendizaje. La naturaleza activa del aprendizaje en este modelo busca que el aprendizaje sea un proceso permanente de toda la vida el cual nunca debe de terminar, y además es muy importante la automotivación del educando para lograrlo.

En este modelo la evaluación es muy importante, se considera parte integral del aprendizaje la cual debe de realizarse en múltiples formas, la autoevaluación y la retroalimentación son básicas en este proceso.

Como se puede apreciar se ha analizado los distintos modelos educativos, cada uno de ellos tienen cosas positivas que se pueden rescatar y utilizar en la educación para la salud, dependiendo del objetivo que se tenga y la población con la que se trabaje, será el modelo educativo que se utilizará, hay que recordar que la educación es un proceso continuo y que es muy importante que sea activo y centrando en el estudiante como un fin y no como un medio.

### **Modelo humanista**

La corriente humanista surge en la primera mitad del siglo XX, en donde tiene varios exponentes teóricos como W. James, L. Binswanger, M. Boss, G. Allport, A. Maslow, C. Rogers, R. May, V. Frankl, E. Fromm, R. Laing.

Para efectos de nuestra temática educativa, sólo retomaremos a dos de ellos: Carls Roger que promovió el enfoque centrado en la persona, y Abraham Maslow con la teoría de la motivación.

#### **I.8 Teoría de la motivación**

Abraham Maslow se considera al primer autor que sistematiza las necesidades humanas realiza una explicación de cómo las necesidades impulsan al ser humano a realizar determinados comportamientos.

Destaca la autonomía del individuo, su libertad, capacidad de elección, y sobre todo el deseo de la autorrealización, toma en cuenta las motivaciones intrínsecas del individuo.

#### **I.9 Educación centrada en la persona**

Carls Rogers expone que la educación centrada en la persona es Un proceso dinámico en la cual el estudiante participa activamente en el proceso de su aprendizaje y desarrollo integral. (González, 1987:62).

El humanismo tiene como base las siguientes premisas (Gutiérrez, 2003:35):

- a) La persona es capaz de responsabilizarse y de controlarse a sí misma en su aprendizaje.
- b) El contexto educativo debe crear las condiciones favorables para facilitar y liberar las capacidades de aprendizaje existentes en cada individuo; el educando aprende a través de sus propias experiencias y es muy difícil enseñar a otra persona directamente (sólo se le puede facilitar el aprendizaje).
- c) En la educación se debe adoptar una perspectiva globalizante de lo intelectual, lo afectivo y lo interpersonal.
- d) El objetivo central de la educación debe ser crear educandos con iniciativa y autodeterminación, que sepan colaborar solidariamente con sus semejantes sin que ello dejen de desarrollar su individualidad.

En la siguiente tabla se describe de manera general la concepción de educación centrado en la persona particularmente en el escenario educativo.

<b>MÉTODO CENTRADO EN LA PERSONA</b>	
<b>Maestro</b>	El maestro es una guía y facilitador de aprendizajes, en ocasiones funciona como catalizador; su autoridad de servicio es compartida por el grupo, da mayor libertad conforme el grupo sea capaz de asumirla.
<b>Educando</b>	El educando es quien participa activamente, es creativo responsable en su proceso de aprendizaje; trabaja y se compromete con el equipo; desarrolla su autodirección; logra mayor dominio de los conocimientos adquiridos: Se relaciona interpersonalmente con compañeros y maestros.
<b>Aprendizaje</b>	El educando promoverá su propio aprendizaje en cuánto éste llegue a ser significativo para él.
<b>Metodología</b>	Los educandos participan en la elaboración de normas, objetivos, programas y planes de estudio. Se le da importancia a la expresión del educando.
<b>Metas</b>	Se recurren a las motivaciones e intereses de los estudiantes.
<b>Motivadores</b>	Son reforzadores positivos como afecto, atención y valoración, aceptación incondicional. La satisfacción es producto de la colaboración con el grupo.
<b>Sistema de valores</b>	Autonomía, respeto, responsabilidad. Relaciones cooperativas. Trabajo en equipo. Igualdad, reconocimiento del valor del ser humano. Deseo por actualizarse y trascendencia.

Con el conocimiento de estos modelos educativos para el educador es importante, porque a partir de ello adoptará a nivel macro el diseño curricular (¿Saber qué tipo de sujeto se quiere formar?) y a nivel micro en la planificación y enseñanza dentro del aula o espacio educativo. Para abordar esto último, es importante conocer el proceso educativo.

## I.10 Proceso enseñanza-aprendizaje

*“Enseñar exige seguridad, capacidad profesional y generosidad”*

Paulo Freire

Tradicionalmente se ha planteado el proceso educativo como la relación que se establece entre el enseñar y el aprender, a simple vista pareciera una relación horizontal educador- educando. Estos actores del proceso van a tomar matices diferentes de acuerdo a modelo educativo implementado.

De este modo, el proceso educativo lleva a plantear por separado los conceptos de enseñanza y aprendizaje.

### Enseñanza

La enseñanza se le ha depositado al rol de educador en hacer posible el aprendizaje de los educandos, Según Contreras (1990) citado por González V. (2001) enseñar es provocar dinámicas y situaciones en la que pueda darse el proceso de aprender. La enseñanza debe tener la característica de ser intencionada, pero además promover un aprendizaje significativo para ser utilizado para sus propios fines.

- La enseñanza en la didáctica es la acción de proveer circunstancias para que el educando aprenda.
- **La enseñanza debe ser intencionada.** Puede ser una enseñanza directa (como el caso de una lección), o indirecta en el caso de tareas encomiendas al educando.

### Aprendizaje

Etimológicamente aprendizaje deriva del aprender (prehendēre): tomar conocimiento de, retener, agarrar.

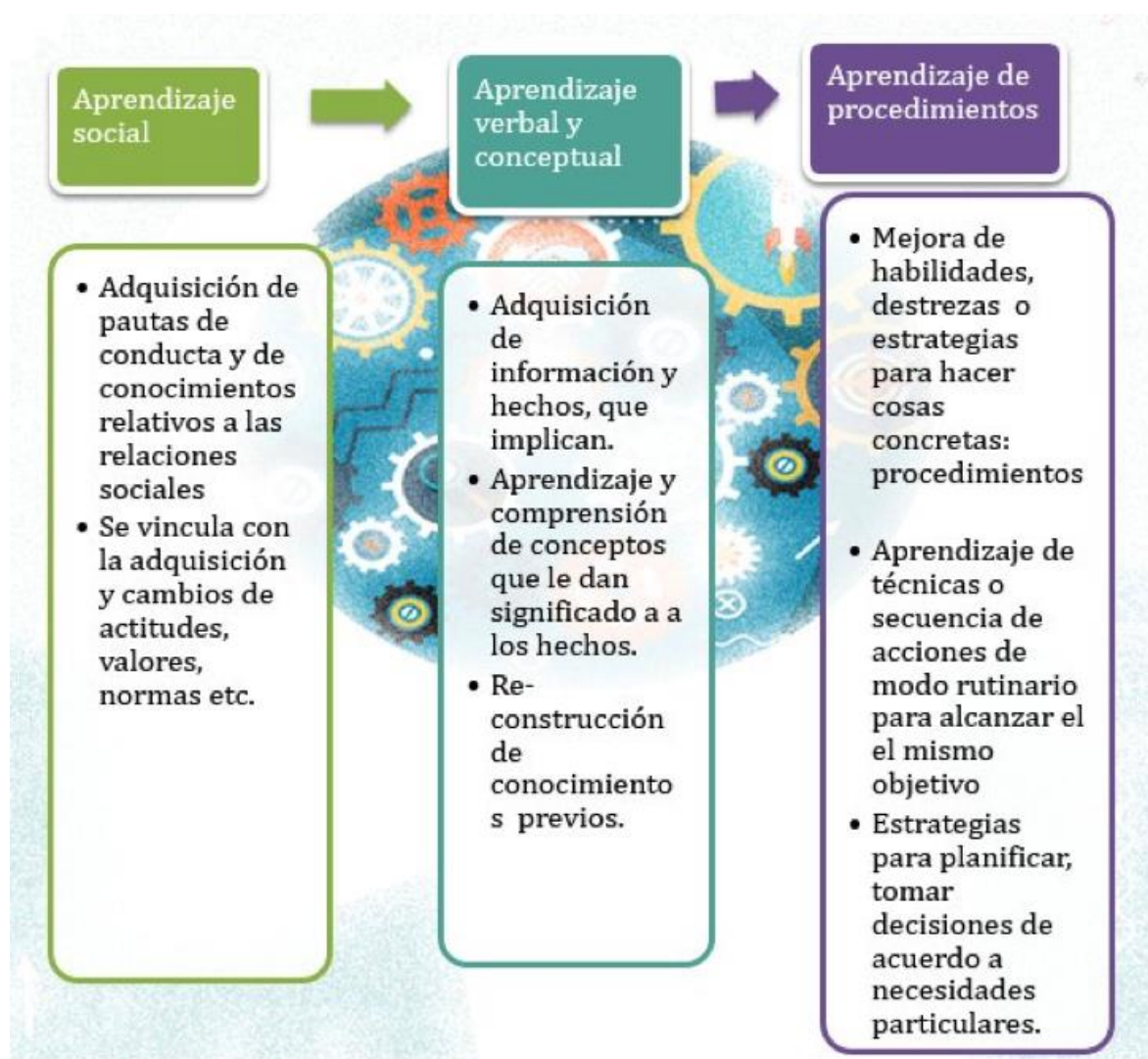
Para González (2001) menciona que el aprendizaje, es el proceso de adquisición cognoscitiva que explica, en parte el enriquecimiento y transformación de las estructuras internas, de las potencialidades del individuo para comprender y actuar sobre su entorno, de los niveles de desarrollo que contienen grados específicos de potencialidad.

En el aprendizaje influyen aspectos internos desde biológicos como psicológicos e incluso emocionales, así como aspectos externos como se presenta y organiza la sesión de clase, los contenidos, métodos, actividades, la relación con el educador etc.

Se dice habla en el campo de la educación de un proceso de enseñanza-aprendizaje, y se caracteriza principalmente porque están relacionados estos elementos mutuamente, ya que de lo contrario, si se ve de manera aislada podría caer en un aprendizaje sin enseñanza y una enseñanza sin aprendizaje.

### 1.11 Aprendizaje de acuerdo a la intencionalidad

Existen diferentes tipos de aprendizajes de acuerdo a la intencionalidad de la enseñanza: social, verbal y conceptual y de procedimientos (González, 2001:7), como se describen en la siguiente figura:



De este modo podemos conceptualizar al aprendizaje como:

El aprendizaje como el acto por el cual el educando modifica su comportamiento, como consecuencia de un estímulo o de una situación en la que está implicado. Puede adquirirse por procedimientos sugeridos (enseñanza) o por el educando mismo (autoenseñanza).

El aprendizaje puede darse en diferentes tipos y de acuerdo a los objetivos

### **I.12 Modelo centrado en el profesor**

Este modelo educativo tiene una clara estructura vertical. Su objetivo principal es que el alumno aprenda, y tiene como ejes primordiales al profesor y los planes de estudio. Domina la importancia del dato sobre la del concepto, y da poca importancia a la actividad participativa. Se premia la memorización y se sanciona la reproducción poco fidedigna de lo transmitido, por ello, es usual que la creatividad y la elaboración personal del alumno no se desarrolle.

Los resultados que propicia este modelo son básicamente los que siguen:

- Propicia una actividad pasiva del alumno, por lo que éste no desarrolla cabalmente capacidades críticas ni de razonamiento.
- Se establece una gran diferencia entre el profesor y el alumno.
- Se fomenta el individualismo (en virtud del sistema de premios o calificaciones y castigos o posibilidad de reprobación) y la competencia entre unos y otros, no se toman en cuenta los principios de solidaridad y cooperación.

<http://hadoc.azc.uam.mx/enfoques/profesor.htm>



## UNIDAD II

### PRINCIPIOS BÁSICOS DE DIDACTICA

Dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje están involucrados varios elementos como objetivos, contenidos, evaluación etc. Donde la didáctica toma un papel fundamental por centrarse en la enseñanza en congruencia con estos elementos

#### 2.1 Didáctica

Pero, ¿Qué es didáctica? Etimológicamente, didáctica deriva del griego didaskein (enseñanza) y tékne (arte), esto es, arte de enseñar, de instruir. La didáctica es ciencia y arte de enseñar.

Desde una mirada clásica Comenio en 1979, citado por Escribano (2004), indica en la obra educativa más representativa llamada “Didáctica Magda”, donde se introduce el término de didáctico como el:

“Arte de enseñar”, es decir el conjunto de medios y procedimientos que tienden hacer cualquier cosa.

Hablar de didáctica en un plano macro como es el diseño de un curriculum educativo, Margarita Pansza citada por Pérez (s.f) señala que el curriculum es una serie de experiencias de aprendizaje que de forma intencional y articulada tiene una finalidad concreta: producir aprendizajes deseados. Pero ¿Cómo producir este aprendizaje? Es aquí donde se identifica la una relación estrecha entre currículo y didáctica, y consiste que la didáctica estudia los procedimientos para llevar a cabo la enseñanza. Mientras que el currículo es un documento ordenado con varios elementos donde uno de ellos, son los contenidos que se han de aprender (conceptuales, procedimentales y actitudinales). Es aquí donde nuevamente aquí, se denota la relación de este binomio enseñanza- aprendizaje.

La didáctica desde el campo práctico, Pansza la define el proceso de enseñanza- aprendizaje y se concibe como una disciplina instrumental, que ofrece respuestas técnicas para la conducción del aprendizaje en el aula

Del mismo modo, Comenio divide a la didáctica en tres: Matética, sistemática y metódica.



**Matética.** Se refiere a quién aprende (educando). Es importante saber las características del aprendiz para adecuar la enseñanza. Es importante que el educador conozca la madurez y las posibilidades, intereses, capacidad intelectual y aptitudes del educando



**Sistemática.** Se refiere a los objetivos y al vehículo para alcanzarlos (materias del plan de estudios)



**Metódica.** Se refiere a la ejecución del trabajo didáctico, al arte de enseñar propiamente dicho.

La didáctica puede contemplarse desde dos maneras: pedagógico y amplio. Desde el punto de vista pedagógico, la didáctica se preocupa por la formación de ciudadanos conscientes, responsables.

Mientras que desde el punto de vista amplio, se enfoca en los procedimientos que llevan a educando a cambiar de conducta a aprender algo.

Entre los objetivos de la didáctica se encuentran:

- Colaborar con los objetivos de la educación
- Hacer la enseñanza y por ende el aprendizaje más eficaz.
- Adaptar la enseñanza a las posibilidades y necesidades del educando,
- Orientar al planteamiento de las actividades de aprendizaje de manera secuencial al objetivo.
- Guiar la organización de las actividades para evitar pérdida de tiempo y esfuerzos inútiles.
- Llevar un acompañamiento y control consciente del aprendizaje.

De la misma manera, es importante no perder de vista el objeto de estudio de la didáctica, que compete a la función del educador, tal y como se muestra en la siguiente figura.



## 2.2 La didáctica puede ser considerada en su aspecto general y especial.

- a) **Didáctica especial.** Va dirigida a un nivel de enseñanza en particular (primaria, secundaria etc.), dirigida a ciertas disciplinas como matemáticas, geografía, historia etc. Cabe mencionar que para la enseñanza se apoya de la didáctica general que se describe a continuación.
- b) **Didáctica general.** Estudia a la enseñanza en general a fin de indicar procedimientos aplicables a todas las disciplinas en un intento de dirigir el aprendizaje, en tres momentos: antes, durante y después de la enseñanza que se traduce en el planeamiento, ejecución y evaluación.
  - I. **Planteamiento.** Son los acceamientos planeados de manera ordenados con apoyo de recursos, técnicas didácticas y demás que estarán presentes antes, durante y después de la experiencia educativa (curso, taller etc.).

Al momento de planear, se deben considerar interrogantes como:

- **¿Qué voy a enseñar?** La selección del contenido de acuerdo al tipo de aprendizaje que se desea lograr.
- **¿Por qué enseñar?** Tener claros los objetivos, se recomienda que los objetivos deben estar visibles, impresos
- **¿A quién se enseña?** Considerar las características del educando (edad, sexo, profesión, nivel socioeconómico etc.).
- **¿Cómo enseñar?** Esta interrogante se relaciona con las anteriores, ya que se decidirá los recursos, materiales didácticos, técnicas y estrategias de enseñanza para estimular el aprendizaje.
- **¿Cómo evaluar?** En este punto, se elige la manera de confirmar si el aprendizaje se ha logrado.

En este momento del planteamiento, se materializa en la elaboración de una planeación didáctica que guía a la enseñanza.

**II. Ejecución.** Es la experiencia del proceso de enseñanza-aprendizaje. En la ejecución están presentes aspectos motivacionales, estilo para direccionar el aprendizaje que implica la presentación del contenido,

elaboración fijación e integración de aprendizaje. Así como tomar en cuenta el lenguaje y comunicación.

En este punto el educador implementa las técnicas o dinámicas convenientes para cada tema y momento grupal. (Este punto se desarrollará más adelante en el tema de Técnicas didácticas y dinámicas grupales).

**III. Evaluación.** Debe estar presente en todo el transcurso de la ejecución, para comprobar la marcha de aprendizaje. En la evaluación se verifican el alcance de los objetivos.

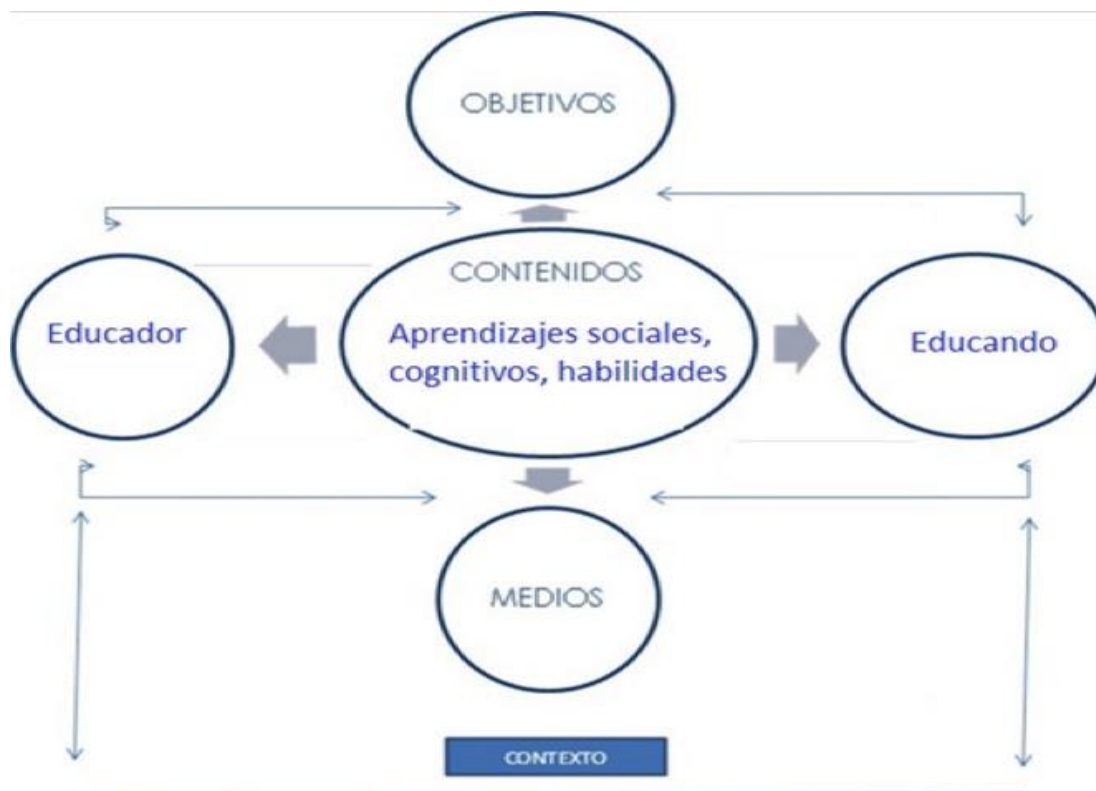
Este momento se evalúan los resultados y se reflexiona si puede ser mejorable la experiencia educativa para eventos posteriores.

- La didáctica se interesa en cómo va a ser enseñado el contenido, de acuerdo a procedimientos o técnicas definidas.
- Es aplicable a todas las disciplinas y/o contenidos para que el aprendizaje se lleve con eficiencia

### 2.3 Elementos didácticos

Para el estudio de la didáctica se debe considerar elementos de estudio como los que se

muestran en la siguiente figura, aunque no se debe perder de vista que se enfoca principalmente en el cómo enseñar.



A continuación se describen cada uno de los elementos.

#### 2.4 Educador

Es el encargado de planificar determinadas actividades para los educandos en el marco de una estrategia didáctica que pretende el logro de determinados objetivos educativos, y que al final del proceso el educando se someterá a evaluación para corroborar si ha logrado el objetivo.

#### 2.5 Educando

Es quién adquiere el aprendizaje y alcanza el logro establecido por el educador, mediante el uso correcto de las instrucciones dadas.

#### 2.6 Objetivos

Son los **propósitos o metas** a alcanzar. El desarrollo y descripción correctos de los objetivos de aprendizaje son fundamentales para poder llevar a cabo un programa sanitario, ya **identificado el problema, lo que sigue es redactar los objetivos de forma puntual** al hacer un análisis sistemático y real de las necesidades de la población a la que va dirigido el

programa de educación para la salud, los cuales deben de centrarse en que el individuo y la comunidad consigan: **aprender, aprender a hacer y aprender a ser.**

Se deben de plantear **los objetivos en dos niveles: los generales y los específicos. Un objetivo general es la declaración amplia de lo que se espera conseguir de la población al quedar finalizado el proceso educativo en salud**, sin mencionar el cómo, sino sólo indicando el resultado final, así que aquí es en donde se coloca el comportamiento que no existía en la población objetivo. Un ejemplo de este sería: “Modificar en sentido positivo los hábitos alimentarios de la población meta”, por lo que el resultado de este objetivo deberá luego de ser evaluado al final de proceso educativo.

En cuanto a los **objetivos específicos, estos se derivan de la descomposición del objetivo general, estos objetivos son los operativos**, en donde se exprese el resultado final que se espera conseguir con el programa de salud. Estos deben de enfocarse en los conocimientos, actitudes o destrezas que se espera que adquiera la población objetivo del programa, es aquí en donde se debe de tener claro y redactar que se pretende aprender, qué se debe aprender a hacer y qué se debe aprender a ser.

Para ayudar a establecer dichos objetivos, **la taxonomía de Bloom**, es la más común la cual consta de tres niveles:

- **Objetivos cognitivos:** Se refiere a los conocimientos que se han de adquirir
- **Objetivos psicomotores:** Son las capacidades prácticas o destrezas en base a la imitación y repetición lo que llevará a la formación de un hábito de vida.
- **Objetivos afectivos:** Aquí se encuentra implícita la motivación y está relacionado a las actitudes y valores, lo que comprende la receptividad de estos.

