

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EXTREMADURA

*Perspectivas de Futuro y Memoria de las
II Jornadas Extremeñas de Educación para la Salud*

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Consumo

“La Educación para la Salud en Extremadura. Perspectivas de Futuro y Memoria de las II Jornadas Extremeñas de Educación para la Salud”

Mérida, noviembre 2004.

Autores:

Todas las personas cuyos nombres figuran bajo el título de su intervención o aportación (ver Índice).

Coordinadores de esta publicación y autores del capítulo “Aproximación a la Educación para la Salud en Extremadura: Situación Actual y Perspectivas de Futuro”:

Eulalio Ruiz Muñoz.

José Luis Ferrer Agualeles.

Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.

Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

Edita:

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Consumo

C/ Adriano 4

06800 Mérida

ISBN: 84-95872-38-2

Depósito Legal: BA-640-2004

Imprime: Artes Gráficas Rejas (Mérida)

NOTAS:

- *Las opiniones vertidas por los diversos autores no tienen porqué coincidir con las líneas estratégicas de esta editora.*
- *Con la finalidad de respetar al máximo los textos aportados por los diferentes autores, se ha conservado, en lo posible, la presentación y contenido de los mismos, reproduciéndose como fueron enviados a esta editora.*

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EXTREMADURA

*Perspectivas de Futuro y Memoria de las
II Jornadas Extremeñas de Educación para la Salud*

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Consumo

PRÓLOGO

La promoción de la salud constituye una estrategia fundamental que nos permite alcanzar un estado de salud y de bienestar óptimos, a través de actuaciones que mejoren los determinantes de la salud, como son los estilos de vida y un entorno saludables. Informando y formando a la población sobre los distintos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, contribuiremos a que ésta conserve o mejore su salud y les ayude a prevenir la enfermedad.

La educación para la salud es el instrumento principal para ejercer la promoción de la salud. Puede practicarse sobre distintos ámbitos, siendo los fundamentales, desde el punto de vista de la salud pública, los ámbitos educativo, sanitario y comunitario, incluyendo en este último el ámbito laboral.

Considerando la importancia de la promoción de la salud en general y la de la educación para la salud en concreto, y teniendo en cuenta que es transversal a multitud de materias, entre otras, de la Sanidad y el Consumo, se hace preciso establecer la misión de impulsar la educación para la salud a su máximo nivel en nuestra Comunidad Autónoma.

En Extremadura, a lo largo de los últimos años, la educación para la salud ha estado presente en multitud de programas y estrategias desarrolladas, no solo por las Administraciones, sino por un número importante de colectivos. Se han puesto en marcha una serie de actividades y se han planificado otras, como se deja constancia en este libro, que incluye el resumen de las II Jornadas de Educación para la Salud de Extremadura, que se celebraron el pasado año 2003.

Unas Jornadas que supusieron un momento de compartir experiencias y de reflexionar sobre logros y necesidades en el campo de la educación para la salud, que la Consejería de Sanidad y Consumo ha entendido debían tener su reflejo en esta libro, para beneficio de la colectividad.

La publicación del mismo, contribuirá a facilitar el trabajo de análisis y toma de decisión abierto en nuestra Comunidad Autónoma para establecer un marco de desarrollo de la educación para la salud, que contribuya a priorizar, coordinar y hacer más eficiente esta actividad desde cualquier sector implicado que se considere. El mismo se materializará en el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura, referente regional para las actuaciones en este campo, e impulsor de políticas institucionales y de organizaciones no gubernamentales.

Espero que este texto ayude a los profesionales de todos los sectores y a los ciudadanos interesados, a conocer la situación actual de la educación para la salud en Extremadura, les sea de utilidad y les anime a la realización de actividades de educación para la salud.

Guillermo Fernández Vara
Consejero de Sanidad y Consumo

ÍNDICE

PRIMERA PARTE

Aproximación a la Educación para la Salud en Extremadura: Situación Actual (2004) y Perspectivas de Futuro

Eulalio Ruiz Muñoz y José Luis Ferrer Agualeles 15

SEGUNDA PARTE

Memoria de las II Jornadas Extremeñas de Educación para la Salud

Conferencia Inaugural

La educación para la salud en el marco de la promoción de la salud.

Nociones ligadas al “empowerment”

Miguel Ángel Escobar Bravo. Olga Monistrol 35

Mesa de Ámbito Educativo: Formación en Valores

Moderadora: *Carmen M^a Rodríguez-Arias Espinosa*

Educación en valores. La educación ambiental es educar en salud

Celsa Sánchez Vázquez 51

La Educación en Valores desde la Diversidad

Rachid El Quaroui 55

Mesa de Ámbito Comunitario: Participación Comunitaria en la Promoción de la Salud

Moderadora: *M^a Concepción Real Hernández*

La infección por VIH y la participación comunitaria

Santiago Pérez Avilés 59

Participación Comunitaria en la Promoción de la Salud

María Rangel Macarro 67

Participación Comunitaria en la Promoción de la Salud

M^a Antonia Martín Martín 73

Prevención Comunitaria

Marcelina González Calvo 77

Mesa de Ámbito Sanitario: Papel Estratégico de la Atención Primaria en Educación para la Salud

Moderadora: *M^a Yolanda Anes del Amo*

Experiencias en Educación para la Salud en la Comunidad Valenciana

Situación actual

Josefa Pont Martínez 83

*La Promoción de la Salud a través de las Actividades Comunitarias en los
Centros de Salud*

Fernández López, M. D.; Matas Gutiérrez, M.; Maynar Mariño, I.;

Muñoz de la Montaña, M. T. 89

Desarrollo de la Educación para la Salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura en el ámbito escolar	
Jesús Miguel García Ortiz	101

Comunicaciones en la Mesa de Ámbito Educativo

¿Qué es y qué no es la Educación para la Salud?

Merchán Felipe, M. N.; Galindo Casero, A.; Rojo Durán, R.; Rodríguez Arias, C.; Garvi García, M.; García Retamar, S.; Villa Andrada, J. M.; Terán Somaza, R. M.	117
--	-----

Conocimientos y actitudes frente al VIH/SIDA de estudiantes de formación del profesorado. Una propuesta de actuación

Nieves Villar Fresno, Mónica Guillén Moreno	125
---	-----

Cumpleaños y recreos sin chuches

M ^a Isabel Martín Paradés, M ^a Cruz Muñoz Pascasio, M ^a Cruz Rebollo Andrés	133
--	-----

Educación en valores como formación integral del adolescente

Terán Somaza, R. M.; Puertas Terán, P. C.; Rodríguez-Arias Espinosa, C. M.; Rojo Durán, R. M.; Galindo Casero, A.; Merchán Felipe, M. N.	139
---	-----

Enseñar Salud desde la Escuela

Grajera Guerra V.; Patrón Manzano I.	151
---	-----

Proyecto de Educación para la Salud en Centros Educativos

Peral L.; Martín M. D.; Barbancho F. J.; Bañuls M.; Cortés M.; Pérez M. V.	157
---	-----

La Semana de la Salud

Ana Isabel Rosas García	165
-------------------------------	-----

La enfermera escolar: una necesidad dentro del entorno educativo

Rojo Durán, R. M.; Rodríguez-Arias Espinosa, C. M.; Merchán Felipe, M. N.; Galindo Casero A., Trujillo Hernández, J.; Villa Andrada, J. M.; García Retamar, S.; Garvi García, M.	173
---	-----

Mediación en prevención de Drogodependencias. Una propuesta de actuación

Villar Fresno, N.; Ciborro Agúndez, M. A.	185
--	-----

Comunicaciones en la Mesa de Ámbito Comunitario

La Promoción y Educación para la Salud en pequeñas entidades locales del ámbito rural

Escalante González, Y.; Saavedra García, J. M.	195
---	-----

La educación para la salud en la Rehabilitación Psicosocial

Pablo A. Cantero Garlito, Consolación Pérez Prados, M. Paz Casado Rabasot	201
---	-----

Análisis descriptivo de los hábitos saludables en personas con enfermedad mental crónica

M. Consolación Pérez Prados, Pablo A. Cantero Garlito, M. Paz Casado Rabasot	205
--	-----

Educación Sexual en el Adolescente

Benito del Sol, S.; Fernández Fernández, M. L.; Valiente Díaz, C.;
Rodríguez Fernández, P.; Catalán Abreu, S. 211

La Actividad Física y la Salud

Saavedra García, J. M.; Rodríguez Guisado, F. A.; Escalante González, Y. 217

Implantación de Proyectos de Salud con la Aportación de la Metodología del Plan Estratégico de la Mancomunidad de Servicios Sociales “Emiliano Álvarez Carballo”

Gervás Pabón, F.; Moreira Álvarez, A. L.; Torrado López, A. 225

Unas buenas razones para disfrutar educando a tus hijos

Ángel Gutiérrez Calderón, M^a Paz Casillas Muñoz, Juana Díaz Díaz,
Pilar López Gómez 239

Comunicaciones en la Mesa de Ámbito Sanitario

Educando en Diabetes en nuestra Zona de Salud de Trujillo

Emilia Redondo Sánchez, Patricia Torrico Pérez 251

Efectividad de la Educación Sanitaria Grupal a diabéticos en el ámbito de la Atención Primaria

Escudero, I.; González, J. R.; Pereira, M. J.; Pérez, M. J.; Mora, S., Calle, P. 255

Estudio descriptivo sobre el grado de implantación de la Educación Diabetología Individual en Atención Primaria

Moralejo Vicente, R. M.; Fuentes Serradilla, E.; Escudero Sánchez, I.;
Peral Baena, L.; Manrique García, R.; Mateos Villayandre, C. 267

Mujeres de 40 y tantos

González Calvo, M.; Rodríguez Borreguero, S.; Acevedo Grajera, A.; Cañamero
Sosa, M. M.; Fernández Trigoso, R.; Real Hernández, C.; Pérez Jiménez, M. C.;
Asensio, S.; Villegas Zancada, N.; Martín Martín, P.; Parejo Quintano, E.;
Mora González, M. A.; Martínez Álvarez, L. F. 279

Educación para la Salud desde un planteamiento interdisciplinar dirigido a alumnos con deficiencias auditivas

Francisca Fernández Villares 285

Sida y Drogas, ¿Nos Afectan?