Por lo que los objetivos deben de ser de carácter operativo, en donde se establezca el comportamiento en concreto buscado, así que deben de utilizarse verbos activos, redactados en infinitivo los cuales puedan ser observable y medibles, así como coherentes, pertinentes, concretos, observables, realizables y evaluables

## 2.7 Contexto

En el que se realiza el acto didáctico, ejemplo localidad, contexto socio-cultural de la familia, características del centro u organización, contexto personal del educando, características del aula, o marco legal (opcional). En general el contexto puede contener aspectos geográficos, económicos, culturales y sociales, institucionales, personales e incluso legales.

## 2.8 Contenidos programáticos

Se refiere a los contenidos básicos de aprendizaje, que van desde conocimientos teóricos hasta prácticos para desarrollar progresivamente la adquisición de hábitos, técnicas y formación integralmente.

Es preciso señalar que en la Educación para la Salud, los contenidos estarán basados a necesidades previamente identificadas.

### 2.9 Medios.

Son las estrategias didácticas para facilitar los aprendizajes de los educandos, integrada por una serie de actividades que contemplan la interacción de los educandos con determinados contenidos. La estrategia didáctica debe proporcionar a los estudiantes: motivación, información y orientación para realizar sus aprendizajes.

Pero, **¿Qué son estrategias didácticas?** No es fácil determinar una única definición para estrategias, por la multitud de gamas y usos que comprende dicho concepto. Más aún cuando en diversas ocasiones los términos “método, técnica y estrategia, son utilizados indistintamente como sinónimos o de forma confusa.

En primero lugar vamos a diferenciar las expresiones método y técnicas.

Los métodos son un camino a seguir para llegar a un fin. Un método de enseñanza supone por tanto; unos objetivos, seleccionados, clasificados y secuenciados por medio de alguna estrategia conocida (Soler y otros, 1992:69) citado por Navaridas (1998).

Ahora bien el recorrido de este método puede realizarse a través de las diferentes actividades, que compartan cierto grado de viabilidad.

A la vez un método puede estar constituido por un conjunto de técnicas (Bisquerra 1999) citado por Navaridas (1998:19). En la actualidad, el sentido de técnica ha quedado reservado a los procedimientos de actuación concretos y particulares, asociados a las distintas a fases del método científico” (Pérez Serrano, 1998:224) citado por Navaridas (1998). Si podemos definir a las técnicas como unos procedimientos de actuación específicos que, realizados de forma concreta todas sus fases, pueden asegurarnos el éxito de la actividad. Por ejemplo, la Discusión Dirigida, como método, acudiría a las técnicas del Cuchicheo o Diálogos simultáneos para garantizar la participación activa.

La estrategia no se reduce en la mera aplicación de procedimientos específicos, sino que requiere un ejercicio de reflexión activa para la implementación de una o varias técnicas para trabajar un tema.

Sin embargo, estas estrategias didácticas deben tener características particulares como: planificación reflexiva (antes de emprender la acción) y control activo (durante y después de la propia acción formativa) de un conocimiento procedimental más o menos complejo (métodos y técnicas) según la situación y resultados deseados en la tarea educativa.

Es muy importante, a la hora de planificar y decidir qué estrategia (s) didáctica (s) a utilizar, se debe reflexionar sobre las siguientes condiciones:

- Para qué utilizarlas (qué objetivos se pretenden lograr)

- Quiénes las van a poner en práctica
- Dónde se va a implementar
- Con qué medios se cuenta
- Pertinencia, es decir, la relación entre la acción y las finalidades
- Facilidad en su aplicación
- Rentabilidad instructiva, lo que significa medios, fines, costos y resultados
- Adecuación a las características del participante
- Las estrategias deben ser dinámicas y flexibles

Además de lo anterior, los criterios a considerar para seleccionar estrategias son los siguientes:

- La interacción como fuente de desarrollo y estímulo para el aprendizaje
- Que permita la secuencialización de los niveles de dificultad para cada grupo y, si es posible para cada participante
- Que permitan una atención individualizada mediante procesos diferenciados dentro del aula
- La utilización de métodos y recursos variados que potencien la creación y el uso de las nuevas estrategias propias de búsqueda y organización de los elementos requeridos para resolver un problema.
- Que faciliten información previa al comienzo del trabajo de los participantes
- Que den importancia a la investigación, exploración búsqueda de solución por parte del participante
- Que permitan el uso de diversas fuentes de información y recursos metodológicos
- Que proporcionen al participante información sobre el momento del proceso de aprendizaje en que se encuentra
- Que se tiendan hacia metas de acuerdo a sus habilidades y limitaciones
- Que fomente la autonomía en la búsqueda de soluciones.
- Que su generen planes de trabajo y su revisión integral, tanto por parte del participante como del facilitador
- Que estimulen la creación de aceptación mutua y la cooperación dinámica de grupos
- Que favorezcan la planificación grupal o en equipo
- Que permita integrar medios didácticos variados como: recursos, escritos, material para la realización de experiencias, medios audiovisuales, computador etc.
- Que favorezca la programación de actividades para poner en práctica, descubrimiento dirigido, la investigación libre, realización pequeños proyectos, resolución de problemas, salidas fuera del aula, búsquedas de información, comunicación de resultados etc.

Finalmente, para el educador es importante tomar en cuenta estas consideraciones, al momento de formular una estrategia constituida de técnicas didácticas.

## 2.10 Técnicas didácticas y dinámicas grupales



Otro aspecto importante que debes identificar es la estructura o componentes de las técnicas didácticas y dinámicas grupales, ya que forman parte de las “Actividades” que se proponga en una planeación didáctica retomando aspecto en los elementos didácticos antes mencionados.

En la didáctica grupal, como el enfoque del diseño, instrumentación y evaluación del proceso de enseñanza aprendizaje se considera al grupo como elemento clave para alcanzar los aprendizajes. De esta manera el cómo se decide manejar cada uno de los componentes anteriores definirá el tipo de didáctica que utilizará el educador en su práctica (Zarzar, 2000: 17).

Existe una gran gama de actividades que el educador da estructura para que el educando construya el conocimiento, lo transforme, lo problematice, y lo evalúe. Por tal motivo, las técnicas didácticas son un elemento importante en el proceso de enseñanza-aprendizaje, para alcanzar los aprendizajes deseados. Una clasificación de técnicas se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tipo de técnicas	Técnicas
<b>Centradas en el educador /educador</b>	<a href="#">Exposición</a> <a href="#">Demostración</a> <a href="#">Lectura dirigida</a>
<b>Centradas en el educando/educando</b>	<a href="#">Aprendizaje basado en problemas</a> <a href="#">Discusión en equipos</a> <a href="#">Discusión guiada</a> <a href="#">Exposición</a> <a href="#">Grupos de discusión</a> <a href="#">Promoción de ideas</a> <a href="#">Proyectos</a> <a href="#">Exposición</a>
<b>Centradas en el desempeño/proceso de enseñanza-aprendizaje</b>	<a href="#">Comisión</a> <a href="#">Diálogos simultáneos</a> <a href="#">Discusión en equipos</a> <a href="#">Discusión de gabinete</a> <a href="#">Ensayo mayor</a> <a href="#">Foro</a> <a href="#">Mesa redonda</a> <a href="#">Mesa redonda con integrador</a> <a href="#">Panel</a> <a href="#">Promoción de ideas</a> <a href="#">Proyectos</a> <a href="#">Simposio</a> <a href="#">Taller</a> <a href="#">Técnica de casos</a> <a href="#">Trabajo en equipo</a>
<b>Centradas en el grupo</b>	<a href="#">Asamblea</a> <a href="#">Corrillo</a> <a href="#">Cuchicheo</a> <a href="#">Diálogo público</a> <a href="#">Dinámicas para iniciar un curso</a> <a href="#">Discusión de gabinete</a> <a href="#">Dramatización</a> <a href="#">Entrevista</a> <a href="#">Entrevista colectiva</a> <a href="#">Estado mayor</a> <a href="#">Foro</a> <a href="#">Interrogatorio grupal</a> <a href="#">Jornadas</a> <a href="#">Lluvia de ideas</a> <a href="#">Philips 66</a>

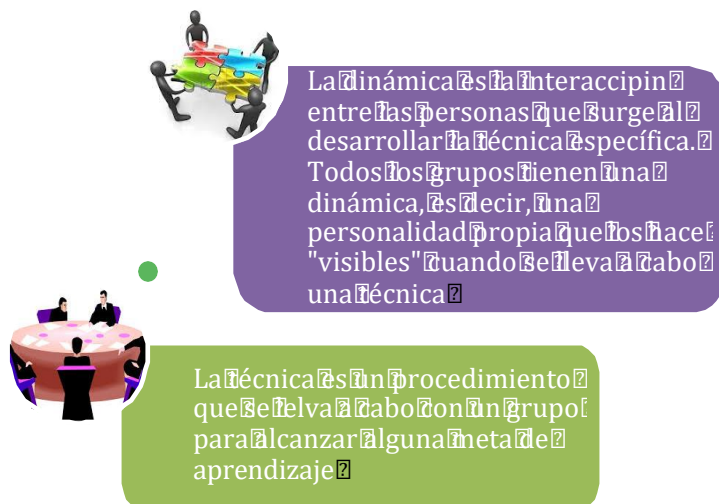
Así mismo, en el siguiente material se presentan algunas otras técnicas didácticas como resúmenes, elaboración de artículos, mapas mentales, mapas y redes conceptuales, taller reflexivo, investigación de tópicos y problemas específicos; informe de lectura, relatoría, pasantías informativas, juego de roles, simulación de procesos entre otros.

## 2.11 Estrategias bajo el enfoque de competencias

<https://www.itesca.edu.mx>

Es de resaltar que las técnicas por si solas quedan limitadas por tratarse de un procedimiento, cuando debe existir ciertos tipos de interacciones (dinámica grupal) que propicien el aprendizaje en el grupo, como confianza, comunicación, motivación tanto grupal como individualmente que permita asimilar aún más el aprendizaje. Por ejemplo, si se impartirá un taller (técnica didáctica), el educador debe prever de dinámicas grupales que propicien la comunicación y el trabajo en equipo.

En el grupo se crean dinámicas particulares como por ejemplo el compañerismo (el grupo adquiere una personalidad que los puede distinguir de otro); en caso contrario, el educador debe ser un buen observador para implementar dinámicas grupales que favorezcan el ambiente.



**En palabras de Zarzar (2000) La dinámica de grupos es:**

Conjunto de fuerzas internas y externas, conscientes e inconscientes, individuales y colectivas, que explican el movimiento de un grupo, su dirección u orientación, su velocidad y profundidad (...) la dinámica de grupo explica la red de interacciones que constituyen la estructura interna del grupo. De esta manera, los procesos de interacciones grupales requieren de ambientes flexibles, lúdicos y reflexivos que orienten al aprendizaje y que promuevan el trabajo en equipo, comunicación, confianza, responsabilidad, compromiso etc. Ahora bien, podemos decir que, la relación que existe una relación estrecha entre técnicas y dinámica y consiste en:

Las técnicas didácticas son procedimientos ordenados para llevar a cabo de metas de aprendizaje, no obstante hay algo más que se produce en el grupo y esto es una "Dinámica grupal" producto de las personas al llevar a cabo una técnica. La dinámica facilita el aprendizaje, la motivación, la integración de valores por lo que educador debe buscar dinámicas grupales para lograr los objetivos propuestos.

**2.12 En la siguiente tabla se hacen referencia a una clasificación de dinámicas grupales de acuerdo algunos autores:**

Autor	Clasificación de dinámicas grupales	
Miguel Cavidies (1991)	<b>De presentación</b>	<b>Pretenden lograr que los integrantes del grupo se conozcan</b>
	Integración	Sirven para que el grupo se integre estableciendo relaciones interpersonales que favorezcan a la meta.
	Conocimiento a sí mismo	Ayudan a que los participantes se conozcan a sí mismos.
Alfonso Francia y Javier Mata (1992)	Estudio y trabajo	Producir la integración del grupo en función de las actividades para lograr los objetivos
	De presentación	Síntesis de la persona ante el grupo.
	Confianza y conocimiento	Profundizar el conocimiento recíproco poniendo en marcha la capacidad de apertura y espontaneidad
	Estudio y trabajo	Dialogar, reflexionar, y trabajar un tema de interés común
Horacio Ferrelra y Marta Pasut (1998)	Creatividad	Descubrimiento, imaginación, improvisación etc.
	De iniciación	Tienen como objetivo un conocimiento mutuo de integración de los miembros o el logro de confianza a través de la des formalización.
	De producción	Orientadas a organizar al grupo para que una tarea específica se vuelva más productiva. Aprovechar las potencialidades a través del intercambio de informaciones.
De cierre	Sirven para evaluar permanentemente o periódicamente los procesos que el grupo vive, permite la mejora permanente te del grupo tanto en su funcionamiento como en su rendimiento.	

De la anterior clasificación, se desprenden una serie de dinámicas dirigidas a la motivación, liderazgo, relajación, trabajo en equipo, comunicación etc. En donde adquieren nombres llamativos como “Rompecabezas de palabras” “La comunidad ideal” etc.

En el siguiente material podrás consultar una lista de dinámicas y técnicas grupales, están

Categorías

Subcategorías

Dinámicas

Gerza.com (2007) *Dinámicas de grupo*. [Página web]. Retomado de: <http://www.gerza.com/dinamicas/dinamicas.html>

Gerza.com (2007) *Técnicas de grupo*. [Página web]. Retomado de: [http://gerza.com/tecnicas\\_grupo/tecnicas\\_grupo\\_ok.html](http://gerza.com/tecnicas_grupo/tecnicas_grupo_ok.html)

agrupadas en categorías, subcategorías para posteriormente elegir la dinámica de interés.

Una vez revisado lo anterior, se debe tener claro esta diferencia y relación a la vez, cuando se habla de técnicas dinámicas grupales y de estrategias, como se ha tratado de diferenciar desde el punto conceptual, ya que encontrarás varios textos y autores que lo manejan indistintamente, o bien las mismas personas que no están familiarizados con temas de educación pueden caer confusiones.



### 2.13 Material didáctico

Otro aspecto importante son los recursos o materiales didácticos, aspecto a considerar en la planeación y aplicación de técnicas grupales son los materiales didácticos. Los materiales puedes ir desde hojas de colores, pizarrón hasta carteles, trípticos etc. En seguida se señalan algunas lecturas de Recursos y materiales didácticos dirigidos a la educación para la salud.

En esta unidad el nutriólogo (a) debe asumir un papel de educador, de transformador de conciencias, de motivador, de guía para el cambio de conductas. De este modo, tomará sentido el proceso de enseñanza aprendizaje en contribuir a la formación integral del ser humano, y entre ello se encuentra contar con una alimentación sana que impactará de manera positiva en los diferentes ámbitos de la vida.

El **proceso de educación en salud** se considera **dinámico**, por lo que con el paso de los años se han encontrado cada vez más tendencias y maneras de transmitir este mensaje a la comunidad, en el área de la salud lo primordial es basarse en un modelo integrador en donde el objetivo fundamental es establecer una modificación de conductas y

comportamientos de la población, el cual se base en el cambio de hábitos en un sentido positivo de salud, es decir, enfocándose no a lo negativo o prohibido, si no en los beneficios a obtener al hacer cambios en el estilo de vida actual.

Para esto se reconoce la labor tan importante del profesional de la salud y de un equipo activo, participativo y multidisciplinario e interdisciplinario, en donde se involucre al equipo médico (médicos, enfermeras, dentistas, psicólogos, nutriólogos) pero también reconocer la importancia de las personas no dedicadas al área de la salud pero que también juegan un papel muy importante en los programas de educación para la salud (la propia familia, maestros, medios de comunicación) haciendo énfasis a la familia, recordando a la familia como esa entidad base del sistema y que debe de ser en todo momento la gran aliada del profesional de la salud que busca como objetivos primordial la salud de la comunidad.

Es necesario tener presente que en el ámbito de promoción de la salud el nutriólogo deberá contar conocimiento de los elementos didácticos (educando, educador, contenido, contexto, evaluación) para idear de manera creativa estrategias educativas para facilitar el aprendizaje.

En general las estrategias tienden a estimular el desarrollo de todas las capacidades físicas, afectivas, intelectuales y sociales, y por consecuencia deben emplearse como medios o recursos convertidos en un conjunto de técnicas o procedimientos con un fin en específico, para orientar la enseñanza hacia los aprendizajes significativos del participante.

Por este motivo, las estrategias se deben ajustar a las características individuales del participante, área de conocimiento y necesidades a atender.

### UNIDAD III

## EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD

A lo largo de la historia la salud se ha definido como la ausencia de enfermedad, sin embargo, este término como se ha revisado en algunas asignaturas precedentes implica mucho más. En 1974, en base a un estudio sobre los factores determinantes de la salud, los cuales son descritos por Lalonde en Aguilar C. (2004) menciona que son cuatro los que interfieren en el estado de salud de un individuo:

1. Factores biológicos
2. Medio ambiente (biológico, psicológico y cultural)
3. Estilos de vida
4. Sistemas de asistencia sanitaria


En base a este estudio se pudo observar que en el gasto público los Gobiernos utilizan 80% de éste en la asistencia sanitaria, lo cual es bueno, sin embargo se descubrió que solo el 5% se destina a la promoción enfocada al estilo de vida y el medio ambiente, esto lo convierte en un verdadero problema ya que hoy en día se sabe que son estos los responsables y verdaderos determinantes de la salud de las personas.

Estilos de vida que marcan conductas poco saludables y que además son determinantes de la salud en la población como el hábito de fumar, tomar alcohol, consumo de drogas no legales, falta de actividad física, consumo de grasa saturadas y grasas Trans, el exceso de estrés, el no tener el hábito de desayunar, en fin hábitos de vida muy sencillos de llevar a cabo pero que con el tiempo hacen que las personas pierdan su salud. Se ha observado que estos malos hábitos en el estilo de vida han incrementado significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad, algo que no sucede cuando se lleva un estilo de vida más saludable lo cual ayuda a mantener una mejor calidad de vida de la población.

Como antecedente a la importancia del estilo de vida y su impacto en la salud, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, aprobó en 1981 que la promoción de la Salud debe de ser prioridad y un aspecto fundamental en todos los Gobiernos, luego de ello se establecieron los principios estratégicos de “Salud para todos para el 2000” en donde se menciona la importancia de la promoción de estilos de vida saludables, junto con la prevención de enfermedades evitables y la ayuda en la rehabilitación de la salud deteriorada, los cuales deben de ser la base para conseguir un nivel mínimo de salud a nivel mundial.

Tomando como base lo anterior, en esta unidad se hará un análisis del impacto favorable de la promoción de la salud como estrategia de salud pública, que emplea a la Educación para la Salud como herramienta para llevar a cabo acciones preventivas en temas de salud en la sociedad.

Haciendo un paréntesis, es necesario tener un lenguaje unívoco para algunos términos que se pueden encontrar en esta unidad. Es por ello, que se te invita a revisar el Glosario de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el siguiente material:



OMS. (1998) *Promoción de la salud. Glosario*.  
 Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=A8DF4C06FE1582613A584D99B4BF8C1A?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=A8DF4C06FE1582613A584D99B4BF8C1A?sequence=1)

Es por ello, que a continuación se describen las concepciones de promoción de salud, y Educación para la Salud, para posteriormente encontrar sus relaciones intrínsecas que impactan en los estilos de vida saludable.

### 3.1 Promoción de la salud

La primera conferencia llevada a cabo sobre el tema de la Promoción de la salud "Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública", Ottawa (Canadá), 17-21 de noviembre de 1986 en donde se da a conocer el concepto de Promoción de la Salud como:

- La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades de cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las actitudes físicas. Es un proceso social y político que no solamente se dirige a fortalecer las habilidades y conocimiento de los individuos en salud, sino también se dirige a cambiar, las condiciones sociales, ambientales, y económicas para aliviar su efecto en el público y en la salud de cada individuo. (Vargas, Villegas, & Holthuis, 2003: 26)

De este modo, el objetivo de la Promoción de la salud es: realizar cambios perdurables a través del desarrollo de políticas públicas saludables, lo que obviamente implica plantear estrategias e identificar ámbitos de acción. (Vargas, Villegas, & Holthuis, 2003: 26)

Las estrategias que estableció en la Carta de Ottawa fueron tres:

- Abogar por la salud por medio de una combinación de acciones individuales y sociales diseñadas para ganar el compromiso y apoyo político, además de la aceptación para lograr la meta en salud. (Glosario OMS, 1998).
- Capacitar a las personas para alcanzar su potencial de salud.
- Mediar entre intereses divergentes a favor de la salud.

Así mismo, dentro de las estrategias se establecen cinco líneas generales de la promoción en salud:

- Desarrollo de políticas saludables,
- La creación de un entorno que favorezca la salud,
- Reforzar la acción en la comunidad,
- La importancia de desarrollar habilidades personales y
- Reorientar los servicios sanitarios,

En seguida se ilustra las estrategias, niveles de acción y valores que persigue la promoción de la salud.

Promoción de la salud		
<b>Estrategias:</b> Participación comunitaria Apoderamiento Educación para la Salud Políticas intersectoriales Abogancia	<b>Niveles de acción:</b> a) Individual b) Social: Estructura social y política, Organizacional, Comunidad, Ambientes y entornos saludables y Profesionales	<b>Valores :</b> Equidad Justicia social Salud como derecho

Teniendo en cuenta lo establecido por la carta de Ottawa, se identifican tres rutas para cumplir los propósitos de la Promoción para la salud:

- **La información.** Es un elemento básico para quienes toman las decisiones sobre la salud a nivel comunidad.
- **Comunicación social.** Es el proceso para transmitir los mensajes a los individuos y comunidades.



- **Educación para la Salud.** Facilita el aprendizaje y obtención de conocimientos, habilidades y actitudes con respecto al cuidado de la salud.

De tal modo, que la promoción de salud como disciplina de estudio, práctica y acción, se define como un proceso político y social que abarca no sólo las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también dirigidas a modificar condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (Hernández & Lozano., 2013: 283-284).

Para cerrar este apartado de la promoción, es importante mencionar que si bien la Carta de Ottawa fue la primera vez que se abordó a la promoción de la salud, posteriormente se celebraron más conferencias internacionales, donde se intercambiaron experiencias para fortalecer este tema, tales como:

- **Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud:** "Políticas públicas favorables a la salud", Adelaida (Australia), 5-9 de abril de 1988, produjo las Recomendaciones de Adelaida sobre las políticas públicas favorables a la salud.
- **Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud:** "Entornos propicios para la salud", (Suecia), 9-15 de junio de 1991; produjo la Declaración de Sundsvall sobre los entornos propicios para la salud.
- **Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud:** "Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud al siglo XXI", Yakarta (Indonesia), 21-25 de julio de 1997.
- **Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud.** "Promoción de Salud: Hacia una mayor equidad" México (5-9 de junio de 2000). En donde se firma la Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud.