Salguero Herrera, I. M. 301

Evaluación de la Educación para la Salud en Extremadura y Revisión Bibliográfica

Gómez Galán, R.; López Gómez, M. J.; Álvarez Ramos, F.;
Reyes de Castilla, J. A.; Cañamero Blanco, A. 309

Comunicaciones comunes a todas las mesas

El Compromiso Social de una Red Estratégica de Intervención Regional en Educación para la Salud

Aupex y Colectivos de Universidades Populares 319

Sistema de Información en Promoción y Educación para la Salud (SIPES)

Manuel Jesús Arrabal Feixas 323

El Rally de Aventura, una propuesta educativa en Educación Física Amarilla Pérez, J.C., García Ciriero, R.	329
www.cuandotepasasniteenteras.com Gutiérrez Calderón, A.; López Gómez, P.	335
Necesidades formativas del profesorado en Educación para la Salud en el Área de Cáceres García Ortiz J. M.; Luengo Rosa M. A.; Vicente Miguel G.; Candela Nogales J.	345
Necesidades educativas en salud de los alumnos en el Área de Cáceres García Ortiz J. M.; Luengo Rosa M. A.; Vicente Miguel G.; Candela Nogales J.	353
Proyectos de Educación para la Salud en Centros Docentes y ONGs en la Comunidad Autónoma de Extremadura (periodo 2001-02) García Ortiz J. M.; Iglesias Sánchez J. M.; Luengo Rosa M. A.; Vicente Miguel G.; Candela Nogales J.	361
Comunicaciones Posters	
Fumas porque quieres... ¿Eres consciente de la publicidad? Barrantes Pulido, M. C.; Paniagua Vivas, M. S.	373
Educación para la Salud: ¿Una actividad para enfermería? Leno González, D.; Leno González, J. L.; Lozano Guerrero, M. J.	377
Importancia de la Educación para la Salud en el control de las cifras tensionales en una población rural. ¿Realizamos una buena educación sanitaria? Corrales Vázquez, M. J.; López Castro, J. M.; Corrales Vázquez, J.M.	379
Respirar bien: ¿Un juego de niños? Rama Merchán, M. I.; Garvi García, M.; García Retamar, S.; Villa Andrada, J. M.; Puertas Terán, P. C.	381
Educación y Salud, un encuentro necesario Paniagua Vivas, M. S.; Barrantes Pulido, M. C.	385
Protocolización del uso del guante sanitario en Atención Primaria y Especializada Inglés García de la Calera, M. C.; Pereira Rodríguez, M. J.; García Cordero Martín, M. L.; Rosado María, M.; Gómez González, M. A.; de Torres Iglesias, C.; Andrada Andrada, T.	391
Habilidades para la Vida Terán Somaza, R. M.; Puertas Terán, P. C.; Garvi, M.	393
¿Cuidamos al cuidador? ¿Lo educamos? La voluntad no es suficiente Alvarado Solis, A.; Javaloyes de Peralta, J. L.; Alonso Coeli, G.; Torrico Pérez, P.	395
Educación sexual en el adolescente Fernández Fernández, M.L.; Benito del Sol, S.; Rodríguez Fernández, P.; Valiente Díaz, C.; Catalán Abreu, S.	397
Conferencia de Clausura	
La EPS en el nuevo modelo Sanitario Extremeño. Hacia un Plan Estratégico a 5 años Pedro García Ramos	401

PRIMERA PARTE

*Aproximación a la Educación para la Salud en
Extremadura: Situación Actual (2004) y
Perspectivas de Futuro*

“Aproximación a la educación para la salud en Extremadura: Situación actual y perspectivas de futuro”

EULALIO RUIZ MUÑOZ. JOSÉ LUIS FERRER AGUARELES
*Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.
Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura
Noviembre 2004.*

INTRODUCCIÓN

La educación para la salud (EpS) ha sufrido una larga evolución, consecuencia, entre otros factores, de los diferentes conceptos de salud que han ido apareciendo con el devenir de los años. Hoy, se entiende como una herramienta para mejorar la salud, ya sea desde la promoción de la salud, de la prevención de los problemas de salud, como en el tratamiento de éstos.

Promoción de la salud y educación para la salud

Aunque el término de promoción de la salud es relativamente reciente, tiene sus raíces en el siglo XIX. En Escocia, en 1820, W. P. Alison ya describió la asociación existente entre la pobreza y la enfermedad y R. Virchow, en Alemania, en 1845, manifestaba que las causas de la enfermedad eran mucho más sociales y económicas que físicas. Pero no fue hasta 1945, cuando H. E. Sigerist utilizó por primera vez el término “Promoción de la Salud”, afirmando que “se promueve la salud cuando se facilita un nivel de vida decente”. El Informe Lalonde (Canadá, 1974) supuso un nuevo avance, con la introducción del concepto de “Campo de Salud” y sus cuatro grandes grupos de determinantes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de los cuidados médicos. La importancia relativa de cada uno de estos grupos no es la misma, y son los factores del medio ambiente y los estilos de vida los que muestran una mayor influencia sobre la salud¹.

Los “nuevos” problemas relacionados con la salud, propios de las sociedades “desarrolladas” (enfermedades crónicas, discapacidad, enfermedades mentales,

¹ March JC, García MM, Prados A. Los métodos de investigación y evaluación en la promoción de la salud, 363-383. En: Martínez F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marsset P, Navarro V. Salud Pública. McGraw-Hill, Interamericana. Madrid y otras 1998.

obesidad, accidentes, toxicomanías, y, en general, problemas no infecciosos) muestran claramente que se trata de procesos complejos en los que intervienen factores de origen biológico, pero también sociales, económicos y culturales.

La Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Ottawa, Canadá, 1986) aporta diversos datos y definiciones: la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual².

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud*³ y en consecuencia, mejorarla.

Cabe citar que uno de los elementos especialmente relevante desde la óptica de la promoción de la salud, es el concepto de desigualdades en materia de salud, unido al de equidad. La equidad, según establece la Ley General de Sanidad, debe servir como guía de actividad de nuestro sistema de salud para superar los desequilibrios territoriales, sociales, económicos y poblacionales, sobre la base de la puesta en práctica de políticas de salud que, junto a políticas sociales, permitan intervenir en función del conocimiento del territorio y la población y de la caracterización y localización de las desigualdades existentes, máxime si consideramos que diversos estudios han puesto de manifiesto la relación entre el nivel socioeconómico, la mortalidad y el uso de los servicios sanitarios.

En las intervenciones de promoción de la salud se distinguen dos formas de EpS, desde los enfoques de desarrollo personal y de desarrollo social. La primera dirigida a los comportamientos o situaciones identificadas como riesgos para la salud, “la EpS es una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que

² Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1998 (Versión traducida). En Promoción de la Salud, Glosario. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998. Disponible en www.who.int y en www.msc.es

³ **Determinantes de la salud.** Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el *estado de salud* de los individuos o poblaciones. Los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados. La *promoción de la salud* trata fundamentalmente de la acción y la *abogacía* destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los *comportamientos* y los *estilos de vida saludables*, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas *condiciones de vida* que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos *estilos de vida y condiciones de vida*, que determinan el *estado de salud*, son considerados como *resultados intermedios de salud* (Glosario de Términos usados en la serie Salud para Todos N° 9, OMS, Ginebra, 1984. En Promoción de la Salud, Glosario. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998. Disponible en www.who.int y en www.msc.es).

promuevan salud”. La segunda consiste en “diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambios sociales respecto a la Salud”⁴. La EpS sirve, sobre todo, para intervenir con las personas, para desarrollar sus capacidades, pero contribuye también a generar cambios en el entorno.

Como definición de EpS, señalaremos una de las más completas y reconocidas, dada por Lawrence W. Green: “toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables”⁵. Remarcaremos de la misma, la importancia de la complementariedad de los métodos educativos, la necesidad de una planificación de cualquier estrategia de educación para la salud, con sus correspondientes fases, y la voluntariedad del individuo para conseguir todos aquellos comportamientos que permitan mejorar su salud.

La EpS supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. En el pasado, la educación para la salud se empleaba como término que abarcaba una más amplia gama de acciones que incluían la movilización social y la abogacía por la salud. Estos métodos están ahora incluidos en el término promoción de la salud, y lo que aquí se propone es una definición menos extensa de la educación para la salud para distinguir entre estos dos términos⁶.

Participación comunitaria y educación para la salud

La EpS es el instrumento que hace funcionar la participación, y también a la inversa, pues un sistema sanitario que promueva la participación desarrolla, inevitablemente, la EpS. Esta se convierte así en la principal herramienta y, al mismo tiempo, en un producto de los procesos participativos, con los que comparte conceptos, modelos, objetivos, metodología, experiencias y procesos de investigación evaluativa, tanto en los logros como en sus necesidades⁷. Esta idea es compartida por la OMS, que sostiene que las observaciones que se hagan para una sirven también

⁴ Metodología de la promoción de la salud. Gobierno de Navarra. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/>

⁵ Green, LW, Kreuter, M, Deeds, S., Partridge, K.: “Health Education Planning: a Diagnostic Approach”. Mayfield: Palo Alto, 1980

⁶ Promoción de la Salud, Glosario. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998. Disponible en www.who.int y en www.msc.es

⁷ Sánchez A, Ramos E, Marset P. La Participación Comunitaria en la Atención Primaria de Salud, 317-339. En: Martínez F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. McGraw-Hill, Interamericana. Madrid y otras 1998.

para la otra, en un solapamiento mutuo que se decantaría por la necesaria complementariedad entre ambas.

MODELOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Como hemos dicho anteriormente, el concepto de salud ha ido cambiando con el devenir de los años, y también, en consecuencia, los modelos de educación para la salud, de manera que, esquemáticamente podríamos distinguir, fundamentalmente dos modelos, que se recogen en la Tabla 1, el modelo “tradicional” y el modelo “participativo”, con las diferencias que se resaltan.

Podríamos decir que el modelo participativo constituye “un paso más”, puesto que su fin no solo es la adquisición de conocimientos, también es la “capacitación” o “empoderamiento” del individuo, la adquisición de unas habilidades que van a permitir que pueda resolver o prevenir determinados problemas de salud por sí mismo. Para ello, convierte a la comunidad en protagonista, en parte activa del proceso de aprendizaje.

TABLA 1. Modelos de educación para la salud		
	“Tradicional”	Participativo
Fin fundamental	Conocimiento	Emancipación, “Empoderamiento”
Teoría de “aprendizaje”	Transmisión de conocimientos	Interaccionismo social
Papel del sujeto	Receptor y constructores del conocimiento	Utilización del conocimiento para interacción con los demás en tareas sociales
Papel de la Comunidad	Cliente y Contexto	Protagonista
Papel de la Educación para la Salud	Autoridad	Organizadora de proyectos participativos de grupo en la comunidad

Fuente: *Adaptado de Sánchez A, Ramos E, Marset P. Educación para la Salud, 497-526. En: Martínez F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. McGraw-Hill, Interamericana. Madrid y otras 1998.*

El modelo de educación para la salud más preconizado actualmente es el modelo participativo, puesto que se considera el más adecuado para el ámbito comunitario.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EXTREMADURA

En Extremadura, la situación de la salud en general y de la promoción y educación para la salud en particular, ha mejorado muy considerablemente en las últimas décadas. A título ilustrativo extraemos la siguiente información del texto de la Real Academia de Extremadura de las Letras y las Artes⁸: Situación en Extremadura a finales del siglo XIX y esfuerzos en promoción de la salud en la primera mitad del siglo XX...

“... se alarmó al observar a los cerdos removiendo con el hocico la suciedad de las calles y que nadie los aparte de aquella inmundicia, creyendo que éste era un medio lucrativo para cebarlos y las charcas de esas mismas calles, en las que los mosquitos encontraban las mejores condiciones para su desarrollo... .. sitúan a Badajoz como la segunda provincia más palúdica de España.

...los gobernadores reiteran sus advertencias contra las enfermedades infecciosas: la viruela, ... en extremo evitable..., el tifus, la difteria y se lamentan porque en muchas ocasiones los ayuntamientos emplean los fondos asignados... en obras o reformas abandonando otras urgentes como el abastecimiento de aguas potables, alcantarillado, escuelas, mataderos y cementerios.