De acuerdo con lo anterior, se pueden concluir lo siguiente:

- En la Carta Ottawa se legitima a la Promoción de la Salud como una estrategia legítima en el campo de la salud pública.
- La promoción de la Salud, no sólo es un modelo en la que se basan los esfuerzos dirigidos a la salud, sino que ayuda a identificar determinantes de salud.
- La promoción de la Salud, orienta para establecer políticas en salud, pero buscando la participación individual social y de diversos sectores sociales.
- La promoción de la Salud, enfatiza a la capacitación de personas y comunidades.

- La promoción de la Salud, es una estrategia de intervención a nivel local, regional y nacional.
- La promoción de la Salud fomenta el desarrollo de habilidades y capacidades de las personas. El equipo de profesionales de salud debe contar con las competencias para aplicarlas en los grupos sociales.
- Toma como instrumento a la Educación para la Salud para lograr sus objetivos.

### 3.2 Educación para la Salud

Se toma a la Educación para la Salud (EpS) como proceso educativo e instrumento de la salud pública y por consiguiente de la promoción de la salud.

Existen diversas definiciones sobre Educación para la Salud, entre ellas:

- La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (OMS, 1998, citado en Redondo, 2004)

Otra definición de la Organización Mundial de la Salud define la Educación para la Salud (Ochoa, 2005, citado por Díaz, Pérez, Baéz & Conde, 2012) como:

- La disciplina que se ocupa de organizar, orientar e iniciar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo, y de la comunidad con respecto a su salud.

Esta definición está ligada a los contenidos vistos en la unidad I Principios básicos de educación y didáctico se enfatizaba que la educación debe ser un acto consciente, que busca la formación integral, sin embargo se abordará a la educación en el ámbito de la salud del individuo y a nivel colectivo. De esta manera se puede decir que existe una relación fuerte entre educación y salud impactando de forma directa en aspectos familiares económicos, sociales, sanitarios, políticos.

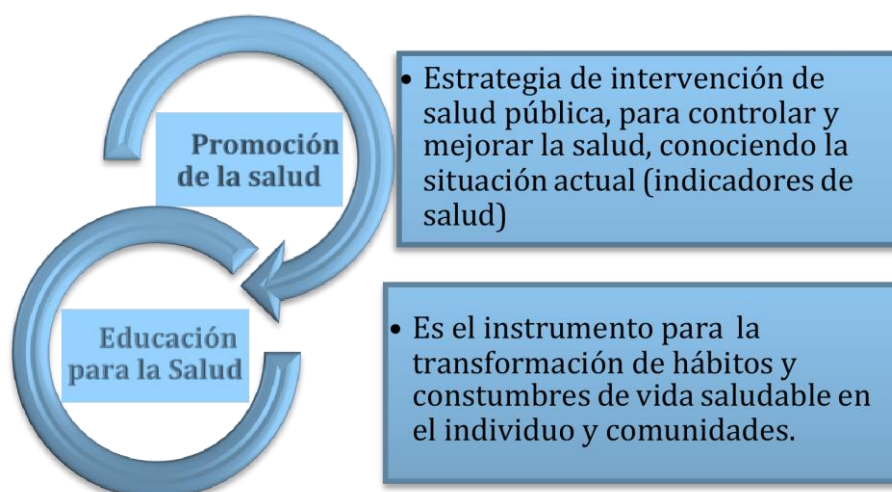
Con relación a lo dicho, y a manera de ejemplo se puede decir que existen algunas enfermedades que impiden a los niños asistir a la escuela, y los padres de estos niños invierten en medicamentos (lo cual afecta su economía), o bien en algunos casos dejan su empleo para los cuidados del menor y atender a citas médicas, donde a la vez cada día hay una gran demanda en los servicios de salud públicos en el que se destinan gran porcentaje del gasto público. Toda una cadena de consecuencias en diferentes niveles.

De esta manera Álvarez R. (2002) indica que la EpS debe ocuparse de que las personas conozcan, analicen las causas sociales, económicas y ambientales, que influyen negativamente en la salud; de desarrollar habilidades que lleven a una situación en la que las personas: deseen vivir sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que sea, individual y colectivamente, para mantener la salud, y busquen ayuda cuando lo necesiten.

Es preciso señalar que el objetivo de la Educación para la Salud, no se limita en transmitir información, ni ser vehículo de comunicación, sino promover actitudes de cambio a conductas encaminadas a la conservación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, para lograr estilos de vida saludables.

Sin embargo, tanto el individuo como la comunidad debe saber y actuar de manera informada y autónoma de cómo prevenir enfermedades, así como las acciones para su atención, y para lograr este estado ideal, se debe desarrollar hábitos y comportamientos sanos y seguros, y a afrontar la posible enfermedad en un ambiente de normalidad. Todo esto es tarea de la Educación para la Salud que implica programas que atiendan a necesidades debidamente identificadas, con personal de salud capacitado y con metodologías planeadas, para atender a los diferentes niveles de prevención.

Ahora que ya se tiene como referencia los conceptos de Promoción para la salud y Educación para la Salud, se puede resumir la relación entre ambos en la siguiente figura:



### 3.3 Ciencias de la salud

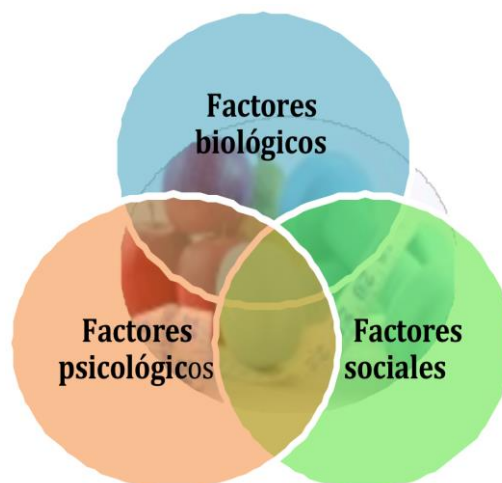
La Educación para la Salud, por su naturaleza tiene unas bases de las ciencias de la salud. La salud de forma general se ha visto generalmente desde un enfoque biomédico, es decir se considera que los problemas relacionados a la salud sólo se deben a factores biológicos

provenientes del ambiente, en este enfoque tradicional implica solo la relación médico – paciente en donde el paciente actúa solo de forma pasiva, no recae ningún tipo de responsabilidad sobre él ya que él únicamente debe de seguir las instrucciones de su médico tratante, se espera que como la enfermedad solo tiene relación con un desequilibrio biológico, entonces el comportamiento del paciente no tiene relación con su padecimiento.

Este enfoque sigue estando vigente, sin embargo, hoy en día en la sociedad ha aumentado la esperanza de vida; y se observa que las enfermedades presentes en la población son las enfermedades crónicas, por lo que este enfoque solo biomédico que había prevalecido poco a poco va perdiendo valor, ahora el enfoque de salud es hacia un modelo llamado Biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial considera la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales, determinantes de la salud o enfermedad de los individuos y comunidades.

Según Hernández (2009), con base a Fernández y Pérez (1998) el modelo biopsicosocial considera que la salud y la enfermedad forman parte de un continuum, donde la salud sería el resultado de tener cubierta las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del individuo (p.18).



Una parte fundamental a tomar en cuenta desde esta perspectiva sobre la salud, son los **factores psicológicos y sociales** que afectan al individuo, ya que dentro de estas se encuentra

las condiciones de vida, los hábitos de vida o también conocidos como **estilo de vida**, los cuales ayudan a explicar en gran medida muchas de las enfermedades que se viven en la sociedad actual, de aquí radica la gran importancia de transmitir este enfoque a la sociedad, en donde se hable de los valores asociados a una cultura que procura un estilo de vida saludable, es de suma importancia la promoción y educación en nutrición y salud, vinculada no sólo a nivel individual, sino también la relación al ambiente familiar y de igual manera en otros niveles de influencia, el objetivo es dejar claro el reconocimiento del estilo de vida como la principal causa del estado de salud o enfermedad.

De ahí radica la importancia de la prevención en tratar a la enfermedad en la etapa pre patogénica (cuando el individuo está sano), ya que es en este momento cuando se utiliza la medicina preventiva para evitar que el organismo pase a la etapa patogénica o de enfermedad. Esto es importante conocer ya que da la pauta para decidir cuál nivel de prevención de la salud utilizar, en donde se busca prevenir una enfermedad o curarla.

De acuerdo a lo anterior, se conocen cuatro niveles de prevención de la salud (aunque comúnmente la mayoría de los documentos de salud refieren a lo últimos tres): prevención primordial, prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

La **prevención primordial** trata de acciones enfocadas a modificar nuevos patrones sociales, económicos y culturales para procurar una mejor calidad de vida, lo que se busca en este tipo de prevención es que el individuo o comunidad cambie de enfoque y modifique creencias y costumbres que puedan dañar su salud, para fomentar en él las nuevas costumbres que le ayudarán a conservar y a mejorar su salud, esto es mucho antes de que comience a presentar signos de perderla.

La **prevención primaria**, se lleva a cabo durante el periodo pre patogénico para evitar la aparición de la enfermedad, el ejemplo del tipo de acciones que pertenecen a esta prevención primaria son el buscar una alimentación sana, equilibrada y completa, énfasis en la educación sobre la higiene para la prevención de enfermedades en general, tomar en cuenta la importancia de la potabilidad del agua, de los alimentos, manejo sanitario de la basura, mejorar el ambiente en el que se vive, también se toma en cuenta contar con las vacunas necesarias para la edad y riesgos específicos, aplicación de flúor para combatir la caries, atención y ayuda oportuna en enfermedades crónicas para evitar complicaciones con el paso de la enfermedad, y en situaciones laborales seguir las normas de seguridad e higiene en la planta, tener un plan de protección contra accidentes; y en la comunidad evitar focos de infección, en sí trata de contribuir a la regeneración y mantenimiento del equilibrio del ambiente en donde se vive diariamente.

La **prevención secundaria**, este nivel de prevención se utiliza cuando el individuo ya se encuentra enfermo, lo cual indica que las medidas primarias han fracasado. Aquí lo que hay que fomentar en la población es que visite al médico, la importancia de la toma de estudios necesarios para su enfermedad y buscar el saneamiento del ambiente en el que se desenvuelve, el cual pueda tener relación con su padecimiento.

Por último, **la prevención terciaria**, la cual es muy importante tratar de evitar llegar, ya que aquí la enfermedad está muy avanzada y lo que se busca es limitar el daño y la posible invalidez.

Como se ha revisado las principales causas en el desequilibrio de la salud, tienen que ver con el estilo de vida de cada persona y con las decisiones que toma día con día con respecto a su vida en general, es importante recordar que el ser humano viene al mundo totalmente equipado para vivir con órganos, aparatos y sistemas en funcionamiento óptimo, pero con el paso de la vida y las malas decisiones que toma se deteriora a una mayor velocidad provocando muchos tipos de enfermedades las cuales harán que no se tenga calidad de vida, aquí la importancia de la educación en salud para hacer consciencia en las personas de que su estado de salud o enfermedad depende principalmente de ellos mismos y que como profesional y a nivel Gobierno es muy importante trabajar en los primeros niveles de prevención para tratar de evitar llegar a la prevención secundaria y terciaria en donde la salud ya se encuentra muy deteriorada.

Teniendo en consideración lo anterior, generalmente, se cae en un error pensar que la Educación para la Salud sólo interviene en el nivel de prevención primaria, dirigido a sólo a individuos sanos, no obstante la EpS también interviene los siguientes niveles de prevención. Por ejemplo. En el caso de campañas de prevención de cáncer pulmonar, en el primer nivel se hacen campañas a personas sanas o que presentan esta enfermedad en baja complejidad. Sin embargo, en el segundo nivel de prevención, la persona que ha sido detectado con cáncer debe de darse una guía de recomendaciones para evitar mayores complejidades en su salud. Mientras que en el tercer nivel de prevención la EpS interviene en la rehabilitación a nivel biológico pero también psicosocial, debido a que debe capacitar al enfermo a cómo vivir con las secuelas de la enfermedad crónica- degenerativa en su vida cotidiana, así como enseñar a quienes lo rodea el conocimiento del comportamiento de la enfermedad y evitar complicaciones.



### 3.4 Ciencias de la educación.

La Educación para la Salud implica el proceso de enseñanza-aprendizaje, aspecto pedagógico abordado en la unidad I, en donde recordarás que la enseñanza busca desarrollar las potencialidades del individuo, para ello los objetivos deben ser adaptados a las necesidades y características de las personas a quien se dirigen los esfuerzos. Así mismo el aprendizaje se construirá con respecto a las experiencias vividas y el nivel de significancia, esto producirá un cambio duradero en la manera de pensar, sentir y actuar.

En otras palabras, un proceso de enseñanza – aprendizaje se debe de llevar a cabo a través de una metodología encaminada a conseguir los objetivos propuestos en el inicio de la intervención, en donde el emisor o profesional de la salud enseña y el receptor o paciente aprende, el cual debe de representar un proceso dinámico durante toda la intervención. Lo más importante de esta es que se lleve a cabo el ciclo del aprendizaje el cual consta de:

- Efectuar una observación sobre un hecho en específico
- Desarrollar una hipótesis, esto es tratar de explicar por qué sucede alguna cosa observada, es decir una conceptualización abstracta.
- Luego establecer pruebas para explicar el fenómeno observado, es decir hacer una experimentación activa para contrastar con la experiencia concreta del principio.

Todo lo anterior, es lo que el individuo experimenta de forma constante con sus vivencias, los cuales va modificando en base a sus observaciones y experiencias, por lo que se dice que todo aprendizaje realmente es un reaprendizaje, de aquí surge la idea de K. Lorenz en Aguilar (2004) que dice:

“Dicho no significa oído, oído no significa comprendido, comprendido no significa estar de acuerdo, estar de acuerdo no significa llevar a cabo, y llevar a cabo no significa mantener” (p. 49).

Por ello, es muy importante que el profesional de la salud se asegure de mantener motivado al individuo para que éste, a través de sus acciones lleve a cabo los cambios necesarios en su estilo de vida y los desee mantener para siempre.

Aunado a lo anterior, es necesario tener en cuenta la metodología a emplear (métodos, estrategias, técnicas didácticas y dinámicas grupales, así como los recursos o materiales a emplear) para crear ambientes favorables de aprendizaje.

Para Marqués, Saéz & Guayta, 2004, hace una clasificación en métodos directos e indirectos en el proceso de comunicación, sin embargo, no se debe de olvidar que existen una gama amplia de metodologías al momento de intervenir en la Educación para la Salud.

Los métodos directos, como la entrevista, clase magistral, conferencia, charla y grupos reducidos los cuales sirven en el objetivo de comunicar información que ayude a la modificación de estilos de vida de riesgo para la salud.

Mientras que los métodos indirectos, se apoyan principalmente de los medios de comunicación social en masas.

Métodos directos	Educación individual frente a educación grupal
	Charla, clase, exposición
	Dinámica de grupo
	El consejo del profesional sanitario
Métodos Indirectos	Medios visuales: carta circular, folleto educativo, carteles, artículos de divulgación (revistas)
	Medios sonoros: programa de radio, grabaciones.
	Medios mixtos: televisión, video, cine, multimedia, montajes audiovisuales, artes plásticas (teatro, juegos, dramatización)

Para el alcance del profesional de la salud, se describen los métodos directos:

- **La entrevista**, esta es una de la relación más habitual entre usuarios y profesionales, aquí de forma regular el usuario o paciente acude a un profesional para pedir ayuda respecto a un problema concreto, la entrevista es de mucha utilidad debido a que se llega a obtener un equilibrio entre la obtención de información que necesita el usuario y las emociones y sentimientos que provocaba esta falta de información en él, esta se considera la mejor herramienta en la llamada Alianza Educativa y se considera una herramienta imprescindible en la Educación para la Salud. (Marqués, Saéz & Guayta, 2004:68).





- **La clase magistral**, aquí se desarrolla el aporte de información que genera comprensión e interés sobre un tema específico, aquí es de suma importancia que el educador presente una magnífica habilidad de explicar a la hora de impartir la clase, una buena clase consta de tres partes: introducción, desarrollo y conclusión. (Marqués, Saéz & Guayta, 2004:70).



- **La conferencia**, en este tipo de exposición, el receptor sabe a los pocos minutos si el tiempo que escuchará al orador valdrá la pena o no, lo ideal es que el conferencista sea experto en el tema; los componentes de una conferencia son: la introducción, el cuerpo y el epílogo, como el conferencista conoce mucho del tema, el cuerpo puede hasta improvisarlo, aquí es muy importante que al inicio de la conferencia se comience con comentarios que impresionen al público para despertar su atención y curiosidad. (Marqués, Saéz & Guayta, 2004:70).
- **La charla**, es una conferencia en tono informal y de forma regular esta puede presidir una conferencia, esta se realiza en un ámbito más cercano entre el orador y el público. Esto permite una mayor flexibilidad en el lenguaje teniendo una mayor participación del auditorio. (Marqués, Saéz & Guayta, 2004:71).



- **Los grupos reducidos**, esta técnica permite utilizar de una mejor manera los recursos disponibles tanto de tiempo como de personas, aquí la comunicación se convierte de bidireccional a multidireccional entre todos los participantes del grupo y los comentarios y experiencias de unos es de utilidad para otros. (Marqués, Saéz & Guayta, 2004:71).



En base a esta clasificación se puede distinguir que el profesional de la salud puede utilizar en los métodos directos, en donde la base es fundamentalmente la palabra hablada con apoyo de medios audiovisuales accesibles según sea el caso, mientras que en métodos indirectos también se puede hacer uso de la palabra hablada, pero es fundamental la palabra escrita e imágenes, ambos tipos de comunicación son de mucha utilidad, el uso de uno u otros dependerá de la comunidad meta y los objetivos planteados en el programa de promoción de la salud.

Se debe tener especial cuidado al momento de implementar alguno de los anteriores métodos, ajustándolo a las necesidades y tipo de población, se requiere de preparar muy bien el tema, y aprovechar los recursos, sin embargo, todos tienen algo en común, y se trata de que el profesional tiene que estar al frente de una persona o grupo de personas, por lo que la habilidad de ser un buen orador es algo crucial a desarrollar. Por este motivo, se presentan 10 mandamientos de un orador, extraídos del libro *Como hablar en Medicina* de Jame Calnan & Andras Barabas (1979) citado por Aguilar, 2004:72.

- Tener buen aspecto y sentirse bien
- Hablar con claridad y no leer
- Prepararse concienzudamente
- Disponer de tiempo suficiente
- Ensayar con frecuencia
- Ordenar las series con lógica
- Seleccionar bien el material

- Usar los medios audiovisuales apropiados
- Contestar las preguntas con claridad
- Ser bondadoso, jovial y amable

En seguida se profundiza más sobre el tema comunicación, aspecto primordial para la EpS, que aunque ya aspectos vistos en la asignatura de Comunicación efectiva en salud es importante considerarlos desde el punto de vista de la EpS.

### 3.5 Ciencias de la comunicación

La información proporcionada por el profesional de la salud debe de entenderse como el inicio del proceso de la comunicación, con el principal objetivo de convencer a llevar una vida más saludable por lo que esta debe de ser totalmente persuasiva, para establecer una clara relación sobre el comportamiento tanto emocional como intelectual, en donde juegan un papel central en el proceso de cambio de hábitos, haciendo énfasis en que **los mensajes informativos son muy importantes, pero muchos más relevantes la forma de transmitirlos**, con la finalidad de erradicar los comportamientos perjudiciales para la salud y ayudar a fomentar los comportamientos y actitudes que ayudan a llevar a cabo una salud positiva.

De este modo, para conseguir los objetivos que se buscan en la promoción de la salud, se debe de centrar en un **adecuado proceso de enseñanza – aprendizaje**, el cual debe de estar basado en un **correcto proceso de comunicación**.

Según Aguilar (2004) señala que “La información por sí sola, aunque importante y decisiva como primera etapa del proceso de comunicación, no provoca modificaciones en las actitudes de la población, a no ser que se establezca un verdadero proceso educativo en base a la incorporación de métodos bidireccionales de comunicación” (p.35). Así que la comunicación y su correcto uso con técnicas de motivación son vitales para incidir de forma eficaz en la población objetivo de cualquier programa de promoción de la salud.

La comunicación en salud, se basa en los principios de una comunicación efectiva, sin embargo, en este caso, la comunicación verbal y no verbal que se lleva a cabo de forma bidireccional entre el emisor (agente de salud) y el receptor (representado por el individuo sano o enfermo y su entorno familiar) es crucial, ya que aquí se presenta la posibilidad del doble flujo, lo que ayuda a que se lleve a **cabo la gran diferencia entre solo informar y el verdadero proceso de comunicación, que es cuando se habla de establecer un proceso educativo en busca de una adecuada modificación de hábitos y estilos de vida**, los cuales se espera que se traduzcan en verdaderos comportamiento de modificación de hábitos y estilos de vida de una forma permanente.

El método correcto a utilizar en la comunicación de un programa de promoción de salud es el **directo**, lo que significa que dentro del intercambio de comunicación el receptor tiene la oportunidad de retroalimentar lo aprendido, lo cual ayudará a tener una mejor consecución de los objetivos planteados para la modificación de hábitos, para esto el profesional de la salud (emisor) debe de manejar el código adecuado para transmitir el mensaje, de esta manera y según el contexto de cada receptor (paciente) descodifique el mensaje y lo interprete. Por lo que se debe de recordar que lo **que realmente importa en el proceso de comunicación eficaz no es lo que dice el emisor, si no lo que haya entendido el receptor.**

La comunicación, puede verse como un proceso sencillo de llevar a cabo debido a que se realiza casi de manera natural todos los días, pero en el caso de **la comunicación en la promoción de la salud, lo que se pretende utilizar es la Comunicación Persuasiva**, durante este tipo de comunicación **el profesional de la salud trata de vender sus ideas sobre la salud, tratando de convencer al otro sobre la modificación de sus hábitos y estilo de vida para su beneficio**, por lo que este tipo de comunicación se vuelve todo un arte, por esta razón el profesional sanitario debe de encontrarse correctamente habilitado bajo este enfoque de la comunicación interpersonal, así que la base de este tipo de técnicas se centra en el cumplimiento de la comunicación bidireccional con ayuda de técnicas de motivación, en donde también tiene mucha influencia la credibilidad que tenga el profesional de la salud sobre el tema tratado.