...Recorred Extremadura... ¿qué veis?... Ciudades... afeadas por el alcoholismo, la prostitución la miseria oculta... desolados campos sin agua y sin sombra ... Palúdicos, caquéticos...; niños astrosos y sucios...

Pero el siglo XX es el siglo de la higiene... A partir de 1900 se extreman las precauciones... las aguas... todo es poco para acabar con los cólicos y enteritis que tantos estragos ocasionan especialmente entre la población infantil... ..Las campañas sanitarias son acaudilladas por destacados profesionales de la medicina... como Mario González Segovia, que escribiría la primera Memoria... del recién estrenado Ateneo pacense en 1902, sobre Remedios contra las enfermedades infecciosas para disminuir la mortalidad en la capital..., Badajoz..., Regino de Miguel, que desde el trampolín de la prensa local informa y educa incansablemente sobre las mejoras sanitarias y la higiene a nivel ambiental. Entre los no profesionales de la medicina destaca la labor de Mario Roso de Luna desde la Revista de Extremadura. Para Roso de Luna es una exigencia ética su trabajo prohigiene...”

Cien años después de esta descripción, la situación en Extremadura es radicalmente diferente, habiendo superado con creces todo lo anterior. Este cambio se debe al progreso social y a la labor de innumerables personas e instituciones que en el último siglo han trabajado arduamente por incrementar las condiciones de bienestar del conjunto de la sociedad.

Sin embargo todo es mejorable y debe hacerse frente a los nuevos retos que amenazan a la salud de nuestra población en momento presente: obesidad, sedentarismo, enfermedades cardiovasculares, cáncer y otros grandes problemas que van apareciendo o incrementándose debido a unos hábitos y conductas de riesgo, generalmente copiadas de otras culturas.

⁸ Real Academia de Extremadura de las Letras y las Artes. Historia de la Baja Extremadura, 1242-1243. Ed. Real Academia de Extremadura de las Letras y las Artes y Bartolomé Gil Santacruz. Badajoz 1986.

En la historia reciente de la educación para la salud en Extremadura, algunos hechos deben ser destacados:

- La aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986.
- La instauración progresiva del nuevo modelo de atención primaria de salud desde 1984, alcanzando su culminación a mediados de la década de los noventa.
- La firma del Convenio entre el Ministerio de Educación y Ciencia y la Junta de Extremadura en 1989, con los objetivos de apoyar la formación del profesorado, elaborar materiales y promover experiencias innovadoras.
- La aprobación de la Ley de Salud Escolar de Extremadura en 1990, y el inmediato desarrollo reglamentario de la misma.
- La creación de la Comisión Técnica de Educación para la Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- La puesta en funcionamiento del Programa de Salud Escolar desde el Curso Escolar 1991-92, que supuso la plasmación de un proyecto político de la Junta de Extremadura de integración de recursos y coordinación de Administraciones Públicas y Organizaciones no Gubernamentales (APAS), con una actividad prioritaria, la educación para la salud en la comunidad escolar.
- La aprobación de la Ley Orgánica General del Sistema Educativo en 1990, que posibilita la integración de la educación para la salud en el currículo escolar de forma correlacionada con las diversas áreas de aprendizaje.
- La celebración de las I Jornadas Extremeñas de Educación para la Salud en la Escuela, en 1993, como el primer foro realizado en Extremadura para la reflexión e el intercambio de experiencias en educación para la salud desde dos sectores, el educativo y el sanitario.
- La aprobación de los Planes de Salud de Extremadura, en 1997 y 2001.
- La celebración de las II Jornadas de Educación para la Salud en 2003.
- La creación en 2004, del Comité de Enlace de Educación para la Salud de Extremadura, como elemento operativo para la coordinación de las políticas desarrolladas por la Consejería de Sanidad y Consumo, la Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología y la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud.
- La creación en 2004, de la estructura de coordinación y de promoción de la educación para la salud en las ocho áreas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

De igual manera, podríamos citar algunas actividades realizadas desde distintos ámbitos de la Consejería de Sanidad y Consumo:

- Elaboración y edición de materiales de apoyo para la educación para la salud (“Caries Dental”, “Verano y Salud”, “Pediculosis”, “Brucelosis”, “Tabaco”, “Sida”, “Alcohol”, “Drogodependencias”, “Cáncer de Mama”, etc.).

- Elaboración de Materiales curriculares.
- Actividades formativas al profesorado.
- Actividades formativas a profesionales sanitarios y sociales, tanto de carácter inicial y básico, como superior (Máster en Educación para la Salud, Diploma de Participación Comunitaria y Promoción de la Salud, etc.).
- Actividades formativas en educación para la salud a los alumnos de las Escuelas y Facultades de Educación y Ciencias de la Salud de la Universidad de Extremadura.
- Seguimiento y apoyo técnico a las actividades de educación para la salud desarrolladas por entidades ajenas al Sistema sanitario público.
- Participación en jornadas técnicas sobre educación para la salud, tanto nacionales como internacionales.
- Convocatorias públicas de subvenciones destinadas a la realización de proyectos de educación para la salud..
- Concursos públicos sobre EpS.
- Intervenciones informativo-formativas con los padres y comunidad escolar
- Establecimiento de la educación para la salud como Área de Intervención prioritaria en todos los Plan de Salud de Extremadura.
- Materialización de varios convenios de colaboración entre instituciones, con la finalidad de aunar esfuerzos.
- Creación de la Red Extremeña de Ciudades Saludables.
- Desarrollo de programas específicos de educación para la salud en prevención del Tabaquismo, del Consumo de Drogas, de la Infección por VIH/Sida, etc.

Considerando las actividades de EpS promocionadas desde Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de padres y madres de alumnos/as, centros docentes, centros de orientación y planificación familiar, universidades populares, ayuntamientos, equipos de atención primaria, CEDEXs, la temática más frecuentemente abordada en este tipo de actividades ha sido:

- Alcoholismo.
- Alimentación. Desayuno.
- Anticoncepción.
- Actividad física.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- EpS para crónicos: diabetes, hipertensión, obesidad...
- Factores de riesgo cardiovascular.
- Hemodonación.
- Higiene.

- Inmunizaciones.
- Pediculosis.
- Prevención de accidentes (domésticos y de tráfico). Botiquín.
- Prevención del cáncer.
- Prevención drogodependencias.
- Primeros auxilios.
- Salud bucodental.
- Sexualidad. Educación afectivo-sexual.
- Tabaquismo.
- Trastornos de la alimentación.
- VIH/Sida.
- Zoonosis.

PLANIFICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EXTREMADURA

Para que cualquier actividad o conjunto de actividades que quieran desarrollarse obtenga el éxito deseado, es indispensable una buena planificación de la mismas.

Podemos definir la planificación como un proceso referido a un futuro relacionado con la situación presente, en el que los individuos se enfrentan a la necesidad de tomar decisiones sobre cuestiones que pueden resolverse de diversas formas, con un carácter dinámico y notablemente influido por el contexto social y político en el que se desarrolla.

Se establecen varios niveles de planificación (Tabla 2), en función de su finalidad, actividades y duración.

TABLA 2. Niveles de Planificación				
Tipo	Fin	Actividades y procesos	La acción se formaliza por	Duración (años)
Estratégica	Determinación de grandes líneas maestras	Orientaciones y prioridades	Plan	5 a 10
Táctica	Disposición de recursos por actividades	Distribución de recursos y actividades para alcanzar los objetivos	Programa Proyecto	3 a 5
Operativa	Utilización de recursos	Desarrollo de las actividades en el tiempo y el espacio	Gestión de las operaciones	1

Fuente: McConkley, "Strategic Planning", Health Manage.

El nivel más alto es el de la planificación estratégica, que en nuestra Comunidad Autónoma viene representado por el Plan de Salud de Extremadura, del que “nacerían” otros planes (integrales, marco, etc) y programas para hacer frente a determinados problemas de salud, promover la salud de la colectividad, atender necesidades de la misma y dar respuestas desde el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

El Plan de Salud, determina grandes líneas estratégicas que sirven para orientar cual es la estrategia general en salud, tanto fuera como dentro del sector sanitario y establece cuales son las prioridades de actuación. Traduce la política de salud de la Junta de Extremadura en estrategias a desarrollar desde el Sistema sanitario y otros estamentos de la Comunidad Autónoma. Para todo ello, analiza la situación, establece las necesidades, prioriza las áreas de intervención y define los objetivos y líneas de actuación primordiales a fin de mejorar la calidad de vida de la población y reducir las desigualdades en salud.

El Plan de Salud entiende la educación para la salud como un proceso transversal, a la hora de abordar cualquier acción encaminada a promover la salud de la comunidad o prevenir en ella un determinado problema de salud. Se encuentra integrada en la planificación y gestión de los diferentes planes, programas y líneas de actuación que componen el desarrollo del mismo.

El nuevo **Plan de Salud de Extremadura 2005-2008**, contemplará a la educación para la salud como un área prioritaria de intervención, estableciendo como objetivos específicos en esta materia:

1. Elaborar e implantar un Plan Marco de Educación para la Salud en Extremadura, como herramienta de planificación que permita impulsar y coordinar las actividades de educación para la salud de la forma más efectiva y eficiente posible.
2. Priorizar la educación para la salud como área de formación.
3. Fomentar los estudios de investigación en el campo de la educación para la salud, tanto en la influencia de hábitos y estilos de vida en la salud de la población extremeña, como en la metodología y temática.

Sobre dicho Plan Marco, recoge el contenido de la Tabla 3, basando su elaboración e implantación en los objetivos y estrategias definidos en el Plan de Salud.

TABLA 3. El Plan Marco de Educación para la Salud
PLAN MARCO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

META

Dotar a la población de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan incrementar y preservar la salud integral del individuo y de la comunidad.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Impulsar y consolidar estrategias de promoción de la EpS.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- Introducción de la EpS en los planes y programas sociosanitarios y educativos.
- Desarrollo de estructuras de coordinación y establecimiento de responsables-consultores de EpS en los ámbitos sanitario, educativo y comunitario.
- Incorporación de la EpS en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.
- Apoyo al diseño, ejecución y evaluación de proyectos de EpS en los ámbitos sanitario, educativo y comunitario.
- Fomento de actividades de EpS en sectores poblacionales de especial riesgo: discapacitados, inmigrantes, medio rural y otros.
- Creación de la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud.

2. Promover la disponibilidad de las herramientas que faciliten la ejecución de actividades de EpS.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- Elaboración y difusión de materiales y protocolos.
- Establecimiento de una página web especializada en EpS.

3. Detectar permanentemente necesidades en materia de EpS.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- Análisis permanente de fuentes de información.

4. Potenciar la formación y la investigación en EpS.

LÍNEAS ESTRATEGICAS

- Elaboración de un programa integral docente de EpS.
- Diseño y ejecución de estudios para determinar la influencia de los hábitos y estilos de vida en los extremeños, así como para determinar las metodologías de intervención más efectivas y eficientes.

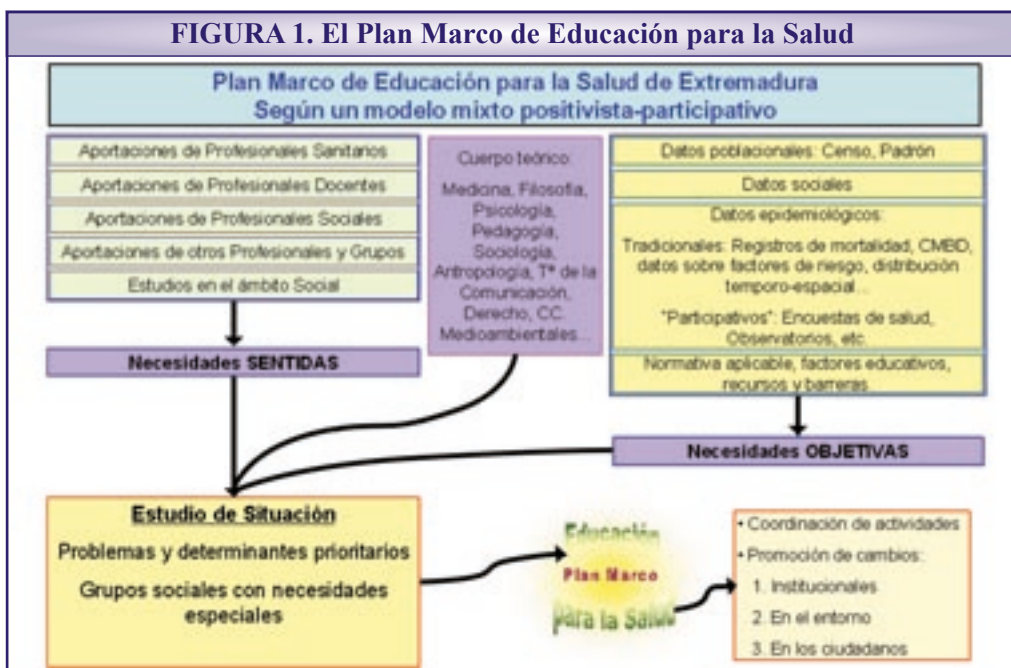
EL PLAN MARCO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE EXTREMADURA, SEGÚN UN MODELO MIXTO POSITIVISTA-PARTICIPATIVO

Considerando que el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura arranca del Plan de Salud y que deberá definirse en todos sus extremos en los próximos meses, se puede adelantar que el modelo más idóneo actualmente considerado es el participativo, no olvidando que esta idoneidad se refiere al ámbito de la comunidad entendida como un grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, que comparten la misma cultura, valores y

normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo⁹.

A nivel de Comunidad Autónoma, no obstante, no se puede ni se debe seguir única y exclusivamente este modelo, puesto que la planificación a este nivel abarca un ámbito geográfico y de población muy superior al de la comunidad antes definida y caracterizado por la recogida de las necesidades “sentidas” en materia de salud por esa comunidad. No se puede dejar de considerar los aspectos “tradicionales”, es decir, los datos más objetivos y que vienen dados por la epidemiología y otras fuentes (Figura 1).

Por tanto, con el objetivo de diseñar un Plan Marco de Educación para la Salud, apoyado en un estudio de situación realista y a la vez que garantice la adherencia a las actividades impulsadas y coordinadas por el mismo, se hace necesario recoger tanto las necesidades sentidas como las necesidades objetivas y diseñar este Plan con la participación de todos.



Fuente: *Extraído de Ruiz E, Ferrer JL, Anes Y. Bases del Plan Marco de Educación para la Salud en Extremadura. La Epidemiología en el Proceso Inicial de su Elaboración. XXII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 3): 11-148.*

⁹ Glosario de Términos usados en la serie Salud para Todos N° 9, OMS, Ginebra, 1984. En Promoción de la Salud, Glosario. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998. Disponible en www.who.int y en www.msc.es

Las necesidades sentidas vendrán definidas por las aportaciones de la población en general y de los profesionales de diferentes ámbitos a través de manifestaciones específicas o mediante los datos que sobre necesidades sentidas podrían aportar algunos estudios sociales.

Las necesidades objetivas vendrán definidas por los datos aportados por fuentes clásicas de diversos tipos. Los datos poblacionales se obtendrán tanto del censo como del padrón. Según el número de habitantes sobre el que se quiere planificar una actividad o conjunto de actividades, la metodología y los objetivos podrán diferir. Sobre la planificación también influyen los datos sociales (nivel cultural y económico, condiciones de las viviendas, condiciones medioambientales, etc.), la normativa aplicable y el sistema educativo establecido por razones obvias de facilitación-barrera de estos últimos. Los datos epidemiológicos, tanto los más “tradicionales” (registros de mortalidad y de morbilidad, CMBD¹⁰, datos sobre factores de riesgo a los que está sometido la población objeto...) como los más “modernos” (encuestas de salud, datos de diversos observatorios) son fundamentales en la planificación en general y para la educación para la salud en especial.

Con el estudio pormenorizado de estos datos y con el apoyo teórico de diversas disciplinas obtendremos el estudio de situación del Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura, estando en disposición de priorizar sobre determinados problemas y grupos sociales, sin dejar de actuar sobre toda la población extremeña (población diana del Plan Marco de Educación para la Salud), pero actuando, a la vez y preferentemente sobre los grupos o sectores sociales con necesidades en salud más específicas.

El Plan Marco tratará de coordinar las actividades de educación para la salud, así como promover cambios saludables a todos los niveles.

OBJETIVOS TEÓRICOS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EXTREMADURA

Considerando todo lo anterior, algunos objetivos operativos que el Plan Marco de Educación para la Salud probablemente debiera contemplar son los siguientes:

- Asumir la participación comunitaria como estrategia para optimizar la efectividad y la eficiencia. Cuanto mayor sea la participación, mayor adherencia habrá a las actividades de EpS y, por tanto, mayor efectividad. Además, se mejorará la eficiencia si se trabaja en red o se cuenta con una implicación importante de entidades de la comunidad: equipos de atención primaria, la comunidad educativa, asociaciones sin ánimo de lucro, etc.

¹⁰ CMBD. Conjunto Mínimo Básico de Datos.

- Incrementar la coordinación en EpS, de forma que no haya duplicidades de actividades y se incremente el rigor técnico de las mismas.
- Incorporar la planificación como herramienta para la coordinación, y para la optimización de la efectividad y eficiencia de la EpS, mediante el establecimiento del Plan Marco de Educación para la Salud y de la normativa acompañante.
- Mejorar la formación en EpS de todos los profesionales implicados (sanitarios, docentes y otros).
- Integrar efectivamente de la EpS en los ámbitos sanitario, docente, laboral y comunitario.
- Incentivar la creación de materiales de apoyo a actividades de EpS. No es igual trabajar cuando se cuenta con materiales fácilmente disponibles que cuando hay que diseñarlos.
- Aunar esfuerzos y mejorar la eficiencia: Promover los trabajos en red. De esta forma se estarán utilizando los mismos materiales, agentes de salud, personal sanitario y docente y el mismo programa para su aplicación sobre una población mucho mayor. Ya se ha iniciado.
- Desarrollar la evaluación de las actividades como medio de conocer la efectividad y, en última instancia, de mejorarla. Investigación. Determinación de las áreas temáticas de mayor interés en cada uno de los ámbitos y de las metodologías más efectivas y eficientes.
- Hacer partícipes e ilusionar a los profesionales para impulsar la EpS en Extremadura. Establecimiento de nuevas formas de incentivación.

ACTIVIDADES EN EJECUCIÓN Y PREVISTAS

Para conseguir los objetivos citados anteriormente, estimamos que deberán seguir ejecutándose o ejecutarse en un futuro próximo, según el caso, las siguientes actividades:

- Diseño y puesta en marcha del Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura, como herramienta fundamental de coordinación y de promoción de las actividades de EpS.
- Desarrollo de las subvenciones para incentivar el desarrollo de proyectos de EpS. Esta estrategia persigue llegar al ámbito comunitario, hacer partícipe a toda la comunidad, como medio de incrementar la efectividad de las intervenciones.
- Mantenimiento de los convenios con determinadas entidades como estrategia para aunar y sumar esfuerzos.
- Desarrollo de los elementos de coordinación en EpS, como medio de evitar duplicidades y de velar por el rigor técnico que favorezca la realización de

actividades de EpS pero que a la vez impida la ejecución de aquellas no consideradas adecuadas y que podrían causar un efecto incluso contrario al buscado.

- Mejorar la información, como modo de optimizar la coordinación: creación de una web específica de EpS.
- Desarrollo de actividades formativas dirigidas a todos los profesionales, buscando el incremento de los agentes de salud comunitarios capaces de diseñar, ejecutar y evaluar correctamente programas de EpS.
- Diseño de materiales de apoyo a la actividad de EpS
- Búsqueda de recursos en la Unión Europea.
- Creación de la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud, con el objeto de actuar preferentemente en edad escolar, debido a sus especiales condicionantes.
- Investigación de las metodologías más efectivas en EpS y áreas temáticas más demandadas.

LA COORDINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EXTREMADURA

Para incrementar la efectividad y la eficiencia de las actividades de EpS se hace necesario utilizar una herramienta básica: la coordinación. Además, y con la misma finalidad, debe incrementarse la cooperación entre los diversos actores implicados en EpS.

Actualmente se trabaja en un sistema de coordinación de actividades de EpS que tiene como objetivos fundamentales el impulso de estas actividades y la optimización de la eficacia, efectividad y eficiencia, así como del rigor técnico (Figura 2). Para ello, en primavera de 2004 se creó el Comité de Enlace de Educación para la Salud de Extremadura, como máximo elemento de coordinación estratégica interinstitucional, del que forman parte representantes de las Consejerías de Sanidad y Consumo, Educación, Ciencia y Tecnología y Servicio Extremeño de Salud.

Posteriormente, se ha creado la figura del equipo responsable de EpS del área de salud, grupo multidisciplinar de entre 2 y 4 profesionales, encargados del control y supervisión de los criterios técnicos, de la evaluación de actividades de EpS, del apoyo técnico a cuantas entidades y comunidad educativa lo precisen en su área de salud, de recopilar y registrar información sobre actividades de PS y EpS, de la promoción de la EpS y del rigor técnico en su área de salud.