La comunicación persuasiva trata en transmitir al individuo que necesita cambiar sus hábitos, que el comportamiento saludable que se le está explicando es beneficioso para su salud, por lo **que las ideas e información presentada se debe de realizar de la forma más atractiva posible**, en donde se muestren todas las ventajas y desventajas del cambio propuesto, haciendo el mensaje lo más entendible posible, es de suma importancia recalcar que el cambio de vida propuesto concuerda con sus valores y creencias, lo cual coincide con lo que el receptor desea en la vida, coincidiendo con la cultura y ambiente en el que se desenvuelve, es decir su grupo social y familiar, por último para que todo lo anterior funcione **el profesional de salud, debe de estar completamente de acuerdo con lo que trasmite en sus mensaje de salud**, estar involucrado, ser ejemplo y estar convencido del cambio, para que de esta manera el emisor se encuentre entusiasmado y esta actitud positiva sea transmitida de forma natural en la comunicación.

No hay que olvidar que la gente conoce mejor que nadie su estilo de vida y alimentación, además que de forma general cuentan con información sobre el daño de comer en exceso o de fumar para la salud, por lo que agregar solo más información no será de gran ayuda suficiente, lo que se necesita es una **buena comunicación persuasiva y participativa, con esto se logrará que el individuo sea activo**, es decir que se interese y le preocupe su salud pero además de una paso más y logre llevar a cabo los cambios necesarios para obtener la salud.

En el proceso de **comunicación persuasiva y participativa se enfoca en los mensajes positivos, es decir evita los mensajes negativos y las prohibiciones enfocándose siempre en reforzar lo positivo**, lo agradable, por lo que hacer educación para salud bajo este enfoque significa dar a elegir y en ningún caso forzar ni prohibir. Con esta idea se debe de recordar

que el profesional de la salud es el experto de la salud y la enfermedad, pero no hay que olvidar que el paciente es un experto en su vida, es decir en su vivencia subjetiva de salud y enfermedad en cada caso en particular.

Cómo se ha mencionado, el profesional de la salud juega un rol muy importante como promotor de la salud, ya que su influencia como agente de educación sanitaria es crucial, esto se debe a que las personas que los consultan confían en ellos esperando una contribución seria, profesional y directa para su vida, esto gracias a la credibilidad social que tienen ante la población, por lo que **el profesional de la salud puede tener una influencia tanto informal como formal** en el individuo y comunidad.

La influencia informal también llamada no intencionada, es crucial en el mensaje que se desea transmitir ya que los gestos, la palabra y la actitud, son importantes experiencias educativas que se dan de forma indirecta hacia el paciente las cuales influyen mucho en su actitud hacia el cambio de estilo de vida buscado.

Posteriormente, se tiene a **la influencia formal, la cual puede ser indirecta o directa**, la primera se refiere a entrevistas o mensajes llevados a cabo a través de medios de comunicación social como la prensa, radio o televisión, así como artículos de un periódico o una revista, mientras que la influencia formal directa es la que se lleva a cabo durante las continuas intervenciones con el individuo y su familia, en este tipo la comunicación se debe de tener de una forma clara para poder llevar a cabo la implementación de un programa de educación en salud, utilizando de una forma eficiente una excelente comunicación basada en el proceso de enseñanza – aprendizaje.

Por otra parte, es de resaltar que es el profesional de salud es quién cuenta con la información más técnica sobre el tema a tratar, sin embargo, aquí el individuo siempre tiene la posibilidad de expresar sus dudas, y de esta manera la relación emisor – receptor es enriquecedora para ambos.

No hay que olvidar que existen aspectos que influyen en la comunicación de acuerdo a Cibanal, Arce,& Carballal, 2010, tales como:

- **La percepción.** Cada individuo percibe la realidad de diferente modo con ayuda de los sentidos. La percepción es selectiva. Por ejemplo, si a un grupo de personas se les presenta un libro y se les preguntara ¿Qué ven? Cada uno dirá algo de su interés, como el material del libro, otros títulos, otros dirán algo de su contenido.

Por otro lado, la percepción implica una construcción humana como parte del pasado, de la ideología, de la cultura en la que se vive, de las experiencias en su conjunto, lo cual lleva a hacer interpretaciones de los objetos y de la realidad. Es por ello la importancia de considerar los fenómenos que ocurren en el contexto del individuo, para acercarnos como percibe su alrededor.

- **Valores y creencias**

Los valores están relacionados con la autoestima, y éstos son inculcados desde la infancia y los diferentes escenarios de la vida como escuela, trabajo etc. Mientras las creencias pueden ser dogmáticas. Tanto los valores como las creencias los profesionales de la salud deben considerarse al momento de comunicar.

➤ Aspectos sociales

Cada cultura brinda a sus miembros la explicación sobre las estructuras y significados que le da a las cosas.

➤ Aspectos culturales

La comunicación, el vestuario, el lenguaje, gestos, comida etc. Es producto de la cultura transmitida.

➤ Aspectos familiares

La familia es una gente socializadora, además de un sistema intermedio entre lo individual, lo natural, lo privado, público, cultura y social.

➤ Aspectos individuales

Cada persona es diferente producto de los demás aspectos (familia, cultura, experiencias, edad, función social etc.).

Una vez identificado estos factores el profesional de la salud, debe considerar la manera en que influyen en la comunicación y así comprender muchas de las actitudes y comportamientos de los pacientes.

De la misma manera, existen en la comunicación otros elementos muy importantes a tomar en cuenta, estos son:

- La palabra
- El espacio
- El tiempo
- La distancia

La **palabra**, aunque ya reiterado este punto, es necesario enfatizar que el profesional de la salud debe contar con el dominio para aumentar la capacidad de comunicarse y ser realmente escuchado.



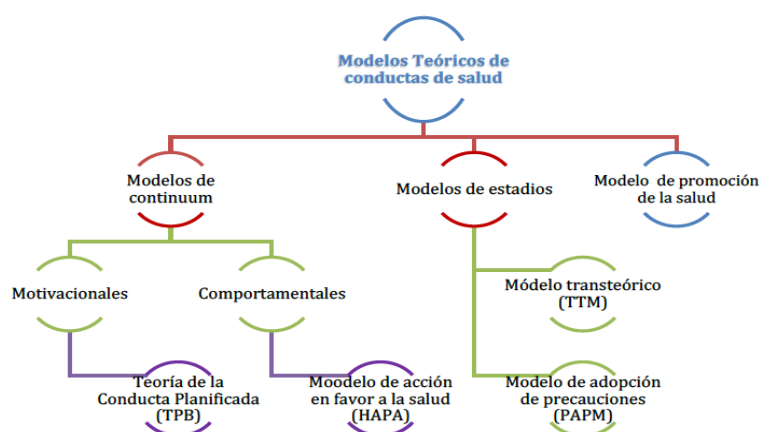
En cuanto al **espacio**, cabe aclarar que cualquier sitio puede servir para enseñar y aprender, sin embargo mientras éste se acople más a la necesidad específica será mejor, aquí hay que tomar en cuenta el tipo de espacio, dimensiones, el público al cual va dirigido el mensaje, la iluminación, en el caso de actividades de Educación para la Salud se requerirán espacios como un consultorio, aulas, una sala de conferencias o un espacio abierto son buenas opciones para llevarlas a cabo.

El **tiempo** es otro elemento a tomar en cuenta, para este elemento es difícil calcular o estandarizar el tiempo que se le dedicará a cada persona o a cada tema, pero para estipularlo es importante recordar en la importancia de no aburrir al receptor y pensar en que también tiene otras actividades a realizar en el día, el objetivo de cualquier profesional es pensar en que su comunicación debe de ser amena, concreta, entendible y adaptada al contexto del público en cuestión.

El último de los elementos a considerar en la comunicación es **la distancia**, la cual puede afectar de forma muy negativa la comunicación, se sabe que los receptores prestan más atención cuando el emisor se encuentra más cerca de ellos, pero siempre y cuando no olvidar respetar el espacio vital de cada persona.

### 3.6 Ciencias del comportamiento

Existen las teorías o modelos que intentan identificar factores que explican la conducta, a estos se les conoce como **Modelos de continuum**, por otra parte a los que tratan de explicar el proceso que sigue la adopción de una conducta saludable al modificar un estilo de vida de riesgo son los **Modelos de estadios**.



### 3.7 Modelos de continuum

Los **modelos de continuum** según Weinstein, Rothman & Sutton (1998) que se encuentran en Hernández (2009) asumen implícitamente que todas las personas se ven influenciadas en mayor o menor medida por todos los factores que estudian, de forma que, conocidos los factores, se puede escribir una ecuación única que determina la probabilidad de cambio para todo el mundo (p.20).

### 3.8 Modelos motivacionales

Dentro de este grupo se encuentran los **modelos motivacionales**, que se concentra en **identificar los factores que predicen el cambio de conducta**, parten de la idea de conocer los elementos que influyen en que una persona tenga la intención de cambiar por ejemplo, cuando una persona se da cuenta y valora el riesgo que presenta una determinada conducta sobre su estado de salud.

### 3.9 Teoría de la Conducta Planificada (TPB)

Una de las teorías con mayor peso dentro de los modelos motivacionales es la **Teoría de la Conducta Planificada (TPB)**, en esta el factor principal que predice el cambio en un individuo sobre su conducta es la intención de cambiarla, en este caso, la intención viene a reflejar la motivación del cambio. La intención está determinada por tres factores:

1. **Las actitudes hacia la conducta:** Esta es la valoración subjetiva e individual que el individuo realiza sobre el comportamiento
2. **La norma subjetiva:** Se relaciona con la forma en que las personas que se encuentran alrededor perciben tal acción, es decir, la presión social
3. **El control de la acción:** Tiene que ver con la autoeficacia y se relaciona al peso que tiene la persona de cambiar su propia conducta y que será capaz de hacerlo

Por lo que, este modelo habla de que los individuos que valoren de forma positiva un cambio alimentación más saludable”, y que además consideran que este de conducta, como el “llevar una cambio será agradable para su alrededor, llevarlo a cabo y mantenerlo, con probabilidad de que lo logren.





### 3.10 Modelos comportamentales

En cuanto a los modelos comportamentales se basan en que no sólo la intención de cambiar algún hábito de vida es suficiente, ya que se ha observado que las personas que comienzan un cambio de forma regular les es difícil mantenerlo debido a que no cuentan con recursos para afrontar los obstáculos por ese cambio de estilo de vida.

Estos modelos se basan en que la adopción de una nueva conducta interviene muchas variables, y hace que se convierta en un proceso dinámico y bidireccional, siendo el objetivo de estos modelos el estudiar cuales son las fases del proceso de cambio que vive un individuo y determinar qué variables son más relevantes en cada momento.

### 3.11 Modelo de acción en favor a la salud (HAPA)

El modelo de acción en favor a la salud (HAPA), fue identificado por Shwarzer en 1992, el cual indica como base explicar los mecanismos implicados en el hecho de que la persona tenga la intención de cambiar conscientemente, y de esta manera realice el cambio y lo pueda mantener con el tiempo, y contar con herramientas que le ayuden afrontar los obstáculos que se encontrará en el camino con los cuales antes no luchaba al tener otro comportamiento. En este modelo se destacan dos fases:

- La fase **motivacional**, en la cual se reconocen los factores que determinan la intención del cambio y;
- La fase **volitiva**, que se relaciona con los elementos implicados en la ejecución del cambio y el mantenimiento de dicha acción.

Algo más que se agrega en este modelo es la importancia de la regulación y el auto control, las cuales tratan de evitar respuestas espontáneas o habituales sobre dicha nueva conducta con el fin de siempre actuar de forma intencional. Y se destacan tres variables autorreguladoras que se encuentran entre la intención y la conducta las cuales ayudan a mantener la nueva conducta. Estas son:



El término de planificación es la acción de anticiparse de forma consciente sobre el qué, cómo, cuándo se llevará alguna conducta de riesgo al nuevo estilo de vida, por lo que planificar una nueva acción, significa identificar y anticipar los posibles contratiempos, ello reducirá los posibles riesgos al fracaso en la adopción de la nueva conducta. Por ejemplo, si de lo que se trata es lograr consumir más verduras en cada comida y se asistirá a un restaurante, lo que se intenta hacer es investigar previamente el menú, para disminuir la incertidumbre, y así poder mantener la nueva conducta.

Y finalmente, la importancia del control de la acción en donde aquí se hace referencia a la autorregulación activa, la cual se lleva a cabo durante toda la ejecución del proceso y el mantenimiento de cambio, con el fin de que esta conducta nueva se convierta en un nuevo hábito de vida con el paso del tiempo.

### 3.12 Modelos de estadios

Ahora se encuentran los modelos basados en estadios, estos se basan en que la adopción de una nueva conducta no es algo estático y que en este proceso intervienen muchas variables las cuales hay que determinar en cada momento.

#### 3.12.1 Modelo Transteórico (TTM)

Dentro de los modelos de estadios se encuentra el [Modelo Transteórico \(TTM\)](#) de Prochaska & Di Clemente, 1983 y 1984, este modelo comenzó a ser utilizado como abordaje en el proceso de dejar de fumar, pero se han visto resultados muy positivos en cambios de estilo de vida como el fomento al ejercicio físico o cambios en la alimentación, las cuales tienen que ver con conductas de riesgo, según el TTM el comportamiento se divide en cinco estadios bien diferenciados:

- **Precontemplación:** Esta parte se identifica cuando una persona no ha visualizado el cambio específico de un estilo de vida riesgoso para su salud. Un ejemplo sería: “El ser sedentario”.
- **Contemplación:** En este estadio se encuentran las personas que están planteando la idea de hacer un cambio en su estilo de vida, pero aún no aterrizan el cuándo ni el cómo, y por lo tanto no han tomado la decisión. Siguiendo el ejemplo, aquí sería que leyeron en internet los beneficios de hacer ejercicio de forma constante, por lo que comienzan a contemplar la idea de iniciar con este nuevo hábito.
- **Preparación:** En esta fase el individuo ha tomado la decisión de hacer un cambio específico, en este ejemplo el individuo ha decidido comenzar a realizar ejercicio tres veces por semana.

- **Acción:** El individuo lleva a cabo un plan sobre su nueva conducta, es decir, aquí el individuo ya comenzó a realizar ejercicio en un gimnasio tres veces a la semana, esta fase puede durar de un día a seis meses.
- **Mantenimiento:** Si la persona ha sido constante a su nueva conducta por más de seis meses entonces se considera que ya ha entrado a la etapa de mantenimiento, en la cual ya se está formando un hábito.

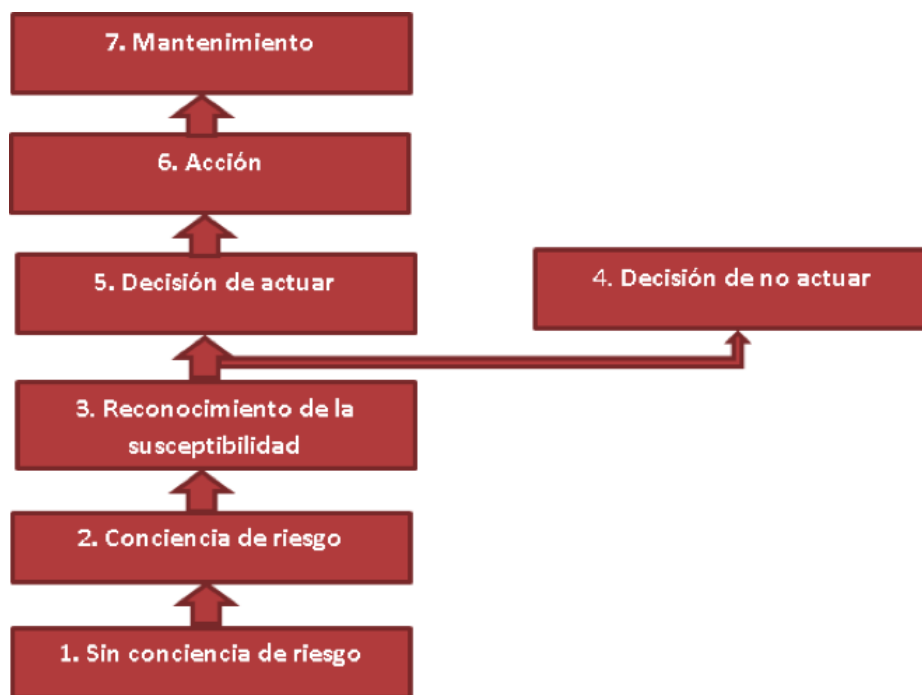


### 3.13 Modelo de adopción de precauciones (PAPM)

El otro modelo basado en estadios, es el de Adopción de Precauciones (PAPM) de Weinstein & Sandman, 1992, este surge como alternativo al TTM, aquí se identifican siete estadios los cuales si son lineales, que representan los cambios que vive un individuo para cambiar una conducta en base al proceso de adquisición de precauciones para proteger su salud:

- **Estadio 1:** Aquí el individuo no tiene consciencia de riesgo.
- **Estadio 2:** En este estadio el individuo ya se tiene consciencia del riesgo, pero no necesariamente se encuentra con interés de cambiar.
- **Estadio 3:** El individuo se encuentra en indecisión y reconoce el riesgo pero aún está considerando, si quiere o no cambiar la conducta.

- **Estadio 4:** En esta parte el individuo decide no cambiar el comportamiento que daña su salud, sabiendo que corre en riesgo su salud, pero esa es su decisión.
- **Estadio 5:** Aquí el individuo toma la decisión de actuar y cambiar la conducta.
- **Estadio 6:** El individuo ha decidido proteger su salud por lo que toma los cambios necesarios para ello.
- **Estadio 7:** Esta fase es de mantenimiento, es la parte final, es cuando mantiene el cambio con el paso del tiempo.

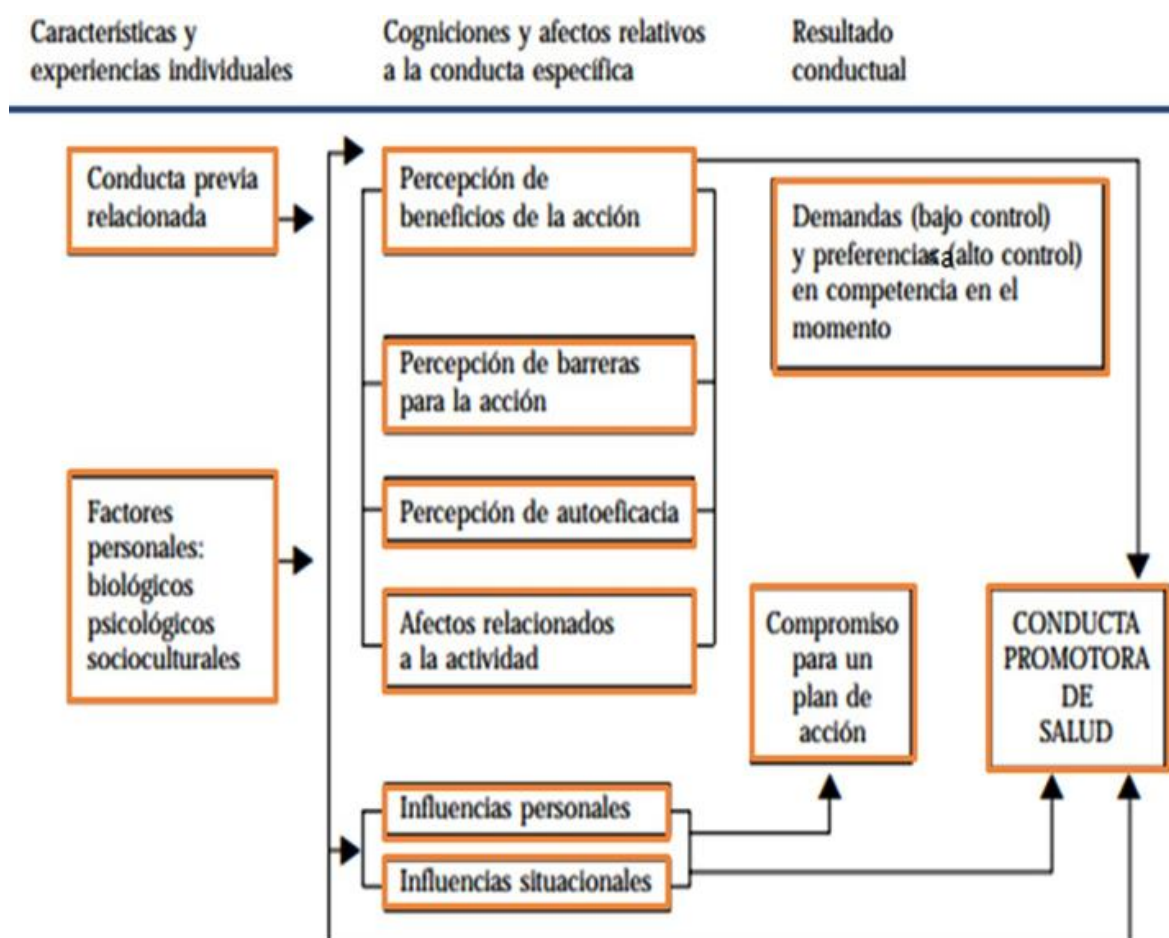


Todos los modelos antes mencionados son herramientas de mucha utilidad que ayudan a explicar el comportamiento de las personas enmarcados dentro del modelo biopsicosocial, los cuales se han identificado como determinantes de la salud y enfermedad, sin embargo existe un modelo más, el cual es un modelo integrador de estos mismos elementos, el cual se aplica de forma fundamental a la promoción de la salud de los adolescentes pero puede ser aplicado a cualquier individuo, este es el modelo de promoción de la salud.

### 3.14 Modelo de promoción de la salud de Pender

El modelo de promoción de la salud de Pender (HPLP) 1996, fue fundado por Nola Pender, en donde se menciona que el comportamiento saludable viene determinado por tres grupos de influencia:

- Los factores personales y la experiencia personal previa con la relación del comportamiento.
- Las variables sociocognitivas, aquí se valoran los pros y contras de llevar a cabo la acción en relación a los elementos emocionales y afectivos del individuo.
- Los factores interpersonales y contextuales, es decir la relación del individuo en su ambiente en donde se encuentra inmerso (familia, trabajo, escuela, etc.).



Por lo que, en este modelo la persona es un agente activo en su propio proceso de cambio.

Te preguntará cómo se combinan e implementan en la práctica aspectos teóricos de la educación, salud, comportamiento y de comunicación. Resulta que en la planeación, diseño, implementación y evaluación de programas de salud y en particular de nutrición a nivel comunitario se requiere de un completo equipo como nutricionistas, comunicadores, trabajadores de la salud, maestros, y en general a todos aquellos grupos que trabajan en el

desarrollo de programas de nutrición a nivel local, regional o nacional que estén vigentes de acuerdo a las políticas de salud en promoción de la salud.

### 3.14.1 Normatividad en promoción para la salud

La Salud en la población es un elemento muy importante a considerar en el desarrollo de la economía de cualquier país, por lo que de forma general constituye una de las prioridades que buscan las políticas públicas para ayudar a mantener el bienestar social de todos los habitantes, de aquí la relevancia de revisar y conocer la normatividad vigente en relación a la salud y alimentación para ser utilizada por el profesional de la salud como herramienta en la promoción de la misma.