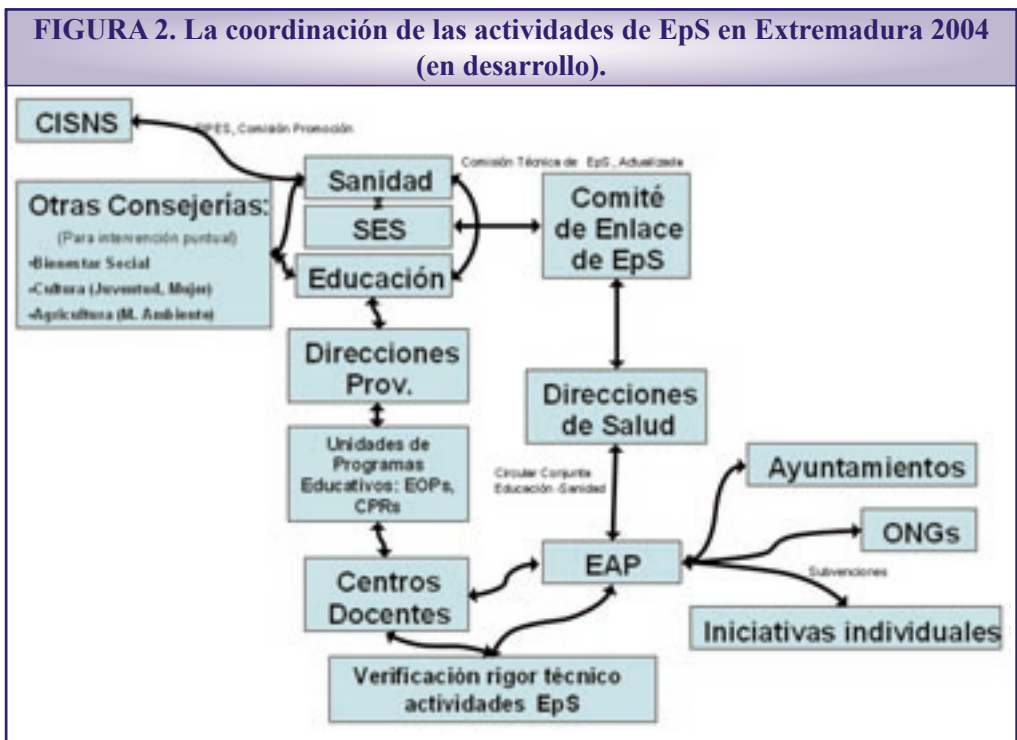
Algunos equipos de atención primaria (EAP) ya cuentan con el responsable de EpS del EAP, cuyas funciones son muy similares a la del equipo responsable de EpS

del Área de Salud, pero en el ámbito de la zona de salud. De especial importancia es su relación con la comunidad educativa, con la que deberá trabajar y asesorar, teniendo como fin fundamental la EpS en el ámbito educativo y el asesoramiento técnico sanitario a los miembros de la Comunidad Educativa.

La estructura de coordinación en el ámbito educativo pasa por las Direcciones Provinciales, las Unidades de Programas Educativos y los Centros Docentes.

Actualmente se trabaja conjuntamente con Educación y otras instituciones y entidades en el diseño de un documento consensuado (circular conjunta) que recoja las funciones, actuaciones y detalles de coordinación a todos los niveles.

La Consejería de Sanidad y Consumo ejerce las funciones de coordinación en materia de EpS con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), máximo órgano de coordinación en materia sanitaria del Estado.



Fuente: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. Servicio de Coordinación Sanitaria. Comité de Enlace de EpS de Extremadura.

A MODO DE CONCLUSIÓN: PUNTOS CLAVE

Finalizamos resaltando, a modo de conclusión, cuatro aspectos que a nuestro criterio nos parecen claves:

- La EpS se constituye como una herramienta fundamental para conservar y mejorar el estado de salud de la población. Por definición es multidisciplinar y transversal, pudiéndose aplicar en múltiples campos.
- Los profesionales que trabajan en los ámbitos sanitario, docente y comunitario, incluyendo en este último al ámbito laboral, son fundamentales para la optimización de la efectividad y la eficiencia de las intervenciones de EpS.
- Se pretende impulsar la EpS en Extremadura. Para ello se creará un espacio para compartir estrategias, que vendrá definido por el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura.
- Es necesario la colaboración, participación y entusiasmo de todos los actores sociales y comunitarios para conseguir nuestro objetivo fundamental: conservar y mejorar el estado de salud de la población.

SEGUNDA PARTE



*Memoria de las II Jornadas Extremeñas de
Educación para la Salud*

CONFERENCIA INAUGURAL

La educación para la salud en el marco de la promoción de la salud. Nociones ligadas al “empowerment”

La educación para la salud en el marco de la promoción de la salud. Nociones ligadas al “empowerment”

MIGUEL ÁNGEL ESCOBAR

MSc Nursing Sciences. Profesor Universidad Internacional de Cataluña

OLGA MONISTROL

MSc Nursing Sciences. Programa de prevención del VIH/sida Ambits Esport

INTRODUCCIÓN

Los conceptos de promoción de la salud (PS) y educación para la salud (EpS) son utilizados frecuentemente por los profesionales de la salud puesto que son herramientas importantes de nuestro trabajo diario con las personas y las comunidades con las que intervenimos. Estos conceptos, junto con el de salud, han evolucionado rápidamente en las últimas décadas hasta el punto de que actualmente se entienden de una forma esencialmente distinta a como se entendían hace relativamente poco tiempo.

La EpS forma parte de las estrategias de PS y tiene como objetivo último la mejora del estado de salud de las poblaciones. La relación entre estos conceptos es tan estrecha que uno no puede existir sin el otro ya que toda intervención en PS necesita de aproximaciones educacionales y comportamentales para alcanzar su objetivo. En la base de estos conceptos, y como hilo conductor de todo el proceso, se reconoce que la toma de responsabilidad de las personas acerca de su propia salud es una condición necesaria.

Este artículo propone una reflexión acerca de los conceptos que subyacen en estas importantes herramientas que los profesionales de la salud usamos para intentar mejorar la salud de las poblaciones, es decir, un marco teórico de la EpS y por extensión, a la PS.

SALUD

En primer lugar, nos detendremos en hacer un breve análisis de qué se entiende actualmente por salud. Tradicionalmente la salud estaba considerada como la mera

ausencia de enfermedad. Esta visión en negativo ha evolucionado con el tiempo y se ha producido un cambio radical en la forma de entender la salud. En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la carta de Ottawa plasmaba este cambio con una nueva definición donde la salud es entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia.

En el contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La PS se define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud para mejorarla. La participación de las personas es esencial para conseguir este control y sostener la acción en materia de promoción de la salud.

De esta definición se desprende que la PS constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto tanto en la salud pública como en la individual.

Las intervenciones que tienen como objetivo reducir la posibilidad que tiene una enfermedad de alcanzar a los individuos o de ralentizar o interrumpir el progreso de una enfermedad o de reducir la morbilidad forman parte del paradigma preventivo tal y como lo definen Stachtchenko & Jenicek (1990). Por lo tanto, estos objetivos no forman parte de las estrategias utilizadas en las intervenciones de promoción de la salud.

Por el contrario, las intervenciones en PS van más allá a través de aproximaciones educacionales y comportamentales. La PS es el proceso que confiere a las poblaciones los medios para asegurar un mayor control sobre su propia salud y de mejorarla. Este concepto emana de una definición de “salud” como la medida en la cuál un grupo (comunidad) o un individuo puede, por un lado, realizar sus ambiciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, puede evolucionar con el medio o adaptarse a él. Es decir, la salud es percibida como un recurso de la vida cotidiana y no como un objetivo de la vida; se trata de un concepto positivo destacando los recursos sociales e individuales, así como las capacidades físicas. La PS se dirige a los determinantes sociales y políticos así como a los comportamientos de salud que permiten la adopción de hábitos sanos de vida para las personas, contrariamente a la medicina tradicional que casi por completo pone el acento en los cuidados curativos.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La EpS es una práctica antigua, aunque ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud que hemos repasado anteriormente: De un concepto de salud como no-enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social. La EpS aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la *salud*. La EpS incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la *salud*, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.

Es decir, la EpS supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. El paso del concepto negativo de la salud a una visión positiva ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente, se ha producido un cambio terminológico: De la tradicional denominación de Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salud.

En este sentido decía la OMS (1983): Si enfocamos la EpS desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará únicamente centrado en el saber, sino también en el saber hacer.

EMPOWERMENT

Como hemos visto, toda esta reflexión está impregnada de un concepto sin el cual se hace muy difícil tener éxito en cualquier intervención en educación para salud: la adquisición de responsabilidad por parte de los individuos, grupos y/o comunidades; lo que los anglosajones denominan empowerment.

Existe una traducción de este término inglés al español utilizada sobre todo en Latinoamérica: empoderamiento. Sin embargo, a lo largo de este artículo utilizaremos el término inglés “empowerment” ya que, desde nuestro punto de vista, describe mejor el concepto al que se refiere.

Así pues, en ausencia de este concepto, nos encontraremos ante el modelo tradicional de EpS cuyo objetivo es dar información a la población sobre la etiología de las enfermedades e instrucciones sobre como deberían comportarse. Según Ewles et al (1999) este enfoque no participativo se ha demostrado poco efectivo ya que:

- Asume que la población cree que “los expertos saben más”.
- Implica la imposición de los valores médicos.
- Puede inducir sentimientos de culpabilidad si se decide no seguir el régimen prescrito por el profesional.
- Asume que el comportamiento individual es la causa primaria de las enfermedades, sin tener en cuenta el ambiente.
- Asume que los individuos tienen libertad para elegir estilos de vida saludables, olvidando que está condicionado por factores económicos y sociales.

Pero, ¿Qué es el Empowerment?. El Empowerment es un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y/o culturales para hacer frente a sus necesidades.

A través de este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen.

Como hemos visto, la PS abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas para la vida y las capacidades de los individuos, sino que también incluye las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud. En este sentido, la PS va dirigida a crear las mejores condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos de los individuos y los resultados de salud que obtienen.

La fuente de este concepto la encontramos en los trabajos de Paulo Freire, educador brasileño. Este pedagogo desarrolló sus teorías en el ámbito educativo trabajando con las familias y las comunidades desfavorecidas de Brasil y otros países de Latinoamérica. Su premisa central consiste en entender la educación como un proceso no neutral y que tiene lugar en el contexto en el que la gente vive. Para Freire, el propósito de la educación debería ser la liberación de las personas, es decir, las personas deben ser sujetos y actores de su propia vida y su sociedad.

El método de Freire propone un diálogo en el que todos los participantes son iguales y colaboran para crear el conocimiento social. Este método consta de tres fases:

1. Observación participante: tiene lugar en igualdad de condiciones entre todos los miembros de la comunidad (incluidos los profesionales) y su objetivo es el de identificar los problemas y establecer prioridades.
2. Proceso de diálogo: en base a los problemas identificados en la etapa anterior, Freire propone un diálogo sobre las acciones a tomar usando metodologías de “problem-posing”.
3. Acción para el cambio positivo.

Estas tres fases forman una espiral de acción-reflexión-acción.

El Empowerment representa la capacidad de las personas de tomar el control sobre sus asuntos y de hacer avanzar su causa. De aquí nace un sentimiento positivo de control sobre su vida que aleja el sentimiento de impotencia que en muchas ocasiones aparece cuando usamos metodologías de EpS tradicionales.

De esta forma, los cuatro postulados sobre los que se apoya el empowerment son:

1. Los individuos conocen sus propias necesidades mejor que nadie.
2. Cada uno posee recursos sobre los que construir.
3. El Empowerment es un objetivo de vida.
4. La experiencia y el conocimiento personal son válidos y útiles para ejercer su poder y mejorar sus condiciones de vida.

Desde el punto de vista del profesional, es esencial no solamente tolerar las opiniones de los usuarios sino, y sobre todo, respetarlas. El hecho, para una persona, de poder expresar sus experiencias es básico para un proceso de empowerment.

Pero sobre todo, el empowerment tiene una dimensión dinámica, es un proceso, y tiene tres diferentes niveles: individual, organizacional y comunitario. La percepción del individuo de una relación entre su experiencia y las condiciones del entorno actúa sobre una toma de conciencia de las fuerzas sociales y sobre la acción. Una organización articulada democráticamente va a aunar los esfuerzos de cada uno para modificar el sistema más general en el que se desarrolla. A nivel de la comunidad entera, los individuos que se ayudan mutuamente conseguirán influencia y control sobre su calidad de vida.

Es decir, el Empowerment es un continuum entre los polos individual y comunitario.

El Empowerment para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. Se realiza en un contexto dado. La toma de conciencia de su situación lleva a la persona a identificar a un grupo con el que comparte problemas comunes. La suma de las capacidades de los individuos y los grupos genera una comunidad capaz de promover cambios sociales. De la misma manera, una comunidad o una organización que obtiene un mejor control de su destino acrecentará las capacidades de las personas individuales comprometidas.

El Empowerment para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

En este contexto, los profesionales de la salud deben enfrentarse a preguntas tales como: ¿qué hacer para mejorar nuestra práctica?, ¿cómo identificar las necesidades de las poblaciones?, ¿cómo trabajar con las comunidades?, ¿cómo conseguir que los programas de EpS sean adecuados a las diferentes comunidades?. Una forma de responderlas sería tener en cuenta los cuatro niveles de implicación de los profesionales propuestos por Labonté:

1. La prestación de servicios: se trata de prodigar cuidados que sean lo más respetuosos posible con las personas. Los cuidados son un paso previo indispensable a un trabajo más profundo con la comunidad.
2. El desarrollo de pequeños grupos: entendiéndolos como el agrupamiento de un pequeño número de individuos de tamaño lo suficientemente modesto para que se creen vínculos y se forje un sentimiento de pertenencia al grupo. Poco importa las actividades del grupo, lo importante es crear esta comunidad. Aquí, el papel del profesional sería el de iniciar el agrupamiento.

3. La organización comunitaria: el profesional debe ayudar a las personas a organizarse para definir los problemas que conciernen a toda la comunidad. Se debe adoptar un papel de integrador o facilitador.
4. La acción política y la creación de alianzas: en este nivel, los retos son la adquisición de nuevos derechos sociales, la abolición de las injusticias, etc. Esto debe surgir del reagrupamiento de comunidades interesadas. Los profesionales pueden intervenir facilitando información sobre el funcionamiento de las instituciones, sobre la salud de las poblaciones, etc.

Frente a los dos niveles de empowerment, individual y comunitario, los profesionales de la salud encontramos serias dificultades para crear grupos a causa de las características que definen nuestro contexto social: individualismo, falta de tiempo, poca colaboración o implicación comunitaria, etc. Sin embargo, la implantación del empowerment como forma de trabajo se ha demostrado viable en sociedades desarrolladas. Como muestra presentamos dos ejemplos de programas actuales que nos ayudarán a comprender cómo se hace realidad la participación de las personas y las comunidades.

Ejemplo 1: Como ejemplo de intervención que busca principalmente el empowerment individual, aunque sin olvidar la construcción comunitaria, podemos mencionar el programa *Naître Égale-Grandir en Santé* (NEGS, Nacer iguales – Crecer en salud). Este programa se está llevando a cabo en la provincia de Québec (Canada) y está destinado a las familias que viven en condiciones de pobreza en zonas rurales y urbanas.

El NEGS busca la reducción de las patologías asociadas a la perinatalidad, tales como la prematuridad o el bajo peso al nacer; o a la salud de los recién nacidos, como el retraso de crecimiento o los maltratos.

La estrategia de acción que emplea este programa asocia un reforzamiento del potencial individual de las familias con un reforzamiento del medio en el que las familias viven. Todas las intervenciones se sustentan en el respeto a las familias:

- Se trata de evitar toda actitud susceptible de estigmatizar.
- Más bien al contrario, buscan el potencial de cada persona considerándolas bajo su aspecto positivo.

Se realiza un seguimiento personalizado por un profesional, en este caso una enfermera, capaz de establecer:

- Una relación de confianza.

- De proporcionar apoyo y consejos.
- Todo ello trabajando en el seno de un equipo multidisciplinar.

Esta relación que se establece entre la enfermera y las familias se basa en una evaluación de las necesidades tal y como las expresan progresivamente las familias. Los contactos se prolongan en un acompañamiento a los servicios y recursos del medio para desmitificar los servicios y permitir a las personas superar sus aprehensiones. Estas actividades individuales se prolongan en encuentros de grupo que permiten a varias familias intercambiar experiencias y crear lazos de solidaridad.

En cuanto al empowerment comunitario, como ya hemos mencionado, se basa en que la suma de las capacidades de los individuos y los grupos genera una comunidad capaz de promover cambios sociales.

COMUNIDAD

En este punto convendría definir qué entendemos por comunidad. La comunidad se define como un grupo específico de personas, que a menudo, pero no siempre, viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo.

Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

De esta definición se desprende que una comunidad no está solamente definida por unos límites geográficos como se ha pensado durante mucho tiempo, sino que, en muchas sociedades, en especial en los países desarrollados, los individuos no pertenecen a una única comunidad diferenciada, sino que mantienen su afiliación a diversas comunidades basadas en variables tales como el lugar de residencia, el trabajo y los intereses sociales y recreativos.

Los profesionales se enfrentan a otro dilema: ¿trabajar con las comunidades existentes o intentar, respecto de individuos aislados y sin poder, crear una comunidad?. Podríamos responder que las dos son válidas ya que la segunda parece lógica en un contexto dominado por el empowerment.

¿CÓMO TRABAJAR CON LAS COMUNIDADES?

Una premisa inicial sería el fortalecimiento de las comunidades ya que una comunidad débil, en el sentido de poco cohesionada, difícilmente podrá llevar a cabo un proceso de empowerment.

Los mecanismos que se adopten para fortalecer las comunidades deben estar siempre basados en el respeto a los valores, el conocimiento, la cultura y las decisiones de la comunidad.

Es esencial trabajar con los líderes naturales de la comunidad y no exclusivamente con los profesionales. Lo importante para las comunidades es que adquieran las habilidades necesarias para negociar temas de salud y participar activamente en la toma de decisiones.

Un punto de partida para desarrollar las capacidades de la comunidad es la identificación y priorización de problemas y necesidades. Para llevarlo a cabo y para estimular la participación comunitaria pueden usarse técnicas cualitativas de recogida de información como los denominados grupos de discusión o grupos focales (mediante entrevistas en profundidad a líderes naturales de la comunidad) o mediante la utilización de técnicas de consenso como grupos nominales o la técnica Delphi.

A menudo, durante un proceso de empowerment, los profesionales de la salud se ven sorprendidos con la identificación que las comunidades realizan de sus propios problemas. En muchas ocasiones, los problemas expresados por los participantes no coinciden con los que los profesionales de la salud creen que deberían abordarse. Por ejemplo, un problema frecuentemente identificado por las comunidades es el control de la violencia o el exceso de ruido nocturno, o incluso, la comunidad puede expresar su preocupación por la mala ubicación de una señal de tráfico en las inmediaciones de la escuela. Puede ser frustrante para las comunidades ya que las autoridades locales, incluidas las sanitarias, consideran que este tipo de problemas no entran dentro de sus responsabilidades. Por esto es importante fortalecer la capacidad de la comunidad para actuar en este y otros campos.

Otra herramienta útil podría ser un “mapa de ventajas” de la comunidad, es decir, identificar las habilidades, intereses y experiencias individuales lo que constituirá una información importante para usarla en el desarrollo de la comunidad. Este “mapa” debe incluir, además de los activos individuales, a las asociaciones como la parroquia, grupos culturales, asociaciones de vecinos, etc y a las instituciones locales como escuelas, hospitales, universidades, etc.

Una metodología para desarrollar una asociación con la comunidad o alianza para la salud podría ser la propuesta por Wallerstein (1998) que incluye cinco tareas básicas:

1. Valorar nuestros propios recursos como profesionales de la salud y nuestro interés en realizar la alianza con la comunidad.
2. Comprometer a la comunidad identificando las redes sociales relevantes y sus líderes.
3. Priorizar los problemas de salud usando técnicas de consenso.
4. Desarrollar estrategias para implicar a la comunidad en la intervención.
5. Evaluar los resultados en relación con la comunidad desde el comienzo.

Para tener éxito en esta tarea, se han propuesto siete características esenciales que deben tener las alianzas para la salud:

1. Se debe definir una tarea o propósito común.
2. Los miembros de la alianza deben seleccionarse en base a su experiencia específica.
3. Estos miembros deben conocer su rol dentro de la alianza y el rol del resto de los miembros.
4. Deben apoyarse entre ellos en sus tareas, habilidades, etc.
5. Los miembros que componen la alianza deben adquirir un compromiso para realizar sus tareas.
6. Debe existir un líder que coordinará y asumirá la responsabilidad.
7. La base de la alianza debe ser el trabajo en equipo.

Ejemplo 2: Como ejemplo de proceso de empowerment comunitario podemos mencionar el programa People Assessing their Health (PATH, Las personas evalúan su propia salud). Esta intervención se llevó a cabo en tres comunidades de Nueva Escocia (Canadá).

Se efectuó una evaluación del impacto sanitario a nivel de la comunidad para que la población comprendiese mejor los factores determinantes de la salud y los ciudadanos pudiesen desempeñar un papel activo en las decisiones que inciden en ella. El objetivo era responder en cada una de las tres comunidades a la pregunta: ¿Qué se necesita para que nuestra comunidad sea y se mantenga saludable?

El proceso empleado incluía cuatro pasos.

En el primero se celebraron reuniones públicas para determinar quiénes estaban interesados en participar; un comité local seleccionó a una persona para que coordinase el proyecto; los equipos recibieron capacitación en técnicas de comunicación y facilitación, y se formaron comités directivos locales.

En el segundo paso, los facilitadores organizaron reuniones de ciudadanos, comenzando con la premisa de que las personas de la comunidad saben lo que se necesita para que su comunidad sea saludable. El proceso incluía medidas que alentaban a las personas a considerar la gama más amplia posible de factores determinantes de la salud y no se los influyó, ni se les distrajo, con una lista predeterminada compilada por “expertos” en salud pública. En el tercer paso, los comités directivos diseñaron las herramientas de evaluación en base a los datos recopilados en el segundo paso. La información incluía casi siempre un enunciado de los valores y principios que guiaron el trabajo, la visión de una comunidad saludable, un resumen de los factores determinantes de la salud, una lista de los factores importantes para crear y mantener una comunidad saludable y las prioridades para la acción. Se organizaron talleres para recoger sugerencias y opiniones sobre los proyectos, que se incorporaron en la versión final de las herramientas de evaluación.

En el último paso, los miembros del comité directivo trabajaron con los líderes locales para asegurar la utilización de las herramientas de evaluación en la toma de decisiones de los grupos de planificación sanitaria de la comunidad y de las autoridades municipales.

Los resultados fueron muy similares en las tres comunidades.

El principal factor determinante de la salud identificado en todas las comunidades tenía que ver con las oportunidades de empleo. Se identificaron asimismo el desarrollo saludable de los niños, el aprendizaje continuo, el modo de vida, el entorno físico, la seguridad, el apoyo social, la estabilidad de los ingresos y buenos servicios de salud.