Para comenzar con este apartado se explica a continuación el Derecho a la salud que de acuerdo a Vargas (2014) se rige por cuatro principios básicos:

- a. **Igualdad:** Todas las personas tienen el mismo valor ante la ley, por tanto todos tienen el mismo derecho de acceder al sistema de salud y de disfrutar de los servicios que ofrece.
- b. **Equidad:** Está relacionado con la repartición por igual de recursos humanos, financieros y técnicos acorde con las necesidades individuales y colectivas, aquí se toma en cuenta la situación de cada persona y comunidad en particular para proporcionar asistencia de calidad.
- c. **Accesibilidad:** Esto significa en la importancia de asegurar que las disposiciones y políticas de salud estén al alcance de toda la población, tanto en distancia como en tiempo para que obtenga la ayuda necesaria.
- d. **Gratuidad:** Está relacionada a la responsabilidad que tiene todo Gobierno de velar por los derechos básicos de los ciudadanos.

### 3.14.2 Derecho a la salud

La sociedad humana está regida por derechos y obligaciones, que todos sus miembros deben acatar, esto sirve para que haya un ambiente de respeto, igualdad y tranquilidad en una población, para que estos acuerdos permanezcan y sean del conocimiento de todos, cada sociedad ha decidido cristalizarlos en disposiciones legislativas a las cuales se les conoce como Constituciones y Leyes.

La Constitución establece de forma general los derechos y obligaciones de los ciudadanos y de estas se derivan las leyes correspondientes a su practicidad individual y colectiva. México se rige por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, promulgada en 1917 por el Congreso convocado por el presidente Venustiano Carranza. La constitución está formada por un total de 136 artículos más 19 transitorios. Inicia con las garantías

individuales que son derechos que tiene toda persona que se encuentre dentro del territorio mexicano (Sánchez, 2013: 292).

Dentro de [la constitución](#) el artículo que habla sobre [el derecho específico de la Salud](#) es el artículo cuarto, en donde se menciona que toda persona tiene derecho a la protección de la salud En el [artículo 4°](#) se lee, citado por Sánchez (2013: 292).

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución. Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar”

Vargas, señala las principales disposiciones de esta ley (2014: 221):

- En principio de la ley se define el derecho a la protección de la salud
- Determina quienes son las autoridades sanitarias, iniciando con la Presidencia de la República, Secretaria de Salud y Gobierno de los Estados
- Estipula las definiciones precisas en materia de salud
- Establece la conformación del Sistema Nacional de Salud, objetivos y formas de operación
- Apunta que los servicios de salud engloban las instalaciones así como todas las acciones realizadas en beneficio de las personas y comunidad.
- Promover, proteger y restaurar la salud del individuo y de la colectividad
- Se encarga de que los recursos humanos obtengan capacitación y actualización
- Apoya la investigación para la salud
- Establece las reglas para la estadística en salud
- Pretende, respecto a la promoción de la salud, controlar los efectos nocivos de la contaminación del ambiente, de la salud ocupacional, nutrición y Educación para la Salud
- Promueve la asistencia social y la promoción de invalidez

### 3.14.3 Ley General de la Salud

Dentro de la Ley General de Salud se encuentran todos los establecimientos de salud y contempla toda acción dirigida para proteger, promover, y restaurar la salud en lo individual

y en lo grupal, así como también toma en cuenta la Educación para la Salud y la promoción de esta así como la prevención y control de enfermedades. Es importante reconocer que dentro de esta ley también se toman en cuenta la atención médica, la atención materno – infantil, la planificación familiar, prevención y control de enfermedades bucodentales, disponibilidad de medicamentos, promoción de la buena nutrición y la asistencia social a grupos vulnerables (Sánchez, 2013: 293).

De esta forma, la Ley es el marco Jurídico que rige el derecho que tienen los mexicanos sobre el derecho a la salud, lo que comúnmente se conoce como seguridad social definida por Organización Internacional del Trabajo (OIT) como:

“La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos” (Citado en el PND, 2012-2018).

En México se cuenta con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), principalmente, que representan la base que garantiza la seguridad social del país, pero hay que aclarar que estas instituciones no atienden a todo el público en general.

Estatad y Municipal. Por lo que se sabe que con estos sistemas sólo se alcanza aproximadamente al 10% de la población, así que el resto (el 90%) es atendido por otros sistemas de salud específicos como el de PEMEX, el militar, el de la Armada y la Secretaría de Salud por medio de diversos hospitales en cada entidad federativa y en el Distrito Federal.

#### **3.1.4.4 Políticas y programas de salud**

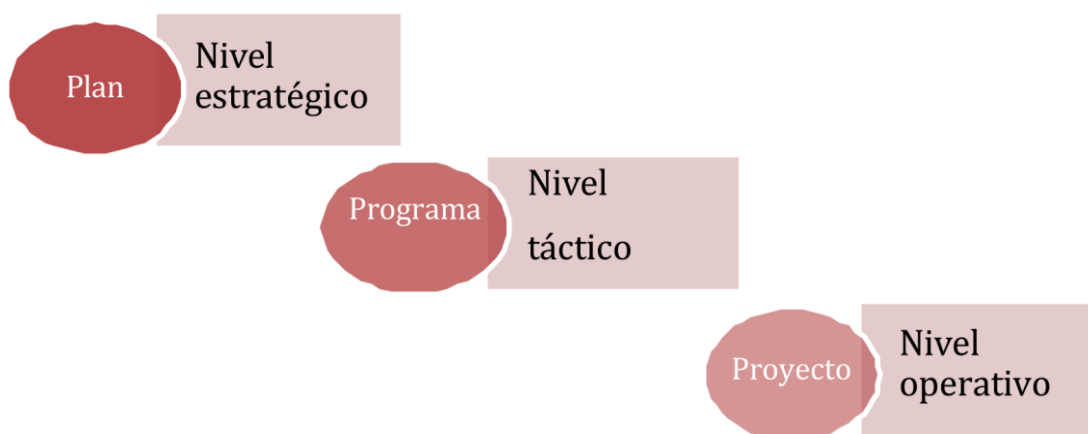
La situación nutricional en México es un problema grave de salud pública ya que se sabe que la nutrición y estilos de vida están íntimamente ligados a la salud de la población, y esta a su vez se encuentra en relación directa con la economía y el desarrollo de cualquier comunidad y/ o país, por ello es muy importante que las instituciones de salud, el Gobierno y las personas dedicadas al cuidado de la salud se preocupen por implementar acciones y estrategias para hacer consciencia en la población sobre su estado de salud, y el rol tan importante que tiene cada persona como actor principal para cuidarla, mantenerla o perderla.

Pero antes de continuar con este tema, es preciso diferenciar entre plan, programa y proyecto que son niveles de actuación en el ámbito de salud los cuales dependiendo del enfoque es lo que se debe de trabajar para lograr el objetivo que se busca, muchas veces se



han escuchado términos como “se ha diseñado un programa para...” o “se tiene que diseñar un proyecto que nos ayude a ...” o “se ha puesto en marcha un plan dedicado a...”, sin embargo de forma general a nivel de salud la palabra programa, proyecto y plan se utilizan como sinónimos pero es importante conocer el sentido real de cada uno de **éstos** conceptos, para que sean utilizados de forma correcta en el ejercicio de tu profesión.

En base a Rodríguez Roca (2008) citado por Hernández (2009) menciona que la diferencia entre los términos plan, programa y proyecto obedece a tres niveles diferentes de planificación: el estratégico, el táctico y el operativo (p. 82).



El nivel estratégico, dentro de este nivel se encuentra el plan, el cual cuenta con las siguientes características:

- Se considera un marco referencial
- Cuenta con un público objetivo y territorial
- Parte de una análisis de necesidades
- Se desarrollan objetivos muy generales
- Establece prioridades, criterios y previsiones presupuestarias
- Debe de determinar un sistema de evaluación

El nivel táctico, aquí se encuentra el programa, el cual es un documento más definido y con más justificación con objetivos muy claros, el programa debe de contar con las siguientes características:

- Debe tener una justificación, respondiendo al por qué o a la necesidad a la cual se quiere dar respuesta.

- Cuenta con objetivos claros y específicos, de los cuales surgen prioridades, necesidades y recursos disponibles.
- La descripción de los recursos necesarios: Personas, equipamiento, materiales, servicios necesarios para llevar a cabo el programa.
- Enumeración y descripción de los proyectos (en caso de ser necesario)
- La evaluación, la cual es fundamental en donde se conozca la lógica del programa, implementación, eficacia y eficiencia del mismo.

En cuanto al nivel operativo, el que se encuentra dentro de esta categoría es el proyecto, este se trata de una intervención concreta e individualizada, en donde se trazan los objetivos y los horizontes de una determinada realidad en un tiempo concreto.

Un proyecto se define por las siguientes características:

- Existe desarrollo de actividades complejas y numerosas
- Es singular
- Tiene muy definido su ciclo de vida
- De forma general en un proyecto intervienen muchas personas
- Está formado por actividades con secuencia
- Orientado a objetivos claros
- El resultado final es un producto o servicio

Definir si lo que se pretende es un plan, programa o proyecto ayuda a organizar las acciones a llevar a cabo en el área de salud, sin embargo en esta área, es importante además definir qué tipo de prevención se trabajará (prevención primaria, secundaria o terciaria), ya definido lo anterior, se puede desarrollar un plan, programa o proyecto a cualquier nivel según la necesidad de la comunidad en cuanto al tema de salud y nutrición.

En México el Gobierno federal en base a los resultados de encuestas nacionales sobre salud y nutrición, toma acciones al respecto y se encarga de desarrollar Programas y estrategias nacionales enfocadas a fomentar la salud en los individuos y familias, los cuales se enfocan a diferentes tipos de padecimientos y grupos de edad, pero todos coinciden en cuidar y fomentar cambios en el estilo de vida para cuidar y/ o recuperar la salud del país. Como antecedente de los programas, desde el año de 1922 se tienen registros de programas enfocados en el apoyo de consumidores, al ayudar a niños de edad escolar en zonas urbanas a través de la implementación de desayunos escolares.

Luego en el año de 1936 y 1937 se implementó un programa sobre el mercado del trigo y subsidios populares para el control del acceso de los granos y mejorar el acceso a los artículos de consumo de primera necesidad, programa dirigido a la población de bajos

recursos, luego en el año de 1942 se lleva a cabo el primer programa enfocado a la iodación de sal, la cual trataba de disminuir enfermedades por deficiencia de yodo enfocada a toda la población en general, posteriormente en 1958 se llevó a cabo un programa sobre el abasto y subsistencia popular plan de acción de la procuraduría federal en defensa del consumidor, la que trató de regular los precios en la protección a la economía popular dirigida a la población de bajos recursos. Posteriormente, entre el año de 1975 a 1980 el enfoque fue distinto ya que se planeó un programa para educar a la población en hábitos de alimentación y distribución de complementos alimenticios, enfocado a los niños y madres gestantes: ya en el año de 1982 se llevó a cabo el Programa Nacional de Alimentación (Pronal) el cual apoyó la distribución, producción y consumo de alimentos dirigido a la población con alto índice de marginación, niños menores de 5 años y mujeres embarazadas, el cual se convirtió posteriormente en el Programa Progresá en el año de 1990 el cual tenía como objetivo mejorar los niveles de salud y nutrición.

Es así como los programas de salud, alimentación y nutrición en México han ido evolucionando según las características y necesidades de las comunidades, en donde más hacia el pasado los programas iban dirigidos hacia la erradicación de la desnutrición y la falta de alimento, siendo ahora los programas más dirigidos al cambio en estilo de vida para la erradicación de la mal nutrición por excesos, enfocados en la prevención de enfermedades no transmisibles.

En México, la Secretaría de la Salud (SSA) es la dependencia del poder ejecutivo, encargada de la prevención de enfermedades y promoción de la salud en la población. Se encarga de establecer políticas a nivel Estado. La Secretaría se apoya de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, dependiente de la SSA. Es la unidad encargada de establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud, control de enfermedades, vigilancia epidemiológica, así como en materia de salud mental, accidentes y adicciones.

A la vez, la Subsecretaría se apoya de la Dirección General de Promoción de Salud (DGPS) tiene el objetivo de fortalecer en la población las oportunidades para mejorar, conservar y proteger su salud física, mental y social, a través de la comunicación educativa, la educación para la salud y la participación social co responsable (DGPS, 2016). De este nivel se operan los programas de promoción de salud.



De este modo, las políticas en relación a la promoción de la salud se originan dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018, se deriva el Programa Sectorial de Salud (PROSESA), que a nivel operativo se establecen en los Programas de Acción Específico (PAE).

La Dirección General de Promoción de Salud proporciona varios materiales que pueden ser útiles como folletos, manuales y referentes a guías y orientaciones alimentarias y recomendaciones para las diferentes poblaciones, con la finalidad de orientar a prácticas positivas en la alimentación.

NOMBRE DEL ARCHIVO	DESCARGA
Guía de Orientación Alimentaria	<a href="#">PDF</a>
NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005: Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación	PDF
Manual de Identidad: Plato del Bien Comer (NOM-043.SSA2-2005)	<a href="#">PDF</a>
Guía para reforzar la orientación alimentaría	<a href="#">PDF</a>

NOMBRE DEL ARCHIVO	DESCARGA
Manual de Cómo Mejorar en la escuela la alimentación de niñas, niños y las y los adolescentes	PDF
Folleto: Come correctamente y muévete (Versión: Trabajo)	<a href="#">PDF</a>
Folleto: Alimentación de las y los adolescentes	<a href="#">PDF</a>
Folleto: Alimentación después de los 60	<a href="#">PDF</a>
Folleto: Sobrepeso y Obesidad	<a href="#">PDF</a>
Folleto: Actívate y toma agua	<a href="#">PDF</a>
Página web: Lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional.:	www

## UNIDAD IV ESTILOS DE VIDA

A manera de introducción se da inicio esta unidad señalando que la alimentación en cualquier grupo humano no se trata sólo de la obtención de nutrimentos y energía para vivir, sino también se puede ver desde el punto de vista del desarrollo físico, historia económica, ideología y ambiente socio cultural al cual pertenecen. De hecho la alimentación es una forma de socializar, ya que si se medita desde esta manera, una comida a solas pierde mucho de su sabor aun cuando se trata de un manjar exquisito, ya que para que se pueda apreciar se necesita de una grata compañía.

Todos pertenecemos a un grupo social definido, por lo que reunirse permite tener relaciones más duraderas, ayuda a fortalecer el grupo y contribuye a su cohesión, ya que el compartir una comida, no se trata sólo de compartir alimentos, sino también de compartir sensaciones y una forma de socialización, por lo que en muchas sociedades los ritos suelen ir acompañados de comidas para fortalecer lazos entre las personas y estrecharlos.

No obstante, la alimentación ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Existen muchas teorías sobre cómo ha sido la transición de la alimentación, se piensa que el hombre en la era paleolítica se alimentaba principalmente de árboles y vegetales que tenía a la mano, luego con su evolución, antes de que el hombre descubriera el fuego el hombre se consideraba que era un cazador recolector en donde utilizaba herramientas hechas a base de piedras y consumía alimentos crudos, eran nómadas que vivían en cuevas.

Posteriormente, en la época neolítica el hombre comenzó a domesticar animales y a hacer uso de la agricultura, por lo que pasó de ser depredador a productor, se cree que esto se debió al cambio climático y al aumento de la población, luego se descubre el fuego y comenzaron a utilizar herramientas más especializadas como piedra tallada y pulida, canales de riego, entre otros utensilios.

El hombre se dedicaba a la caza para llevar alimento a su familia, para cazar, el hombre se alejaba de su vivienda y circulaba por un extenso territorio en busca y en espera de la presa, mientras que la mujer se quedaba en el hogar ocupándose principalmente de la recolección, la educación de los hijos y las labores en el hogar.

Ya con el descubrimiento del fuego, la carne se comenzó a cocinar, utilizando el asado como método de cocción, y comenzaron a realizarse los primeros recipientes de barro. En la era Neolítica la humanidad ya producía sus propios alimentos al cultivarlos y pastoreando animales, esta primera gran revolución convirtió a los hombres cazadores recolectores en agricultores.

Luego en las grandes civilizaciones como en Egipto, el pueblo en general no tenía mucho alimento y solo la clase más privilegiada comían de forma abundante carne como bueyes y cabras. Posteriormente, en la edad media los campesinos contaban con verduras, cereales y legumbres de temporada, mientras que los nobles gozaban de grandes banquetes con comida muy elaborada. Ya en la edad Moderna se lleva a cabo la conquista de dos mundos, lo cual ocasiona un choque cultural y la utilización de nuevos ingredientes y formas de preparar los alimentos para México, lo cual ocurrió en el Mestizaje.

Durante la época Prehispánica, dentro de las culturas indígenas en México antiguo tenían un gran conocimiento de los alimentos y esto agregado a la importancia de su lucha por la supervivencia, ayudó a que desarrollaran recursos y técnicas para su alimentación. La dieta esencial de aquella época se basaba en tres alimentos: maíz, frijol y calabaza, los cuales los pobladores de aquellos años sabían que la combinación de estos alimentos era muy beneficiosa si se consumían juntos, ya que sus nutrientes se complementan muy bien.

El maíz es muy importante desde aquella época, esto debido a que es muy versátil y la domesticación del maíz transformó el desarrollo cultural de nuestra civilización, esto gracias a que su cultivo es muy sencillo y no necesita de muchos utensilios, además de que puede crecer en muchos tipos de climas y sus granos son de fácil almacenamiento y pueden utilizarse mucho tiempo después de su cosecha, además de que nuestros antepasados descubrieron un proceso llamado “nixtamalización” la cual hace que la ingesta del maíz sea más digerible y saludable.

Los tipos de alimentos conocidos de nuestros antepasados son: Maíz, frijol, semillas de amaranto, semillas de calabaza, chía, cacahuate, piñón, chiles, quelites, chipilín, flor de calabaza, chayotes, calabacitas, yuca, jícama, hongos, jitomate, carnes como de venado, conejo, armadillo, topos, pavo, patos, iguanas, lagartijas, gusanos, chapulines, hormigas, peces de agua dulce y de mar y frutas como tunas, zapote, zarzamora, guanábana, mamey, papaya, guayaba, piña, aguacate y dulces elaborados a base de miel de abeja, de maguey y de caña. Siendo los métodos de cocción los más utilizados el asado y el hervido.

Luego en el mestizaje, alrededor del año de 1521 ocurre la conquista de México por los españoles, en donde no sólo las poblaciones se mezclan, sino también las costumbres, los alimentos, en sí ambas culturas y si hablamos de alimentación aquí no hubo una conquista, si no que hubo una unión, suma y multiplicación.

Es a partir de este momento que ingredientes que habían llegado desde el lejano oriente como el arroz e inclusive otros alimentos desde África como el ajonjolí se incorporaron a nuestra cultura, de esta manera nuestra alimentación se ha enriquecido en sobre manera con más diversidad de alimentos y preparaciones: tortilla, el maíz, el chile, el frijol, guajolote, chocolate, aguas frescas, aguacate, amaranto y calabaza, alimentos que aún conocemos pero ya no son tan considerados como base de nuestra alimentación diaria.

Ya en la época moderna se hacen descubrimientos sobre los efectos positivos de los alimentos, como el descubrimiento de las vitaminas y su relación con la salud y otras sustancias que se encuentran en los alimentos y son beneficiosas para el organismo.

Y en la época contemporánea, es decir, el tiempo en el que se vive hoy, el rol de la alimentación y el tiempo que se le dedica a cocinar y preparar los alimentos ha disminuido mucho, existe infinidad de comida rápida, con muchos ingredientes que utiliza la industria alimentaria para hacer que duren más los alimentos.

Con lo anterior, te permite reflexionar sobre el tipo de vida que se lleva hoy en día es muy diferente al del inicio de los tiempos, el día de hoy la población tiene un ritmo de vida acelerado repercutiendo en la salud por ejemplo, en casa en la mayoría de los casos tanto padre como madre trabajan, por lo que es difícil buscar un tiempo de comer en familia o de preparar

alimentos ricos y saludable como se acostumbraba en el pasado, algo que ya está afectando a la salud de las comunidades a nivel mundial y en contexto nacional, para conocer a más detalle el comportamiento de la salud en el país, a continuación se presenta un panorama general sobre la situación de la salud en México.

#### **4.1 Problemas nutricionales en la sociedad actual**

Desde el año de 1988 se llevó a cabo la primer encuesta sobre nutrición en México, en esta encuesta los resultados más relevantes fue el descubrimiento de la prevalencia elevada de desnutrición aguda (emaciación) y de desnutrición crónica (baja estatura) en niños menores de cinco años, por lo que las conclusiones de esta encuesta fue de gran utilidad para el diseño de nuevas políticas y programas para el control de la desnutrición.

Posteriormente en el año de 1999, se volvió a realizar este tipo de encuesta pero con una tamaño de muestra mayor que representaba a la comunidad urbana y rural, en donde los resultados de esta encuesta fue que habían disminuido la desnutrición aguda en niños, en donde además se observó prevalencia de anemia en niños y mujeres embarazadas, encontrando también un hallazgo sorprendente que fue el descubrimiento de una epidemia de obesidad en mujeres adultas, por lo que las metas prioritarias en las agendas gubernamentales de salud ahora se enfocaban a estos temas encontrados.

Luego en el año 2006, se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), aquí ya se incluyeron la totalidad de los grupos de edad y se llevó a cabo el análisis en el ámbito nacional, urbano y rural, mostrando un descenso en la desnutrición crónica entre el año de 1999 y 2006, lo cual indicaba que los programas gubernamentales implementados habían tenido efecto positivo, sin embargo se observó que en cuanto al tema de sobrepeso y obesidad este continuaba en aumento en todas las edades, regiones y grupos socioeconómicos, lo que se colocó como el problema mayor de salud pública a solucionar.

Hoy en día, la encuesta más reciente es la del año 2012 del ENSANUT en esta se hacen comparaciones de los resultados de las encuestas de 1988 a 2012 de la mala nutrición, ya sea por deficiencia o por excesos, la cual se tomó como base para el Plan Nacional de Desarrollo 2012 – 2018 en lo que concierne a políticas de alimentación, nutrición, salud y desarrollo social.