La evaluación también destacó factores que se consideraron fundamentales para crear comunidades saludables y sostenibles, a saber: buena comunicación; participación comunitaria; control local; oportunidades para el desarrollo de liderazgo; confianza en la comunidad; coordinación y cooperación en la prestación de servicios; ética, valores y espiritualidad, y el respeto de la cultura y la historia propias.

CONCLUSIÓN

Percibimos la dificultad que existe para poner en marcha la noción de empowerment en nuestras intervenciones de Educación para la salud, principalmente en el ámbito comunitario. Al iniciarnos en este tipo de intervenciones, debemos contemplar el empowerment comunitario como una perspectiva de futuro y no como una condición.

Los profesionales sanitarios estamos acostumbrados a realizar nuestras intervenciones en EpS o de promoción de la salud, la mayoría de las veces, de una forma individualizada o con grupos reducidos.

Cómo hemos visto el proceso tendente a mejorar la salud de las poblaciones es un continuum que, sin perder de vista las intervenciones individualizadas, debe tener un objetivo más ambicioso que implique a las comunidades a su máximo nivel. Se trata de comenzar estableciendo una relación de confianza con los individuos o familias de la población con la que trabajemos y, a partir de esta relación construir la alianza para la salud.

Para que este proceso, a nivel comunitario, tenga éxito se deben implicar en él a los gobiernos locales, autoridades sanitarias, trabajadores de la salud, organizaciones comunitarias, líderes comunitarios tanto formales como informales, mass media, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, instituciones académicas, corporaciones de negocios, consumidores, etc. En definitiva, a todas aquellas personas, organizaciones o instituciones que tengan una presencia significativa en la comunidad.

REFERENCIAS

Stachtchenko, S & Jenicek, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. *Canadian Journal of Public Health*. 1990. 81:53-59.

World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada, 17-21 November 1986.

Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra 1998.

Orientaciones y Programas. Educación para la Salud en la Escuela. Generalitat de Catalunya, 1984.

Ewles L, Simmet I. Promoting health. A practical guide to health education. Chichester: John Wiley & sons Ltd., 1987:30-38.

Augoyard L, Renaud L. Le concept d' "empowerment" et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. 1998. *Promotion & Education* 5:28-35.

Freire P. *Pedagogy of the oppressed*, Revised Edition. New York: Continuum 1993.

Lord J, Hutchinson P. The process of "empowerment": Implications for Theory and Practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 1993, 12 (1): 149-170.

Labonté R. Health Promotion and "empowerment": Reflections on Professional Practice. *Health Education Quarterly*. 1994, 21 (2): 253-268.

Le Bossé YD, Lavallé M. "Empowerment" et psychologie communautaire: aperçu historique et perspectives d'avenir. *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 1993. 18: 7-20.

Israel BA, Checkoway B, Schulz A and Zimmerman M. Health Education and Community "empowerment": Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. *Health Education Quarterly*, 1994. 21 (3) 441-456.

Bernstein E, Wallerstein N, Braithwaite R, Gutiérrez L, Labonté R, Zimmerman M. Empowerment Forum: A dialogue between Guest Editorial Board Members. *Health Education Quarterly*, 1994. 21 (3): 281-294.

Oullet F, René JF, Durand D, Dufour R, Garon S. L'empowerment dans Naître égaux- Grandir en santé. Rapport synthèse. Régie Régionale de la santé et services sociaux de Montreal centre, 2000. 4 (1): 1-4.

Restrepo H. Ampliar la capacidad de la comunidad y fortalecer a las comunidades para la promoción de la salud. Informe técnico. Quinta conferencia mundial de promoción para la salud, Ciudad de México, 2000.

Flick LH, Reese CG, Rogers G, Fletcher P, Sonn J. Building Community for Health: Lessons from a Seven-Year-Old Neighborhood/University Partnership. *Health Education Quarterly*, 1994. 21 (3): 369-380.

Kretzman JP, Mcknigh JL. *Building Communities from the Inside Out: a Path Toward Finding and Mobilizing a Community Assessment*. ACTA Publications, Chicago, Illinois 1993.

Wallerstein, N., Sheline, B. Techniques for Developing a Community Partnership
In: Community-Oriented Primary Health for the 21st Century. Chapter 5 American
Public Health Association. 1998.

Naidoo J, Wills J. Models and approaches to Health Promotion, Section 1, 5. In:
Health Promotion Foundations for Practice. Baillière Tindall. London Philadelphia
Toronto Sydney Tokio. 1998.

Gillis, DE. The 'People Assessing Their Health' (PATH) Project: Tools for
Community Health Impact Assessment. Canadian Journal of Public Health, 90
(supplement I), S53-S56. 1999.

MESA DE ÁMBITO EDUCATIVO

Formación en Valores

Moderadora: *Carmen M^a Rodríguez-Arias Espinosa*

“Educar en valores. La educación ambiental es educar en salud”

CELSA SÁNCHEZ VÁZQUEZ

Licenciada en Biología. Máster en Educación Ambiental

Podemos decir que la EDUCACIÓN EN VALORES es un movimiento ético que nos lleva a una renovación conceptual y metodológica del sistema de enseñanza-aprendizaje. Por ello debe contribuir a través de acciones y programas concretos al desarrollo de una “ética laica”, que venga precedida de una coherencia conceptual y metodológica.

Es preciso educar para interpretar la realidad: compleja, dinámica y conflictiva, para actuar sobre ella y para vislumbrar el futuro, pues uno de los objetivos de la EDUCACIÓN EN VALORES es potenciar la toma de decisiones. Esto requiere dada su amplitud, de un análisis interdisciplinar.

No es por lo tanto una nueva asignatura, sino un aprendizaje global cuyo centro de atención es el medio ambiente, la salud, la paz, los derechos humanos, el desarrollo sostenible, la multiculturalidad ...y todo aquello que nos lleve hacia una vida planetaria más justa y saludable.

EDUCACIÓN AMBIENTAL: aporta un profundo cambio en la relación ser humano-medio, en la que la ética “antropocéntrica” de “estar frente” a la naturaleza, da paso a la ética “biocéntrica” de “estar en” la naturaleza. Este estar o ser “en” la naturaleza, implica una relación libre de dominio y depredación, abarcando los tres factores, que según Vidart definen el Medio Ambiente y que son naturales, sociales y culturales.

Se hace necesaria, por lo tanto, la toma de conciencia de nuestra responsabilidad como gestores del Planeta, tratando de adquirir un compromiso con el resto de los seres vivos, con el medio físico y con nuestros semejantes, tanto a nivel sincrónico, es decir, con las personas y seres vivos que comparten, en estos momentos, con nosotros el planeta, como diacrónico, con las generalidades futuras, pues : “NO HEMOS HEREDADO LA TIERRA DE NUESTROS PADRES, LA TENEMOS PRESTADA DE NUESTROS HIJOS”. (World Conservation Strateg).

Es necesario tener presente, que un 15% de la humanidad consume prácticamente el 85% de los recursos planetarios, mientras el 85% restante de individuos han de repartirse el 15%. (BRECHA NORTE/SUR)

Cualquier paso hacia esta nueva ética ha de estar presidido por esta realidad. Por ello resulta difícil hablar de ética ambiental sin referirse a la economía, puesto que existe una unión entre los valores que determinan el comportamiento económico y las claves éticas que los justifican.

Solo con una visión solidaria de la Humanidad entre sí y con las demás especies vivas y medio físico, estamos constituyendo un proceso educativo adecuado a las necesidades actuales.

Es necesaria la “concepción sistémica” del mundo, el tener asumido el concepto de “Aldea Global” de “Ciudadano del Mundo” para poder pensar globalmente y actuar a nivel local.

Así como asumir el concepto de “complejidad” para poder transmitir el respeto por “La Diferencia”, otras culturas y modos de vida.

En definitiva educar en la GLOBALIZACIÓN DE LA SOLIDARIDAD Y LA EQUIDAD.

Esta nueva posición ética nos lleva a la revisión del concepto de “calidad de vida”, que por supuesto no vendrá definida solamente por la tenencia y disfrute de bienes materiales o servicios y mucho menos por el despilfarro de los mismos, sino en el *derecho a compartir el protagonismo de la historia colectiva*. Se plantea entonces, la necesidad de un nuevo tipo de crecimiento, medido no solamente por indicadores cuantitativos, como el consabido P.N.B., sino por una serie de indicadores sociales que nos expresen mejor el bienestar colectivo: libertad de expresión, educación, **salud**, igualdad de género...

Estamos pues hablando ya de un “Desarrollo Sostenible”, de un “Desarrollo con Equidad”. No podemos seguir creciendo sin límites, no podemos seguir consumiendo y despilfarrando energía, agua, alimentos, etc., pues este “nivel” que tiene y disfruta el NORTE no es extensible al SUR. Por lo tanto, para que los países subdesarrollados salgan de la pobreza y puedan dejar de morir por enfermedades que ya no existen en el mundo desarrollado, es necesaria la solidaridad de estos, y el reparto **equitativo** entre ambos hemisferios.

De ahí la importancia del planteamiento global, donde se contemple la realidad como un sistema complejo y se actúe sobre ella valorando el total de sus factores y

las interacciones constantes que mantienen entre ellos, pues en nuestro mundo desarrollado, el ser humano ha perdido, por su desmesurada codicia, el sentido unitario de la realidad ambiental que pueblos primitivos, llamados salvajes, ya conocían.

Este enfoque conceptual de la educación ambiental nos permite el poder trabajar de forma integrada la educación para la salud, educación para la paz, educación intercultural, educación para el desarrollo... y educar en unos valores de paz, justicia social, solidaridad, tolerancia y respeto frente a valores de competición y autoridad. Con métodos cooperativos, experienciales y participativos y con una estructura democrática y participativa en vez de jerarquizada. **TODO ELLO COMÚN A TODA EDUCACIÓN EN VALORES.**

“La Educación en Valores desde la Diversidad”

RACHID EL QUAROU

Licenciado en Historia. Mediador intercultural en los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Navalmoral de la Mata

Si la educación en valores en la sociedad plural como la occidental esta en crisis (puesta en cuestión de los roles de la familia, la escuela, los medios de comunicación) esta problemática queda aún mas compleja con el fenómeno migratorio y las inquietudes que nos plantea exigiéndonos una respuesta reflexiva que nos permita a todos a convivir con esta nueva realidad .

En nuestro caso se trata de un colectivo mayoritario (magrebí) asentado en Extremadura -ámbito geográfico que nos interesa- especialmente en Talayuela con 4578 marroquíes empadronados (40%) de la población en general y Navalmoral de la mata donde viven aproximadamente unos 800 magrebíes.

Este perfil de inmigrantes se caracteriza por una estructura cultural peculiar y un sistema de valores arraigado en la cultura árabe-musulmana en el sentido antropológico de la palabra (religión costumbres, ritos, comportamientos, gastronomía, y psicología colectiva) que se distingue casi radicalmente de la occidental. Dicho de otra manera este colectivo no comparte nada con la sociedad de acogida ni religión ni idioma ni valores y de ahí viene la casi imposible pretensión de integración a través la educación en valores desde un punto de vista occidental. Este “enjuiciamiento” se aplica sobre la primera generación que parece tozuda a cualquier proceso de integración.