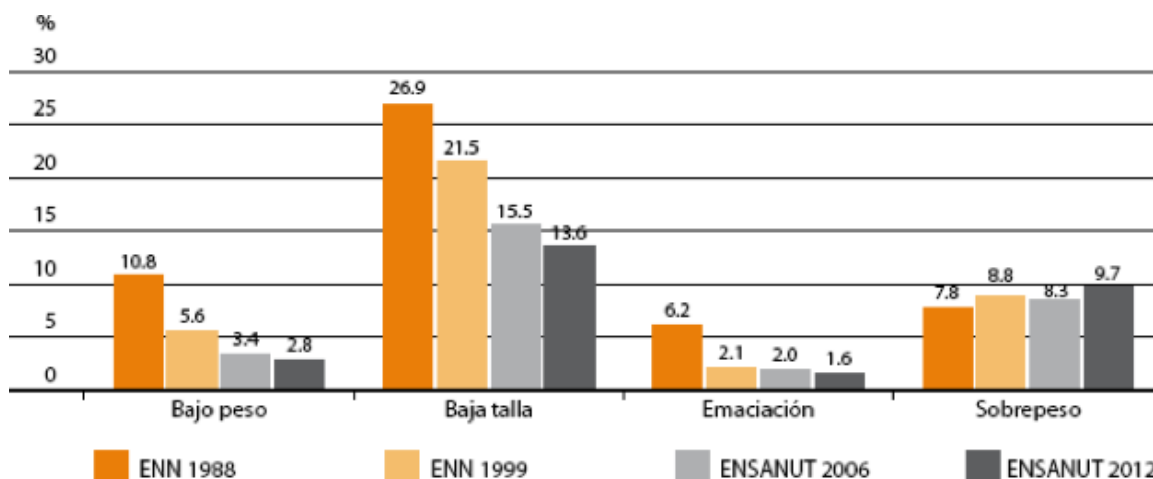
Entre los resultados más sobresalientes se encuentran:

#### **4.2 Niños**

Población pre escolar (niños menores de 5 años de edad) y escolar (de 5 a 11 años de edad).

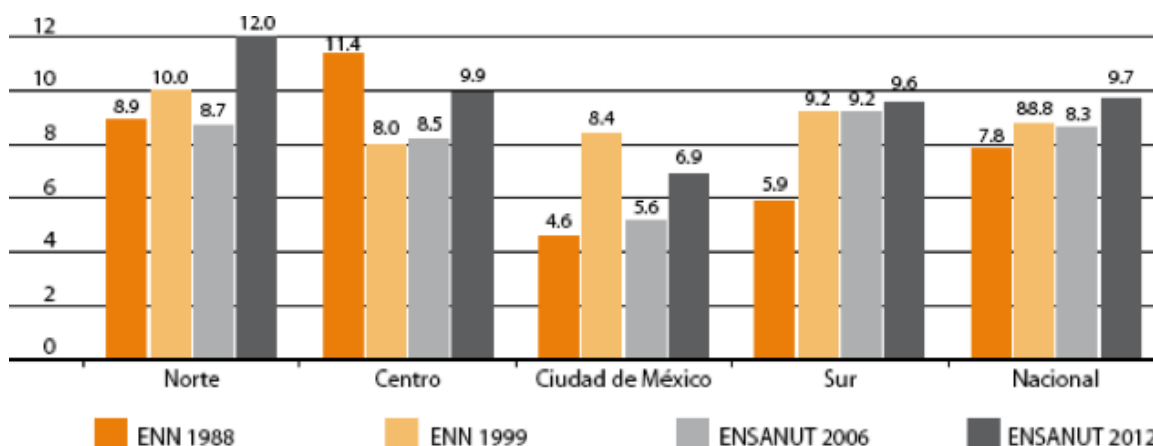
Según datos de la ENSANUT 2012, en base al estado nutricional, se encontró que los datos de bajo peso, baja talla y emaciación, están relacionados a la desnutrición el 2.8% de los niños en etapa pre escolar presenta bajo peso, 13.6% talla baja, y 1.6% emaciación en todo el país. Por lo que se

observa una gran disminución en las diferentes formas de desnutrición a nivel nacional con el paso de los años.



Comparación de la prevalencia nacional de bajo peso, baja talla y emaciación y sobrepeso en menores de cinco años de la ENN-1988, ENN-1999, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, México, ENSANUT, 2012

A pesar de que la desnutrición ha disminuido, lo que se observó que aumentó en la edad pre escolar fue la prevalencia de sobrepeso y obesidad, del año de 1988 al 2012, se registró de un 7.8% a un 9.7% respectivamente, siendo la zona norte de país en donde este incremento se observó mayor alcanzando una prevalencia del 12 %.

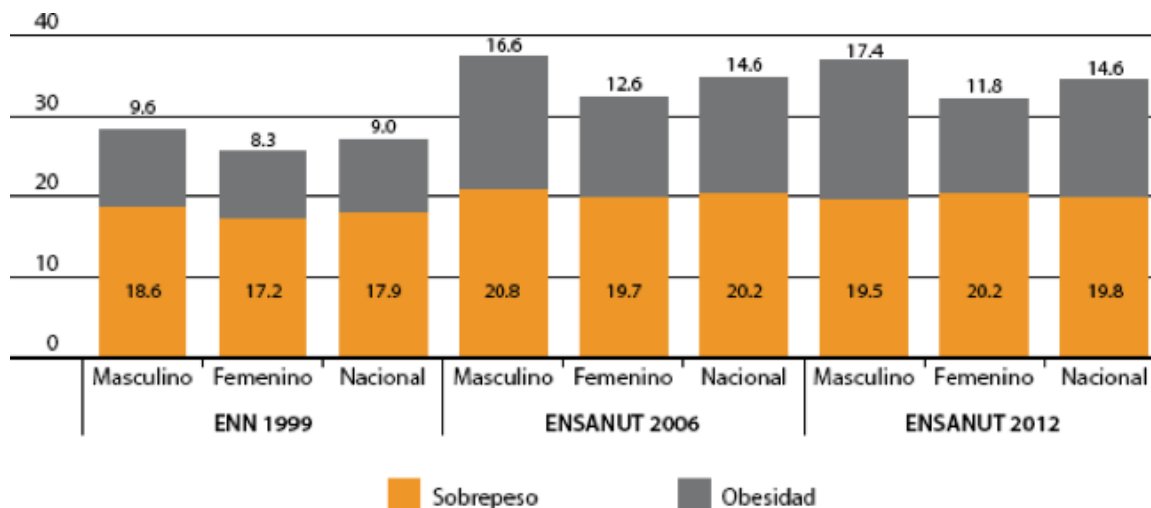


Prevalencia nacional de sobrepeso más obesidad en menores de cinco años de la ENN-1988, ENN-1999, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, por región de residencia, México, ENSANUT, 2012

Para la población en edad escolar, se encontró que la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en el 2012 fue de 34.4%, para las niñas, esta cifra representa el 32% mientras que para los niños es de un 36.9%. En el año de 1999 los escolares presentaron prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en un 26.9% pero en la encuesta del 2006 está prevalencia aumentó a un



34.8%, sin embargo para los resultados del 2012, las tendencias indican que estos resultados se han mantenido sin cambios.



Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años de edad, de la ENN-1999, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, por sexo, de acuerdo con los criterios propuestos por la OMS, México, ENSANUT, 2012.

Otros problemas encontrados en esta edad fueron la anemia, en niños pre escolares a nivel nacional, se encontró que el 23.3% la presentaba, siendo la mayor prevalencia de este padecimiento en niños de entre 12 a 23 meses de edad. La causa más frecuente de este padecimiento es una alimentación deficiente en hierro y la combinación de productos con alto contenido de fitatos, esto es preocupante ya que este padecimiento es un indicador del estado de salud poblacional. Mientras que para la edad escolar la prevalencia nacional de anemia fue del 10.1%, siendo el grupo de edad con mayor prevalencia el de 5 años (18.9% para niños y 17.8% para niñas), misma que disminuyó con la edad, presentado a los 11 años de edad 6.2% en niños y 5.1% en niñas.

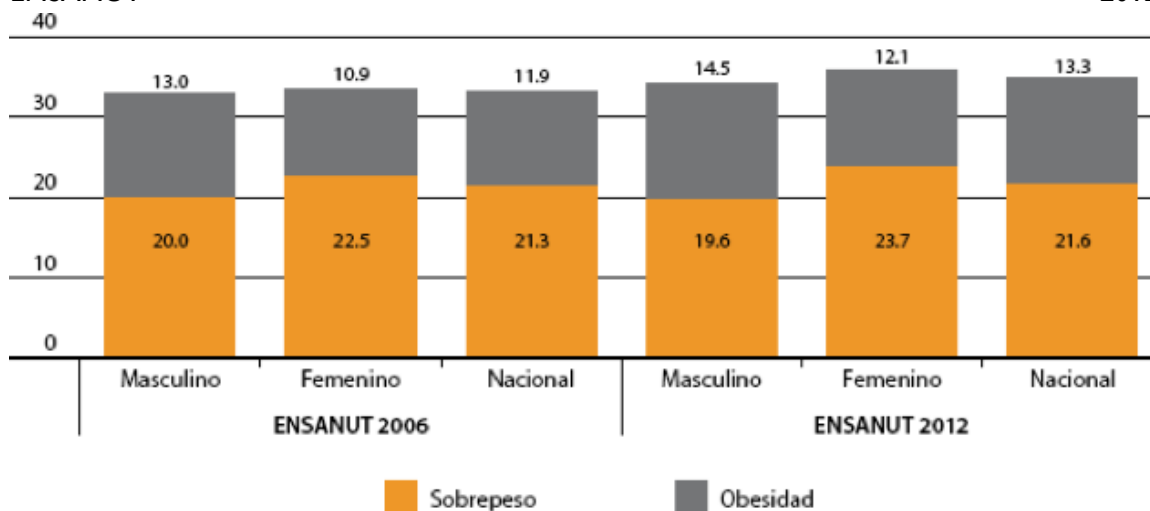
La OMS ha declarado que una prevalencia menor al 5% son indicativos de un buen desempeño, prevalencia de 5 a 19.9% son indicativos de un problema leve, de 20 a 39% representa un problema moderado y valores iguales o mayores al 40% deben considerarse como un problema grave de salud pública, por lo que con estos datos México se encuentra ante un problema moderado de salud.

### 4.3 Adolescentes

Individuos entre 12 y 19 años de edad

En esta etapa de la vida se encontró que 35% de los adolescentes presentan problemas de exceso de peso, indicando que más de uno de cada cinco presenta sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. Es decir, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 35.8%

para el sexo femenino y de 34.1% para el sexo masculino. En el 2006 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 33.2%, aumentando un 5% en seis años, como resultados en la ENSANUT 2012.



Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 12 a 19 años de edad, de la ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, por sexo, de acuerdo con los criterios propuestos por la OMS, México, ENSANUT, 2012.

En cuanto al tema de anemia en este grupo de edad se encontró que la prevalencia nacional fue de 5.6%, los adolescentes del sexo femenino presentaron la mayor prevalencia con 7.7% en comparación con los del sexo masculino que fue de 3.6%, la mayor prevalencia se detectó a las 12 años de edad.

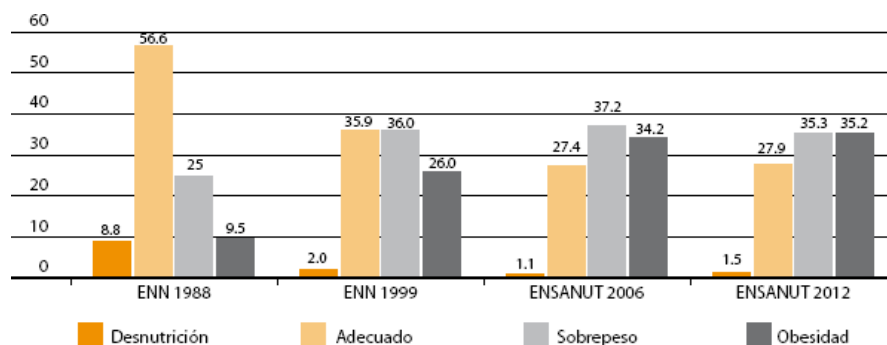
En esta misma encuesta también se recabó información sobre la Actividad física realizada por los adolescentes y se encontró que en la edad de 10 a 14 años, solo el 58.6% afirmaron no haber realizado actividad física a nivel competitivo durante los últimos 12 meses, siendo las actividades más populares el fútbol soccer, basquetbol, volibol y carrera. Mientras que en las edades de 15 a 18 años, en base a la clasificación de la OMS el 22.7% son **inactivos**, el 18.3% son moderadamente activos y 59% son activos.

Indicador <sup>†</sup>	Muestra n	Nacional		
		Expansión*		
		N	%	(IC 95%) <sup>‡</sup>
Inactivos <sup>1</sup>	529	2 133 758	22.7	(19.7, 25.9)
Moderadamente activos <sup>2</sup>	392	1 718 886	18.3	(15.6, 21.2)
Activos <sup>3</sup>	1 342	5 555 306	59	(55.4, 62.5)
Total	2 263	9 407 949	100	

Distribución de actividad física en adolescentes de 15 a 18 años de edad, México, ENSANUT, 2012

En esta etapa de la vida problemas con Trastornos de la Conducta alimentaria son frecuentes por lo que los resultados que arrojó esta encuesta sobre este tema fue que en las adolescentes la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar con un 19.7%, mientras que en

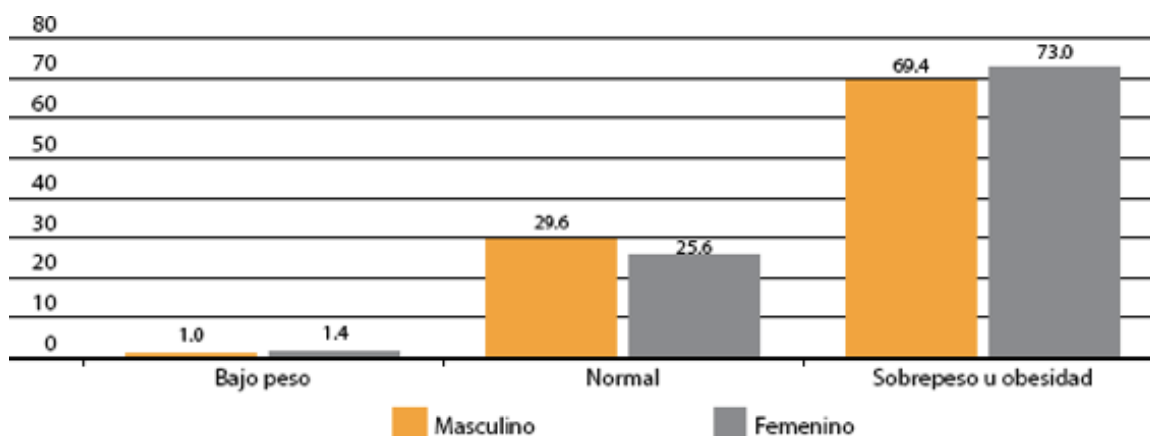
los varones la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso con un 12.7%.



#### 4.4 Adultos

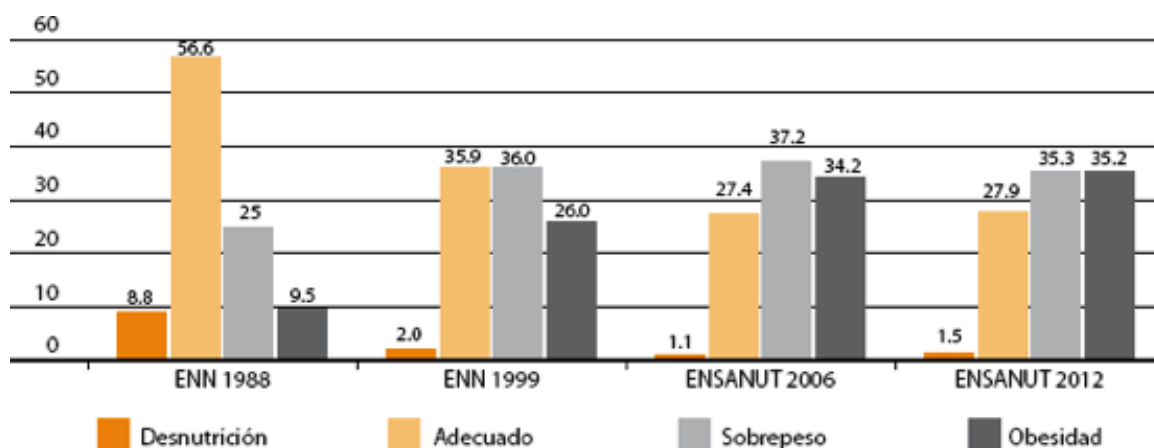
Individuos mayores de 20 años de edad

En cuanto al tema de sobrepeso y obesidad se encontró que en base al IMC (Índice de Masa Corporal) esta fue mayor en las mujeres con un 73%, ya que en los hombres representó el 69.4%



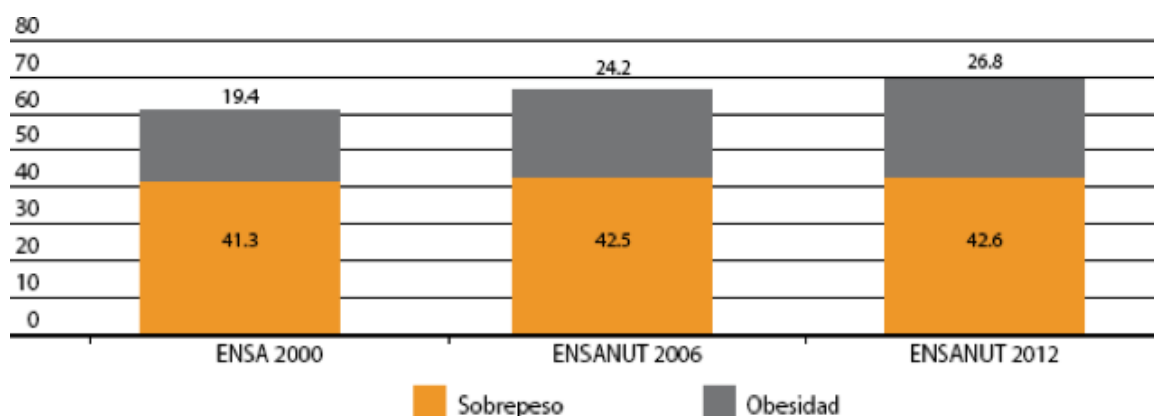
Distribución del estado nutricional de hombres y mujeres de 20 años o más, de acuerdo a la clasificación del IMC, México, ENSANUT, 2012

Este problema es muy grave ya que según las tendencias de las distintas encuestas el sobrepeso y la obesidad han ido en aumento, el IMC de mujeres de 20 a 49 años de edad se observó que en el periodo de 1988 al 2006 la prevalencia de sobrepeso aumentó un 41.2% y de obesidad un 270.5%, mientras que entre los años del 2006 al 2012 la tendencia del sobrepeso disminuyó un 5.1% el problema e obesidad aumentó un 2.9%.



Comparación de las categorías de IMC en mujeres de 20 a 49 años de edad, participantes en la ENN-1988, ENN-1999, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, México, ENSANUT, 2012.

En el caso de los hombres, en el periodo del 2000 al 2012 la prevalencia del sobrepeso aumentó 3.1% y la de obesidad incrementó 38.1%, al agrupar el sobrepeso y la obesidad la prevalencia incrementó 14.3% entre este periodo.

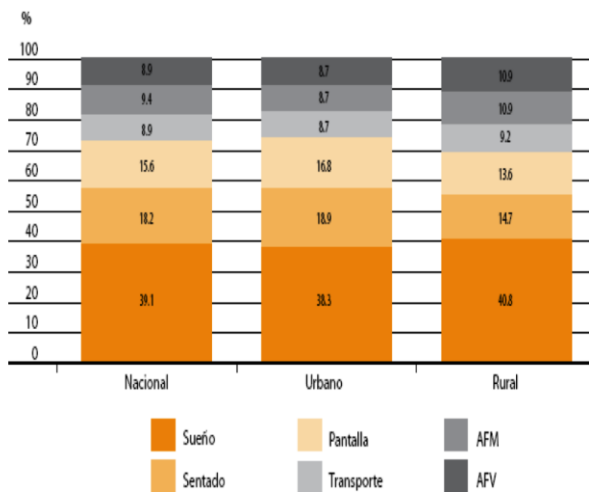


Comparación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres mayores de 20 años de edad, participantes en la ENSA 2000, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, México, ENSANUT, 2012.

En cuanto al tema de **Actividad física**, en el grupo de 19 a 69 años de edad, se observó que el 17.4% son personas inactivas, 11.9% son moderadamente activos y el 70.7% son activos.

Indicador <sup>‡</sup>	Nacional			
	Muestra n	Expansión*		
		N	%	(IC 95%) <sup>§</sup>
Inactivos <sup>1</sup>	1 935	12 385 672	17.4	(15.9 18.6)
Moderadamente activos <sup>2</sup>	1 188	8 444 553	11.9	(10.6,13.2)
Activos <sup>3</sup>	7 953	50 150 762	70.7	(69.1,72.5)
Total	11 076	70 980 987	100	

Sin embargo, con esta información se identificó la proporción de actividad física, sedentarias e inactivas reportadas durante el día, si bien se encontró que más del 60% se clasificó como activa, al evaluar por el tipo de actividad, se encontró que el 81.8% de las actividades reportadas del día son sedentarias e inactivas.



Datos derivados del IPAQ y preguntas de sedentarismo e inactividad

AFM= Actividad física moderada  
AFV= Actividad física vigorosa

Esto demuestra que los resultados nacionales para el componente de actividad física en adultos reflejan que un alto porcentaje de adultos (más de 70%) cumplen con las recomendaciones de actividad física de acuerdo con los criterios establecidos por la OMS, sin embargo un estudio previo que validó este instrumento en México encontró que tiende a sobre reportar la actividad física moderada y vigorosa en aproximadamente 34%, por lo que estos resultados deben ser interpretados con cautela. Como conclusión, vemos que en los niños de [edad pre escolar y escolar es importante seguir disminuyendo el problema de desnutrición](#), ya que la desnutrición en los menores de cinco años tiene efectos adversos en el crecimiento, el desarrollo y la salud

de los menores y tiene efectos en el mediano y largo plazo en el rendimiento escolar e intelectual, el desarrollo de capacidades. Mientras que en los adultos en la vida laboral, el rendimiento en el trabajo, repercute en el desarrollo social, además de que no hay que olvidar la presencia y prevalencia de exceso de peso en esta etapa de la vida.

En la edad adolescente la prevalencia de peso excesivo ha aumentado en forma notable, casi tres veces, en el seguimiento a partir de las encuestas de nutrición, lo mismo que sucede en la edad adulta en donde la población experimenta un aumento de IMC excesivo (sobrepeso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades. Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial.

El poco tiempo dedicado a actividades físicas moderadas o vigorosas y el excesivo tiempo de actividades sedentarias, sugiere una importante contribución de la inactividad física al aumento de la prevalencia de obesidad y enfermedades crónicas observado en México en los últimos años, todo lo anterior muestra cómo es que se encuentra la situación nutricional en la sociedad actual.

Ahora que ya tienes datos cuantitativos y cualitativos de la situación de salud y alimentación en México, a continuación se analizará cuáles son comportamientos y hábitos alimentarios que ayudan a explicar más sobre el cuidado de la salud en la población.

#### 4.5 La salud en México

La Salud en la población es un elemento muy importante a considerar en el desarrollo de la economía en cualquier país, por lo que de forma general constituye una de las prioridades que buscan las políticas públicas para ayudar a mantener el bienestar social de todos los habitantes.

Desde 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionó que la Salud es la ausencia de la enfermedad, unida al completo bienestar físico, psíquico y social en la cual también se sabe que esta es dinámica, lo que significa que un individuo un día puede estar bien y el otro no, ya que se encuentra inmerso en un ambiente y el estado de salud dependerá de su desarrollo en el mismo y de la relación con su estilo de vida.

Vargas (2014) define al individuo sano como: “Aquél que muestra armonía física, mental y social con su ambiente, e incluye variaciones de tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo (p.66)

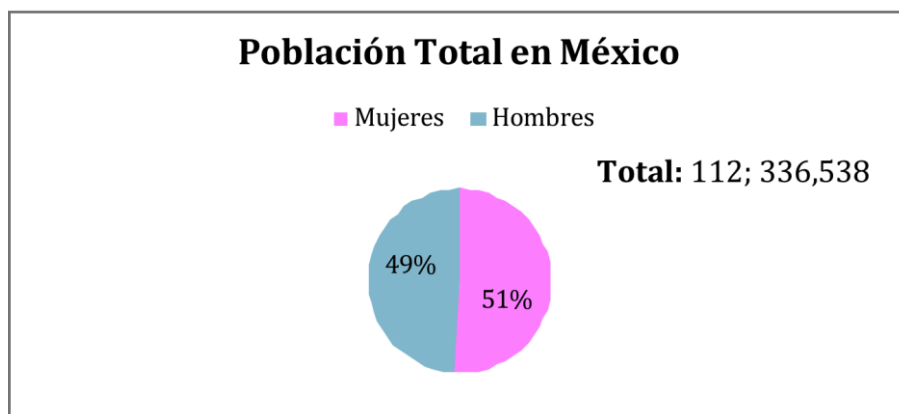
En México se cuenta con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) fundado desde enero de 1983, entre sus funciones está el generar información muy valiosa en materia de captación, procesamiento y difusión de información acerca del territorio, la población y la economía, generando estadísticas de diversos temas tales como: Ciencia y Tecnología, Economía, Gobierno, Medio ambiente, Ocupación y empleo, Población, Hogares y vivienda, Seguridad Pública, Sociedad y por supuesto la Salud en nuestro país.

Para poder conocer más sobre el estado de salud en México, es importante analizar y conocer cómo está conformado en muchas áreas, las cuales impactan en nuestra salud, con esto se puede conocer el diagnóstico actual de la Salud en México y de esta manera lograr tomar mejores decisiones tanto en lo individual como en lo colectivo, enmendar errores y proponer ideas innovadoras para mejorar la situación actual en materia de salud.

Por ello, un **diagnóstico de salud** debe de considerar los siguientes **parámetros**:

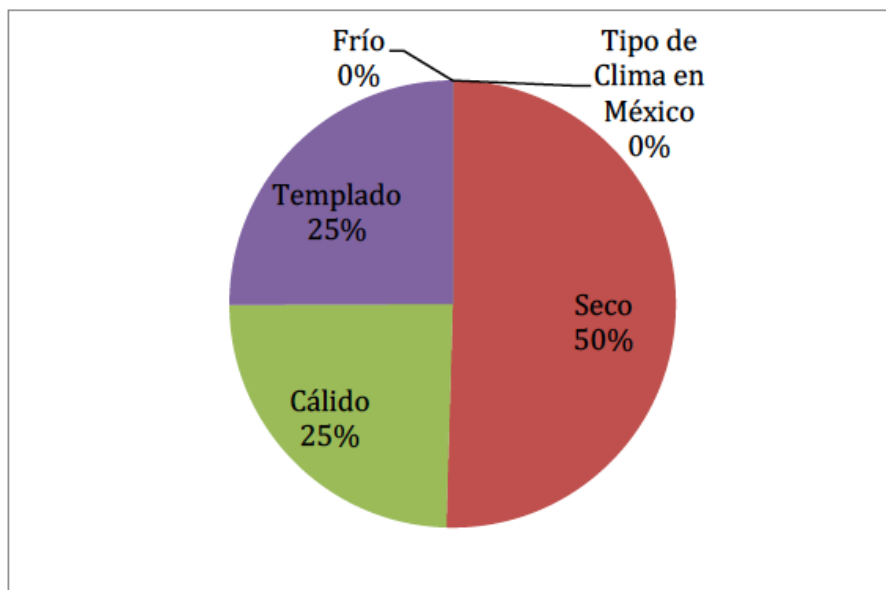
- **Conocer la población total** con sus características demográficas, nacimientos, defunciones, uniones, morbilidad y saneamiento ambiental.
- **Características Socioeconómicas:** Alimentación, vivienda, educación, recreación, vestimenta, cultura, ingreso.
- **Recursos para la Salud:** Políticas sanitarias, recursos materiales, recursos humanos, recursos financieros, atención médica.
- **Infraestructura:** Disponibilidad de caminos, vías férreas, teléfonos, medios de transporte, tecnologías de comunicación e información.
- **Economía:** Población ocupada, desempleo, ingreso per cápita, producto interno bruto, distribución del ingreso.

Según datos del INEGI, en México según el censo de Población y Vivienda del 2010, en nuestro país se registraron 112; 336,538 millones de personas en población total, de las cuales 57; 481,307 son mujeres y 54; 855,231 son hombres.



Población en México en 2010, Fuente INEGI

México, ocupa el 14 lugar en el mundo por sus 1.96 millones de km<sup>2</sup> de superficie continental, sin embargo la extensión de la zona económica exclusiva es de 3.15 millones de km<sup>2</sup>. El clima en nuestro país es muy variado y además depende de muchos factores externos como la presión atmosférica, humedad, viento, precipitación lo cual tiene relación directa con el tipo de alimento cosechado y la calidad nutricional que ingiere dicha población, por ello es importante conocer la forma en que el clima está repartido, el cual es de la siguiente manera:



Tipos de clima en México

Otro dato importante a conocer son las causas de mortalidad en nuestro país, es decir, ¿Cuáles son las enfermedades que están matando a los mexicanos? y se sabe que las principales tres causas de muerte son: [Enfermedades del corazón](#), [Diabetes](#) y [Tumores malignos](#), como lo observamos en la siguiente tabla, donde muestra las diferentes causas de muerte.

Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad en el 2013.	
Principales causas	Defunciones
Total	623 600
<b>Enfermedades del corazón a (Se excluye paro cardíaco)</b>	<b>116 002</b>
Enfermedades isquémicas del corazón	79 301
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>89 420</b>
<b>Tumores malignos</b>	<b>75 229</b>
Accidentes	36 293
De tráfico de vehículos de motor	15 847
Enfermedades del hígado	34 765
Enfermedad alcohólica del hígado	12 760
Enfermedades cerebro vasculares	32 675

Causas de defunción



Agresiones	23 063
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	20 481
Influenza y neumonía	17 417
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal b	12 948
Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	5 874
Insuficiencia renal	11 983
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9 375
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	8 303
Lesiones auto infligidas intencionalmente	5 909
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	5 470
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	4 997
Septicemia	4 981
Anemias	3 677
Enfermedades infecciosas intestinales	3 536
Úlceras gástrica y duodenal	2 511
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10 808
Las demás causas	93 757

Fuente: INEGI, Estadísticas de Mortalidad.

Po otro lado, el INEGI registró que la edad media en el país es de 26 años, y se encontró que 41 de cada 100 personas de 12 años y más estaban casados, 35 eran solteros, 14 vivían en unión libre y 10 estaban separados, divorciados o viudos.

Se sabe que cada minuto nacen 4 bebés en nuestro país y en el año 2009 se estimó que las mujeres en edad reproductiva tenían en promedio 2.4 hijos.

Dentro del tema de Bienes y Servicios en Viviendas, se encontró que 65 de cada 100 viviendas cuentan con teléfono celular. Del año 2000 al 2010 se ha encontrado que se han registrado cambios en el número de bienes por cada 100 viviendas:

Bien	2000	2010
Televisor	86	93
Refrigerador	68	82
Radio	85	80
Automóvil	33	44
Teléfono fijo	36	43
Computadora	9	29
Lavadora	52	66

Bienes y servicios en vivienda Fuente: INEGI, Conociendo México, 2012

En cuanto a la Escolaridad el 94.7% de los niños de 6 a 14 años asisten a la escuela y ya dentro del tema específico de Salud, del total de los bienes y servicios del Sector Salud 45.7% los adquieren las personas directamente, 33.7% lo obtienen las personas a través del gobierno y la seguridad social y el 20.6% lo absorben las asociaciones sin fines de lucro.

En el uso de la tecnología, se encontró que en el 2011 eran 37.6 millones de usuarios de internet en México, 49.2 de cada 100 usuarios acceden en su hogar a internet, 37.4 desde algún sitio público con costo, 18.5 en su trabajo y 11 en su escuela.

Otro factor importante a conocer es el uso del tiempo libre, en donde según datos del 2009, las personas de 12 años o más dedican en promedio a la semana 13 horas a la utilización de medios de comunicación masiva (radio, televisión, internet) y 7.6 horas a la convivencia social de persona a persona y 5 horas a la participación en aficiones (actividades artísticas, recreativas) 4.6 horas al deporte y ejercicio físico y 3.5 horas a la asistencia de eventos culturales, deportivos, conciertos, cine.

En temas laborales, se encontró que 62 de cada 100 personas ocupadas trabajan en el sector terciario, 24 en el secundario o industrial y 14 en el primario o agropecuario. El tiempo a la semana que le invierten al trabajo las personas es de 43 horas, los hombres 45 horas y las mujeres 38.

En cuanto al gasto monetario en los hogares, se sabe que el 32.7% corresponde a alimentos, bebidas y tabaco, el 18.5% al transporte, 13.6% a la educación y esparcimiento, 9.3% a vivienda y combustible, 8.2% a cuidados personales, 6.2% para artículos y servicios para la casa, 5.6% a vestido y calzado, 3.2% a transferencia de gasto y el 2.7% al cuidado de la salud.

Todos estos indicadores que registra el INEGI, los podemos retomar desde el punto de vista de Salud y por consiguiente nos permiten evaluar al individuo sano, es decir sí muestra armonía física, mental y social, sin embargo la salud es un estado tan variable, por eso la importancia de protegerla y fomentarla en la sociedad, de forma general, sin embargo un problema hoy en día se presenta en la población joven, ya que cometen el error de creer que como el día de hoy gozan de buena salud, ésta la tendrán siempre, cuando la realidad es otra, ya que su estado de salud actual es debido a la buena atención proporcionada por sus padres, vacunas, alimentación, aspectos del ambiente, no obstante, con el paso del tiempo cambia, ya que de forma natural el cuerpo va envejeciendo y deteriorándose, pero este proceso puede ser de mejor calidad si cuidamos nuestro estilo de vida, aquí la importancia de aprender y fomentar que si la salud no se cuida, entonces se pierde.

Otros datos importantes sobre la salud de nuestro país son los que nos aporta la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la cual agrupa a 34 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo.

Según datos de la OCDE la esperanza de vida en nuestro país ha incrementado mucho menos años en comparación con otros países en los últimos diez años, es decir, mientras que la esperanza de vida incrementó 3 años entre el año 2000 y 2012 ( de 71 a 80 años), en nuestro país la esperanza de vida incremento durante el mismo lapso de tiempo solo un año (de 73 a 74

años), y se ha relacionado este lento progreso en la esperanza de vida al estilo de vida de nuestra población, los cuales están relacionados con los malos hábitos de alimentación, nutrición y a la prevalencia muy alta de presencia de sobrepeso y obesidad



Sobrepeso

En México, la presencia de obesidad en la población adulta era del 24.2% en el año 2000, mientras que en el 2012 aumentó al 32.4%, la cual representa la segunda tasa más alta de obesidad de los países de la OCDE, después de Estados Unidos con 35.3% en el año 2012. El problema con estos valores es que este exceso de peso en las personas ha traído como consecuencia graves problemas de salud como la diabetes y enfermedades del corazón, enfermedades que ya revisamos están matando a los mexicanos, por lo que también por esta causa se han elevado los costos de salud en nuestro país y los de futuro.

Y así, con toda esta información es posible valorar como se encuentra México desde muchas perspectivas las cuales están íntimamente relacionadas con su estado de salud y progreso, en el cual el fomento y protección de la salud, se vuelve un tema muy relevante para nuestro país y el mundo. A continuación, profundizaremos sobre los problemas y prioridades nutricionales que atañen a la sociedad.

#### 4.6 Comportamiento y hábitos alimentarios de la población

El concepto de salud tiene en relación aspectos relacionados con el comportamiento en el consumo de alimentos del día a día. La salud tiene relación con el estilo de vida de cada persona, los cuales van a impactar de forma directa con la calidad de vida la cual definirá el bienestar que pueda tener una persona o comunidad.

Es decir, para considerarse saludable es necesario contemplar conductas, comportamientos y hábitos que ayuden a conservar la salud.

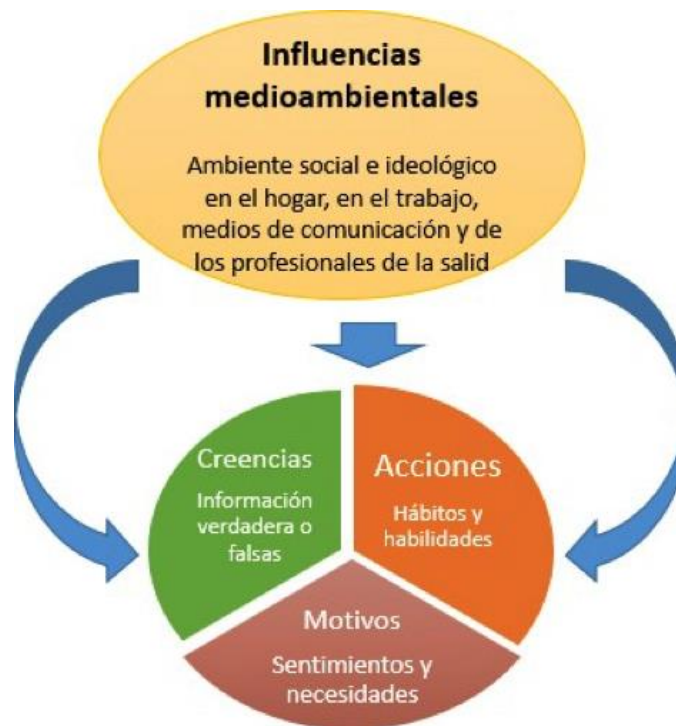
De acuerdo a Weinman (1991) citado por Cortés E. Ramírez E. Arriaga Y; & Olvera J (2009), los comportamientos se aprenden y como tal están sometidos a un conjunto de experiencias que derivan paulatinamente en hábitos y estilos de vida. Esta condición con gran frecuencia es pasada

por alto tanto por la gente en general como por los profesionales de la “salud”, es decir se olvida que mantener la salud es un acto de aprendizaje, enseñanza y revisiones periódicas.

Para Cortés E. Ramírez E. Arriaga Y; & Olvera J (2009) hacen una conclusión semejante al señalar que:

- El comportamiento saludable debe definirse como un comportamiento específico de salud, este se adquiere y se aprende. El comportamiento de la salud debe enfocarse como proceso de un conjunto de diferentes factores, momentos, contextos y situaciones. Referirse a los comportamientos saludables específicos sobre que si hacer y no lo contrario.

De ese modo, los responsables de salud deben enseñar a la población a identificar, sistematizar, concientizar y llevar a cabo de manera voluntaria aquellos comportamientos saludables. Por ejemplo, el tomar agua si se ve de manera consciente que ayuda al organismo y de él se tienen múltiples beneficios, se beberá de manera constante en ciertos horarios y de manera voluntaria, convirtiendo esta actividad como un hábito saludable.



Modelo conceptual para explicar el comportamiento en la salud. Retomado de OPS, 2005.

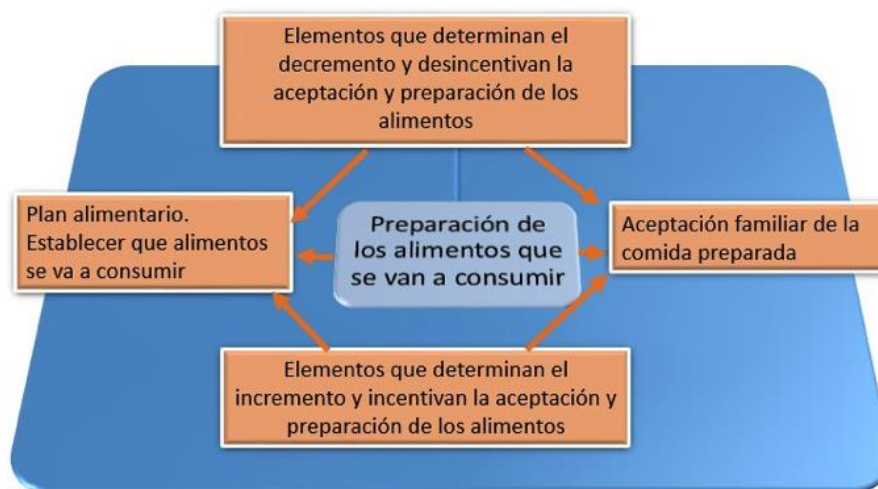
La FAO (2002) recomienda ocho estrategias, además de la educación, que se han utilizado para influir cambios del comportamiento y mejorar la nutrición. Las estrategias consisten en:

- Guías alimentarias y metas nutricionales;
- Etiquetado de alimentos y nutrición;
- Publicidad alimentaria;
- Alimentación institucional;
- Participación de la industria alimentaria;
- Garantía de un mensaje coherente.
- Protección de dietas tradicionales;
- Capacitación en nutrición.

Por otra parte, el hábito por sí sólo es una conducta repetitiva que se presenta en un periodo determinado pero también se trata de una secuencia de actos aprendidos. (López A. & Magaña R, 2014:132)

Para la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, (s.f.)) los hábitos alimentarios son un conjunto de costumbres que condicionan la forma de como los individuos o grupos seleccionan, prepara y consumen los alimentos, influidos por la disponibilidad de éstos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos.

Con relación a esto último, se ilustra en la siguiente figura.



Modelo de hábitos alimentarios de acuerdo con Wasink, 2012. Tomado de López E., & Magaña R. 2014

De esta manera el hábito alimentario se concibe como un conjunto de prácticas que se conforman con un estilo de vida en particular. Esto permite explicar la elección de los alimentos, la relación que se establece con otros comensales que dan un significado el compartir los alimentos (producto de un evento y estímulo alimentario).



Evento alimentario. Tomada de Serie científica latinoamericana. Simposio cambio de conductas, s.f.

También es importante conocer que los hábitos alimenticios devienen de un proceso socio-histórico del desarrollo de prácticas y actitudes que poseen un significado especial. Este significado orienta y explica las acciones, otorgándoles un sentido de constrictión social. (López A. & Magaña R, 2014:71). Una muestra de ello son los alimentos que se usan para rituales religiosos, o festividades como el día de muertos.

Los estilos y hábitos alimentarios son tan variados en los grupos sociales dado a las diferentes culturas. Por lo tanto, sería un error unificar los hábitos alimentarios dado que cada grupo consume diferentes alimentos debido a la zona geográfica, cultura, costumbres etc., por lo que se supone la intervención de profesionales de la salud de principios diferentes de selección de alimentos.

Los hábitos alimentarios, se construyen y se transforman en la vida cotidiana, individual y grupal, que pueden representar ser flexibles o rígidos debido a que están determinados por un sistema de valores de un grupo. Lo cual, esta flexibilidad brinda una ventaja para la intervención oportuna cuando se observa conductas que afectan a la salud, a partir del conocimiento de conductas alimentarias, tales como:

Tipo de conducta	Características
<i>Hábito alimentario</i>	Cuándo, dónde, con quién, duración, intervalo temporal en el que se presenta, características del lugar
<i>Ingesta de alimento</i>	Cuánto, duración del periodo de la ingesta e intervalo temporal entre ingestas
<i>Selección de alimento</i>	Cuál de una variedad sin que se acompañe de ingesta, secuencia de selección
<i>Preferencia alimentaria</i>	Cuál de lo inmediatamente disponible acompaña a la ingesta, secuencia de la ingesta.

Según Bishop (1994) en Hernández (2009) define y aclara las conductas que contribuyen a que un individuo enferme o muera a las cuales les llama Conductas patógenas o de riesgo para la salud, en donde desarrolla diez dimensiones de la vida de las personas que afectan a su estado de salud.

#### 4.7 Dimensiones de la vida que afectan el estado de salud

Conducta patógena o de riesgo a la salud	Descripción
<b>1. Actividad física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No practicar ejercicio físico</li> <li>• Realizar esfuerzos físicos bruscos</li> <li>• Agotarse físicamente</li> </ul>
<b>2. Alimentarias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abusar de alimentos dulces, salados o con grasas</li> <li>• Comer en exceso</li> <li>• No seguir una dieta equilibrada</li> <li>• Comer demasiado de prisa</li> <li>• No vigilar el peso</li> <li>• Saltarse comidas</li> </ul>
<b>3. Amigos y entorno social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No disponer de tiempo para relacionarse</li> <li>• Acabar la comunicación con vecinos y conocidos</li> <li>• Desinterés por las actividades recreativas</li> </ul>
<b>4. Descanso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Velar</li> <li>• Dormir pocas horas</li> <li>• Dormir en exceso</li> </ul>
<b>5. Drogas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumar</li> <li>• Beber alcohol</li> <li>• Consumir drogas</li> </ul>
<b>6. Pareja y familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de comunicación</li> <li>• Discusiones frecuentes</li> <li>• No afrontar los problemas cotidianos</li> </ul>
<b>7. Higiene personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No cepillarse los dientes después de las comidas</li> <li>• No bañarse</li> <li>• No lavarse las manos antes de comer</li> </ul>
<b>8. Relaciones sexuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfacción sexual</li> <li>• Mala planificación de las relaciones sexuales</li> <li>• Inestabilidad: falta de seguridad o higiene</li> <li>• Promiscuidad sexual</li> <li>•</li> </ul>
<b>9. Trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones malas con compañeros o jefes</li> <li>• Insatisfacción laboral</li> <li>• Participar el conflictos laborales</li> <li>•</li> </ul>
<b>10. Otros comportamientos de riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducción temeraria</li> <li>• Falta de medidas de seguridad en el trabajo</li> <li>• Comportamiento de riesgo doméstico</li> </ul>

## 4.8 Factores determinantes de los hábitos alimentarios y su relación con la salud

Como se ha descrito anteriormente la salud del individuo no es algo aislado, que sólo provenga de un desequilibrio externo o biológico, es una red de conductas y resultado de la exposición de mucho tiempo a cierto tipo de hábitos llevados a cabo de forma regular, dando paso a los factores sociocognitivos, los cuales es la interacción de individuo con su contexto social, los cuales determinan su conducta y su estado de salud.

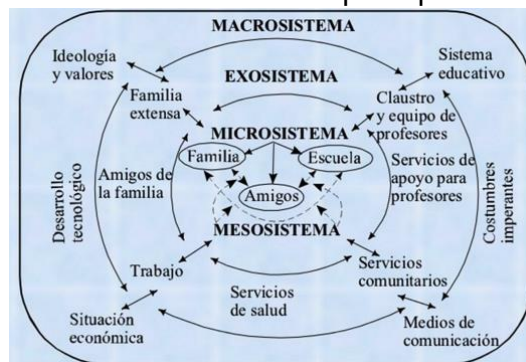
Entonces, estar sano significa en un sentido amplio el mantener en equilibrio el funcionamiento de nuestro organismo en un sentido óptimo pero además encontrarse en perfecta armonía con el medio en el que se vive, y así de esta manera poder desarrollar nuestro potencial, así que estar sano es la persona que no manifiesta enfermedad pero que también se encuentra bien con su entorno, ambiente, con la gente que vive y convive diariamente.

Para entender mejor...

- Una persona sana aparentemente pero que no tiene trabajo y por lo tanto tampoco dinero, es susceptible a enfermarse ya que no le será posible adquirir alimentos nutritivos para mantener su salud.
- Una persona que si tiene trabajo, pero lo hace en exceso, sin tener tiempos de descanso y esparcimiento, sin poder darse tiempo para sí mismo y aquí aunque si tenga el dinero para comprar alimentos de buena calidad, no se da el tiempo de alimentarse correctamente, también podría enfermarse a causa de ese desequilibrio en su vida.

Los factores que determinan los hábitos alimentarios y estilo de vida de un individuo se encuentran propuestos en la teoría ecológica de Bronfenbrenner de 1987 - 1988, en ella se explica que el desarrollo de una persona está influido por los diferentes ámbitos en los que vive y su interacción entre estos. Bronfenbrenner propone varios niveles de interacción los cuales influyen en cada persona:

- **Macrosistema:** Aquí se encuentra sociopolítica y la comunidad en la que vive el individuo.
- **Exosistema:** Ámbito en donde no participa directamente el individuo pero influyen en él.
- **Mesosistema:** Contextos en donde participa directamente la persona.
- **Microsistema:** Cada contexto en donde participa de forma directa.





Como se observa todo el ambiente en que un individuo se desenvuelve día con día hace que tenga relación al desarrollo de conductas, las cuales muchas pueden ser desfavorables para su salud, aquí la importancia de los agentes de salud, que es el profesional de salud que a través de sus conocimientos y herramientas, es parte fundamental para promover los cambio en la salud de otra.

#### 4.9 Agentes de Salud, Enfoque Tradicional.

Como Agentes de Salud existe **el Enfoque Tradicional**, en el cual se basa en el papel de algunos contextos o grupos sociales que funcionan como agentes promotores de salud y que son de mucha utilidad en la práctica de profesional de la salud

Un ejemplo muy sencillo es un padre que lleva a cabo una alimentación saludable, realiza ejercicio de forma constante como hábito, no fuma, no consume alcohol, entonces este padre se convierte en un agente de salud que educa con el tiempo y ejemplo a sus hijos y familia lo cual se puede extender hasta su meso sistema, que es su área de contexto diario en donde se desarrolla ya que sirve de contexto como modelo a seguir.



Padre de familia, agente promotor de salud

#### 4.10 Otros enfoques de promoción a la salud.

Existen otras fuentes de promoción de salud que también influyen, como:

- **Profesionales de la salud:** A ellos se les considera como los expertos en el campo de la salud por lo que las recomendaciones de ellos tienen mucha influencia en la adopción de conductas saludables.
- **Escuela y familia:** Este grupo tiene mucha influencia en un individuo debido al proceso natural de socialización que lleva a cabo el niño y el adulto en este ambiente.

- **El trabajo:** Es un lugar en donde un individuo se puede sentir identificado, por lo que es un punto que puede ser utilizado como referencia en cuanto a adopción de hábitos de salud o de enfermedad.
- **Medios de comunicación:** Aquí se consideran principalmente prensa, radio y televisión y de unos años para acá el internet, en donde se encuentra mucha información la cual debe de ser validada ya que no toda es confiable, sin embargo la publicidad constituye una vía muy importante para la promoción de la salud, pero hay que ser reflexivos y saber diferenciar entre la promoción de la salud y la simple mercadotecnia que utilizan las empresas solo para vender.
- **Grupos de autoayuda:** Se trata de personas que comparten un mismo problema, en donde algunos ya lo han superado, o bien están en camino de lograrlo y entre todos se ofrecen apoyo y ayuda mutua.
- **Programas comunitarios:** Se refiere a programas de promoción y educación en la salud específicos llevados a cabo por el gobierno o por la misma comunidad, aquí es usual que un miembro de la misma comunidad se capacite y desarrolle habilidades para inducir mejoras de salud entre sus miembros.

Todo lo anterior, sigue estando vigente y es muy útil en la promoción de la salud y cambio de hábitos de las personas, sin embargo en la sociedad actual no **hay que olvidar que el principal agente de cambio es el individuo en sí, cada persona es gestora y responsable de su propia salud**, por lo que desde un enfoque actual un agente de salud es aquella persona que promueve cambios en el estilo de vida en promoción a la salud, propia o de otra persona, así que esta función se puede desarrollar en todos los contextos en donde se desenvuelva el individuo siempre y cuando se encuentre bien informado sobre el tema a tratar y llevando a cabo cambios en hábitos de vida de forma saludable.

#### 4.11 Estilos de vida saludables

*Comer bien no basta para tener salud. Además, hay que hacer ejercicio, cuyos efectos también deben conocerse. La combinación de ambos factores constituye un régimen. Si hay alguna deficiencia en la alimentación o en el ejercicio, el cuerpo enfermará.*  
Hipócrates

A lo largo de la asignatura podrás haber identificado elementos relacionados con los estilos de vida saludables, pero esté término. Existen varias definiciones de Estilo de Vida que nos menciona Hernández (2009) como lo son:

Estilo de vida son las diferentes maneras personales en que los seres humanos organizan la vida cotidiana (Garmendia, 1994: 51)

Estilo de vida es el conjunto de patrones que estructuran la organización temporal, el sistema social de relaciones y las pautas de consumo y/o actividades. Es decir, un estilo de vida como “cosmos social, personal y diferenciado”, favorecido por un entorno concreto y que se ve influido al mismo tiempo por la acción consciente y coparticipada de los miembros que integran este entorno / sistema (Rodríguez- Suárez y Agullo, 1999: 52)

Así que se puede definir que estilo de vida como:

Estilo de Vida está en relación total a los patrones de comportamiento compartidos por un grupo social en las cuales están inmersos los valores, hábitos y costumbres que se llevan a cabo en cada comunidad, estos de forma regular persisten en el tiempo pero pueden ser modificados a lo largo de la vida.

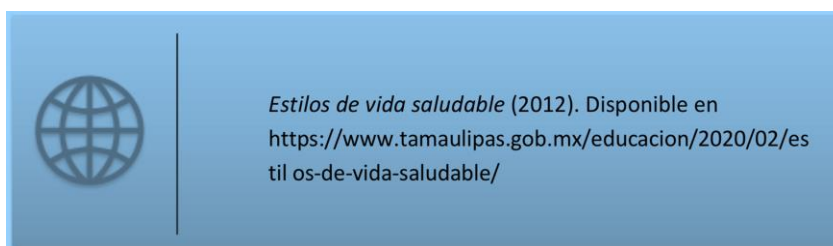
En otras palabras, el estilo de vida es el patrón de comportamientos cotidianos de una persona, los cuales tienen relación con su contexto social y cultural en la que se encuentran inmersos, por ello disciplinas como la psicología de la salud y la sociología se han dedicado a estudiar este fenómeno tan relevante en la salud de los individuos. Es importante clasificar las conductas de una persona en función de sus efectos en la salud, ya que las conductas pueden contribuir a enfermar y morir, o bien las conductas pueden ayudar a reducir el riesgo de enfermar y morir. Hernández (2009) define el **Estilo de Vida Saludable** como un patrón de comportamientos relativamente estables por parte de los individuos o grupos que tienen una relación estrecha con la salud (p.55) y de forma general presentan las siguientes características:

- Son conductas de naturaleza observable
- Se mantienen con el paso del tiempo
- Diferentes conductas se pueden dar con el tiempo

La Organización Mundial de la Salud, en su artículo Alimentación sana ofrece algunas recomendaciones para un estilo de vida saludable



De la misma manera, se presenta en el siguiente material un ejemplo de promoción y educación de estilos de vida saludables en la práctica.



#### 4.12 Estilo de vida y las conductas cotidianas.

De esta manera, se observa que [el estilo de vida se hace referencia a las conductas cotidianas de un individuo las cuales se encuentran directamente en relación a su salud y su calidad de vida](#), aquí se encuentran inmersas algunas variables a tomar en cuenta, las cuales tienen relación directa al estado de salud del individuo, las cuales muchas veces no son reconocidas como tal.

#### VARIABLES DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

---

Hábitos alimentarios  
 Actividad física  
 Hábitos de descanso  
 Accidentes y conductas de riesgo

---

Higiene personal  
 Consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, tabaco)  
 Control de estrés  
 Hábitos de prevención y ergonomía

---

Consumo de medicamentos  
 Revisiones médicas  
 Adhesión terapéutica  
 Otros (hábitos de estudio, hábitos religiosos, autocuidados etc.)

---

Todas estas variables son de mucha utilidad para que el profesional de la salud indague y conozca el estilo de vida y hábitos regulares del paciente y así de esta manera se logren llevar a cabo los objetivos específicos a trabajar en pro de su salud.

Mientras que el tratamiento de problemáticas de la población se puedan ser abordadas por medio de los programas de promoción para la salud.

#### 4.13 Mejoremos la salud a todas las edades.

##### La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades

La salud es el fundamento esencial que apoya y nutre el crecimiento, el aprendizaje, el bienestar personal, la plenitud social, el enriquecimiento de los demás, la producción económica y la ciudadanía constructiva. La promoción de los estilos de vida saludables implica el desarrollo de

acciones en dos frentes: la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. La promoción de la salud comprende tanto la transformación de los comportamientos individuales como los familiares y existen factores, que contribuyen a un excesivo número de incapacidades por enfermedad o de muertes, que pueden ser cambiados.

Los programas de prevención de muchas enfermedades y de causas de lesiones siguen la estrategia de reducir los factores de riesgo y reforzar los protectores. Este método trajo consigo reducciones espectaculares de muchas enfermedades endémicas, desde la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular a las muertes por accidentes de tráfico y el cáncer oral.

### Una mejor salud en todas las edades

La salud puede mejorarse a todas las edades: durante el embarazo, en los lactantes y niños hasta los 14 años, revisando los principios de salud en la adolescencia y previniendo las mayores causas de muerte en la edad adulta, especialmente en el sector poblacional de más rápido crecimiento en el mundo, los adultos mayores.

Las lesiones y efectos adversos (incluidas las quemaduras, intoxicaciones, etc.) ocupan el séptimo lugar en la lista de causas principales de muerte de los lactantes de Estados

Unidos y demás países industrializados. Tanto la tasa de muerte como la carga de las discapacidades por lesiones son aún mayores en los países menos desarrollados. En éstos las lesiones frecuentemente son la principal causa de 24 años.

En países como Argentina, Uruguay, España y Polonia, las lesiones son la primera causa de muerte de 1 a 34 años de edad en los varones y de 1 a 24 años en las mujeres.

### Factor protector: ¿Una vacuna universal?

¿Podría la educación llegar a convertirse en una vacuna universal? La cantidad de enseñanza que recibe la juventud ejerce un poderoso efecto sobre su salud presente y futura, y sobre su esperanza de vida. Por tanto, hay que estimular a los jóvenes para que no abandonen la escuela y completen su educación. Los decisores y formuladores de política deben proporcionar todos los mecanismos e instrumentos para que esto se haga posible.

Los sectores de la salud y de la educación deben trabajar juntos más tiempo y con mayor entusiasmo. Una mejor salud permite un mejor aprendizaje y más educación trae consigo mejor salud. En conjunto, traen a las comunidades y a los países desarrollo económico y social.

A nivel mundial, el segmento de la población que está experimentando un crecimiento más rápido es el más viejo. La proporción de centenarios es la que más rápido crece en la población, seguida del grupo de 80 a 99 años de edad. De hecho, a lo largo de la historia de la humanidad, muy pocas personas han llegado a estas edades. Pero se prevé que en el siglo XXI, la creciente población de personas mayores de 85 años, con su enorme consumo de servicios médicos, creará importantes crisis económicas, de recursos médicos y éticos, tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

Puesto que todos los comportamientos de las personas o los grupos son aprendidos, todos pueden ser modificados o sustituidos por otros nuevos. Los comportamientos pueden modificarse y mejorar así la salud y el bienestar general: al considerar la implementación de un programa para el cambio de comportamiento es importante analizar las influencias culturales y buscar la participación ciudadana y comunitaria.

Una forma de contribuir a disminuir del gran consumo de recursos de salud de la población anciana consiste en reducir en lo posible el período de morbilidad terminal. Para ello hay que mantener a las personas lo más activas posible y capaces de cuidarse a sí mismas casi hasta su muerte. Con ello, disminuirá la duración, aunque no necesariamente la intensidad de la atención médica que necesitan.

Por otra parte, se reducirá evidentemente el sufrimiento y se combatirá la sensación de deterioro de los ancianos y de los familiares que los cuidan

#### **4.14 Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones.**

La obesidad es una enfermedad multifactorial que afecta a alrededor de 600 millones de personas en el mundo, de los cuales, cerca de 40 millones corresponden a niños menores de 5 años (OMS factsheet no311; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>). En adultos se define por un índice de masa corporal (IMC) sobre 30 kg/m<sup>2</sup> y se caracteriza por un incremento excesivo en el porcentaje de grasa corporal, originado por un balance energético positivo que se mantiene en el tiempo (1). La obesidad se asocia al desarrollo posterior de dislipidemias, hipertensión arterial e insulinoresistencia, los que favorecen la incidencia de diabetes mellitus, arterioesclerosis, enfermedades cardiovasculares, desórdenes músculo-esqueléticos y cáncer (2). Diversos estudios señalan que el aumento en los índices de obesidad experimentados en el último tiempo se deben principalmente a cambios ambientales, como el incremento del sedentarismo (3-5) y la ingesta de alimentos altamente energéticos, ricos en grasas y azúcares (6,7), creando un escenario al que se le ha denominado "ambiente obesogénico". Sin embargo, no todas las personas que viven en este ambiente obesogénico responden de la misma forma a los estímulos alimenticios, observándose gran variabilidad en parámetros como el índice de masa corporal (IMC) y porcentaje de grasa abdominal entre los individuos de una misma población. Esta variabilidad sería el resultado de la interacción entre componentes genéticos heredables y el entorno social y familiar al que los individuos se encuentran expuestos (8-12), los que afectarían los mecanismos que regulan el apetito y el comportamiento alimentario (13,14)

Diversos esfuerzos se han realizado por comprender en mayor profundidad los mecanismos que regulan el comportamiento alimentario, asociado a la mayor susceptibilidad de fallo ante los estímulos obesogénicos, pero la mayor parte de estos estudios se ha centrado en individuos adultos, siendo la obesidad infantil una temática menos abordada en la literatura, pese al rápido incremento de sus cifras a nivel mundial (15,16). En niños, la tendencia a la obesidad tiene un origen aún más complejo y multifactorial, y se ha mostrado que no existe una correlación clara entre el consumo de ciertos alimentos específicos y el peso corporal (con excepción de las bebidas azucaradas), sin embargo, sí es posible asociar determinados patrones conductuales con

obesidad infantil (17). Por otra parte, el estudio de la conducta alimentaria en este segmento ha probado ser útil como indicador de la probabilidad de aumento de masa grasa en el tiempo (18), pudiendo constituir un elemento fundamental para predecir el sobrepeso y la obesidad de forma precoz, a diferencia del IMC que en edades tempranas no parece ser buen predictor de la incidencia de morbilidad asociada a obesidad en el adulto (19). Por lo anterior, el objetivo del presente artículo es revisar los factores involucrados en la regulación de la ingesta alimentaria y la conducta alimentaria en niños.

#### 4.15 Estudio de la conducta alimentaria en niños

La conducta alimentaria se define como el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales (71). Para poder evaluar la conducta alimentaria se ha descrito que existen dimensiones que influyen directamente en el proceso: a) Inicio de la alimentación (relacionado con la búsqueda, apetito, motivación por comer, respuesta hedónica a los alimentos, y refuerzo alimentario); y b) término de la alimentación (relacionados con saciedad, plenitud, o estímulos externos que llevan a finalizar la ingesta). Los mecanismos de hambre y saciedad vinculados con estas dimensiones involucran a los sistemas homeostáticos (balance energético) y hedónicos (respuesta afectiva al alimento). Es importante recalcar que un individuo puede aumentar su ingesta de alimentos por cualquiera de estas dos vías. Ej.: Si un niño posee una señal de saciedad débil, posterior al consumo de una comida, entonces tiene alto riesgo de sobreconsumo (vía homeostática); o si disfruta mucho los alimentos y responde positivamente a estímulos asociados con estos, también tiene alto riesgo de sobreconsumo (vía hedónica).

Los investigadores han desarrollado una serie de herramientas sicométricas y de laboratorio para poder capturar la variabilidad individual en la conducta alimentaria. Estas herramientas miden:

- a) respuesta a los alimentos
- b) comer en ausencia de hambre
- c) valor reforzador del alimento
- d) restricción alimentaria

Todas estas herramientas están formadas por constructos y las dimensiones que miden se detallan en las tablas

**Tabla III. Dimensiones de la conducta alimentaria que inhibe el consumo de alimentos**

Constructo	Herramienta	Descripción
Respuesta a la saciedad	CEBQ	Disminución de la sensación de hambre ocasionada por el consumo previo de alimentos
Exigencia frente a la alimentación	CEBQ	Exigencia condicionada, que limita la variedad de productos de alimentación aceptados
Lentitud en el comer	CEBQ	Tendencia a prologar la duración de los tiempos de comida
Sub-ingesta emocional	CEBQ	Pérdida de control de la ingesta (hacia el déficit) en contextos emocionales negativos
Restricción cognitiva	TFEQ	Tendencia a limitar la propia ingesta (en cantidad o tipo de alimentos) para controlar el peso corporal
Ingesta emocional	TFEQ	Incapacidad de controlar la ingesta de comida en contextos emocionales negativos, tanto el exceso como el déficit de apetito

CEBQ: Child Eating Behaviour Questionnaire; TFEQ: Three-Factor Eating Questionnaire.

**Tabla II. Dimensiones de la conducta alimentaria que estimulan el consumo de alimentos**

Constructo	Herramienta	Descripción
Respuesta a los alimentos	CEBQ	Refleja diferentes aspectos de respuesta excesiva a estímulos externos: olor, sabor, apariencia Susceptibilidad a preferir alimentos de mejores propiedades organolépticas
Disfrute de los alimentos	CEBQ	Condición positiva asociada con la sensación de hambre, deseo de comer y placer por el alimento
Sobre ingesta emocional	CEBQ	Pérdida de control de la ingesta (hacia el exceso) en contextos emocionales negativos
Deseo de consumir bebidas	CEBQ	Deseo de beber y tendencia a llevar a la mano bebidas azucaradas
Comer en ausencia de hambre Sentimientos negativos Cansancio/aburrimiento Estímulos externos	EAHQ	Inicio o mantención de la ingesta alimentaria en relación a la tristeza, ira o ansiedad Inicio o mantención de la ingesta de alimentos por cansancio o aburrimiento Inicio o mantención de la ingesta de alimentos desencadenada por ver comida o que alguien se encuentre comiendo en el entorno
Valor reforzador del alimento	RVFQ	Cualidad que se refiere a la cantidad de trabajo que un individuo está dispuesto a ejecutar, para obtener un alimento palatable (chocolates) en relación a otro reforzador no alimentario (sticker preferido)
Ingesta emocional	TFEQ	Incapacidad de controlar la ingesta de comida en contextos emocionales negativos, tanto el exceso como el déficit de apetito
Ingesta sin control	TFEQ	Inclinación a comer ante la exposición de estímulos externos en variadas circunstancias y dificultad para detener la ingesta

CEBQ: Child Eating Behaviour Questionnaire; EAHQ: Eating in the Absence of Hunger Questionnaire; RVFQ: Reinforcing Value of Food Questionnaire; TFEQ: Three-Factor Eating Questionnaire.

Al evaluar las conductas relacionadas al control de la alimentación, se ha determinado que la ingesta se ve afectada por variables emocionales, cognitivas, ambientales y sociales. Intentos por medir el impacto de estas variables en la conducta alimentaria han establecido que ciertos individuos restringen su alimentación para controlar su peso por razones estéticas o sociales, sin embargo, este comportamiento restrictivo incrementa la sensación de hambre y el refuerzo por los alimentos, aumentando su tendencia a sobre-alimentarse. Al respecto, se ha demostrado que niños obesos tienen valores más altos de restricción dietética estando más susceptibles a consumir alimentos apetecidos después de finalizar una dieta restrictiva. Por otra parte, ciertos estudios señalan que la promoción de hábitos alimenticios saludables por parte de los padres, más que la restricción constante de alimentos "prohibidos", es una mejor estrategia para cambiar patrones conductuales, crear estilos de vida saludables y reducir la obesidad en niños y adolescentes.



## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, C. (2004) Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Editorial UOC.
- ENSANUT (2003) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Disponible en: [http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012\\_PresentacionOficialCorta\\_09Nov2012.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_PresentacionOficialCorta_09Nov2012.pdf)
- Hernández, E. (2009) Salud y Red. Editorial UOC.
- López E., & Magaña R. Hábitos alimentarios. Psicobiología y socioantropología de la alimentación, 2014, México: McGraw-Hill Interamericana Editoriales
- Rivera, J. (2008) Recomendaciones para Población Mexicana: consumo de bebidas para una vida saludable, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Vargas Domínguez, A. (2014) Educación para la Salud. Editorial Larousse - Grupo Editorial Patria.

### Complementaria

- Barquera S, Rivera-Dommarco J, Gasca-García A. (2001) Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. Revista de Salud Pública, México. Consultado en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n5/6726.pdf>
- Cortés E. Ramírez E. Arriaga Y; & Olvera J (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SI405-339X2009000100009#astI](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI405-339X2009000100009#astI)
- FAO (2002). Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s16.htm#bm42>
- FAO (s.f.). Glosario. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf>
- García E. (2015) Teoría de los Sistemas Ecológicos de Urie Bronfenbrenner [video] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=I5ZID46nhmQ>
- OMS (2015) Alimentación sana. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
- OPS (2005). Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento. Parte IV. Hacia intervenciones más efectivas. 287-325 Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/9275315906.pdf?sequence=1>
- Osornio. Weisstaub G & Castillo C. (2002) Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/9275315906.pdf?sequence=1>