Cuando a la “segunda generación” que engloba a los niños nacidos en España y aquellos quienes han llegado en el marco de la reagrupación familiar, derecho establecido por el real decreto 864/2001 del 20 de julio, que permite al inmigrante traer a su familia (esposa y hijos) para residir con él, con lo cual se ha generado de nuevo otra problemática ¿Cómo se puede educar en los valores desde la sociedad de acogida (España) a niños entre 14 y 17 años que ya vinieron con actitudes, otro proceso de socialización, o sea, otra visión del mundo y después de haber pasado una parte de su edad educándose en un sistema de educación diferente al español y peor aún con un desconocimiento total del idioma?

Creo que la educación, en este contexto, tiene un reto especialmente difícil, interesante y prometedor ya que la diversidad cultural es cada vez más generalizada en la sociedad y la escuela española. Esto requiere e impone que la educación actúe en varios frentes para llegar al objetivo esperado; educación en la familia y en la escuela desde una perspectiva multicultural que se basa en la interdependencia en la reciprocidad y la comprensión de la diferencia del prójimo. Todo esto requiere a mi entender, la elaboración de planes de actuación en el ámbito de los centros educativos que establezcan estructuras administrativas y metodologías didácticas que dan respuestas específicas a la interculturalidad , bosquejar programas de intervención que contemplan la integración de las diferencias y no la asimilación, así como hacer hincapié en la formación del profesorado que consiste en el conocimiento de la cultura del alumno, dotarse de la herramienta adecuada de intervención ante la diversidad intercultural, la consolidación de la educación en valores y por último estrechar la coordinación entre los centros educativos y otros de carácter municipal o social.

Para concluir puedo decir que actualmente la inmigración es tema de todos y por lo tanto requiere la implicación de todos.

En este contexto creo que la escuela tiene un papel muy relevante a desempeñar porque todo lo que no encuentra soluciones adecuadas en la escuela se trasciende a la sociedad para bien o para mal.

MESA DE ÁMBITO COMUNITARIO

Participación Comunitaria en la Promoción de la Salud

Moderadora: M^a Concepción Real Hernández

“La infección por VIH y la participación comunitaria”

SANTIAGO PÉREZ AVILÉS

Presidente del Comité Antisida de la Comunidad de Extremadura

Uno de los principales problemas con los que se encuentran las personas que viven con VIH es el estigma y la discriminación por su condición de seropositivos.

En la sociedad suele utilizarse la máxima “Mi libertad empieza donde la del otro termina” como paradigma de la convivencia humana. Esto es, como la regla básica que permite la construcción de relaciones sociales y el desarrollo individual sin dañar al otro.

Esta idea de fundamentar la libertad de uno en la limitación de la del otro resulta una falacia, pues colocados en ese otro su libertad también empieza cuando la mía termina, con lo que son mutuamente excluyentes. El nuevo concepto que también es una nueva visión del individuo erigió su propio eslogan: “Mi libertad sólo existe si existe la de los demás”.

Esta reflexión está muy relacionada con el lema que Onusida, la agencia de Naciones Unidas para el sida, eligió para el 1º de diciembre pasado: “Vive y deja vivir”. Me parece de lo más oportuno que este organismo haya señalado la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH como el tema central de la campaña. El estigma es una construcción social que otorga a un sujeto una determinada condición, en lo que aquí respecta vivir con VIH, un lugar degradado en el entorno social: representas una amenaza y por ello tu persona física y social vale menos y podría sacrificarse en todo o en parte o postergarse si fuera necesario. Ése es el fundamento de la discriminación. Los individuos, para discriminar a otros, tenemos que necesariamente otorgarles un valor inferior: despreciar a un igual es autodestructivo.

Dos décadas después, hemos ganado algunos espacios de protección para las personas con VIH en las sociedades industrializadas, pero casi nada más. Siguen existiendo sólidas barreras que dificultan enormemente la vida social de las personas con VIH y actitudes activamente agresivas que suponen un grave riesgo para su integridad psíquica y hasta física. El estigma y la discriminación de las personas con

VIH, que no surgió de la nada sino que se alimentó del que ya existía respecto a gays y lesbianas y los usuarios de drogas, siguen muy vivos en el acceso al trabajo, a la educación, en las relaciones comerciales y en las personales, en la presencia y visibilidad en lo público a las que todos y todas tenemos derecho.

Remover el estigma y la discriminación de las personas con VIH va a requerir la participación activa de quienes creemos en el otro como par, como igual. Al respeto por los otros y por nosotros mismos, y de nuestras necesidades, no se llega por la indiferencia que parece emanar del “deja vivir”, del déjale en paz. Se llega por la implicación en el **trabajo comunitario** por construir una nueva imagen positiva que dé valor, estima, a quienes viven con VIH. Se llega a través de actitudes cotidianas que confronten el rechazo y el desprecio de los otros. Porque esos otros y nosotros somos los mismos.

“El estigma, el silencio, la discriminación y la negación de la realidad, así como la falta de confidencialidad, socavan los esfuerzos de prevención, atención y tratamiento e incrementan los efectos de la epidemia en las personas, las familias, las comunidades y las naciones”

“El estigma relacionado con el VIH/SIDA procede de la poderosa combinación de la vergüenza y el miedo: vergüenza porque las relaciones sexuales y la inyección de drogas que transmiten el VIH están rodeadas por el tabú y el juicio moral, y miedo porque el SIDA es relativamente nuevo y se considera mortal. Responder al SIDA con culpa o malos tratos hacia las personas con SIDA sólo sirve para ocultar la epidemia, creando las condiciones ideales para la propagación del VIH. La única forma de realizar progresos contra la epidemia es sustituir la vergüenza por la solidaridad, y el miedo por la esperanza”.

Declaración de Peter Piot en la sesión plenaria de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia.

La OMS ha definido a la salud como “el estado de bienestar físico, psíquico y social” y no sólo como la simple ausencia de enfermedad. En esta definición se incluyen los aspectos sociales y se ve como un concepto universal. Todos los sectores sociales estamos implicados y tenemos la responsabilidad y obligación de fomentar y defender la salud; bien sea la salud individual, familiar o de un colectivo o población determinada. La OMS considera fundamental fomentar la Educación Sanitaria con el fin de comprometer a toda la Sociedad.

La salud es un bien y un derecho por todos exigible y al que todos aspiramos. Pero nuestra salud no es sólo el resultado del trabajo de instituciones y profesionales

sanitarios, sino también, y de forma muy determinante, del estilo de vida de cada persona.

Desde esta perspectiva hay que otorgar prioridad: a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, a la implicación de todos aquellos sectores no específicamente sanitarios pero que pueden contribuir en la preservación y mejora de salud, a destacar la importancia que los propios individuos, las familias y las comunidades pueden desarrollar en el logro de una mejor salud.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el responsable de una infección, que produce una serie de afecciones de tipo inmunológico, las cuales, con el paso del tiempo, determinan un mal funcionamiento del Sistema Inmunitario (SI.), desembocando en la aparición de una serie de enfermedades que todos conocemos con el nombre de sida (síndrome de la inmunodeficiencia adquirida).

Sin embargo el sida afecta a la persona no solamente en el plano biológico, sino además en el social y humano. Por tanto podríamos decir que existe un sida biológico; que es una enfermedad “crónica”, para la cual existen, en la actualidad, una serie de fármacos que están demostrando su eficacia, aunque no hay cura definitiva, y un sida social. El sida social está causado por el miedo irracional, por la discriminación. Se transmite mucho más rápidamente y va infectando la convivencia, sembrando la desconfianza y promoviendo injusticias.

Actualmente vemos esperanza en cuanto a los aspectos biotécnicos, se abren nuevas y eficaces posibilidades de tratamiento, pero el sida no es solo un problema sanitario, como he comentado, hay muchos factores fundamentales que afectan a la dimensión humana de la persona. Por ello hay que insistir, en que es necesario la prevención biológica, la psicológica y la social. Solo atendiéndolas adecuadamente podemos mostrar cierta tranquilidad objetiva, pues las tres, siendo distintas, no son opuestas sino mutuamente independientes.

La OMS subraya la importancia de la igualdad y de la solidaridad en la respuesta mundial frente al VIH. Cómo destacó el Director General de la OMS, Dr. Hiroshi Nakajima, “sólo si los derechos y deberes son compartidos equitativamente en el mundo entero se podrá reaccionar de forma eficaz frente a la pandemia del sida. Las personas tienen los mismos derechos, estén o no infectados por el VIH”.

El VIH amenaza la vida y la salud de millones de personas en todo el mundo. Que es un gran problema de salud lo dicen las frías cifras. Veintiún años después de la notificación de la primera prueba clínica del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), esa enfermedad ha pasado a ser la más devastadora que jamás haya afrontado la humanidad.

Desde que comenzó la epidemia, más de 60 millones de personas se han infectado por el VIH, y el SIDA ha pasado a ser la principal causa de mortalidad en África Subsahariana. En todo el mundo, es la cuarta causa de mortalidad. Se estima que a finales del 2002 en todo el planeta había más de 40 millones de personas viviendo con el VIH. En muchas partes del mundo en desarrollo, la mayoría de las nuevas infecciones se producen en adultos jóvenes, siendo particularmente vulnerables las mujeres jóvenes. Cerca de una tercera parte de las personas que actualmente viven con el VIH/SIDA tienen entre 15 y 24 años de edad lo que hace afirmar que cada minuto se infectan 6 jóvenes de estas edades en el mundo. Otros muchos millones de personas no saben nada o saben muy poco acerca del VIH para protegerse a sí mismas contra él.

En España se han notificado más de 64.000 casos de sida acumulados al día de hoy, de los cuales, al menos el 53% han fallecido. La mayoría de los casos corresponden a jóvenes (20-39 años) y a varones, la edad media al diagnóstico a sida ha ascendido a 37,6 años, siendo el país con las tasas más altas de Europa, tanto en sida de adultos (16,5 casos por 100.000 habitantes) como es sida pediátrico (14,3 casos por 100.000 habitantes).

En nuestra Comunidad Autónoma, a finales del 2002, son, según datos del Centro Nacional de Epidemiología, unos 750 casos de sida acumulado. Por edad, la mayor parte, se agrupan entre los 25 y 39 años de edad. La tasa de incidencia acumulada en Extremadura es de 649 casos por millón de habitantes. Por provincias, Badajoz tiene una tasa de 587 casos por millón y Cáceres 746 casos.

En los últimos años algunos cambios importantes han intervenido en la modificación del escenario del VIH. Hay dos cuestiones fundamentales a resaltar en el escenario actual:

- La nueva terapia combinada que ha contribuido a mejorar la situación de las personas seropositivas y/o con sida.
- Mayor tiempo entre el momento de la infección y la aparición de la enfermedad.

Estas cuestiones así descritas, deben ser tomados con la debida precaución, dado los interrogantes que aún acompañan a las nuevas terapias antirretrovirales, disponibles desde hace demasiado poco tiempo como para valorar sus efectos a largo plazo. Sin embargo es claro el empuje, el ánimo al cambio y las nuevas necesidades de las personas seropositivas y con sida, que vuelven a ver las posibilidades de una vida afectiva, laboral y social íntegra.

Este nuevo escenario, ha hecho emerger nuevos problemas y otros anteriores que aún están sin resolver. Por todo ello consideramos que habrá que tener en cuenta una serie de cuestiones para que los derechos de las personas seropositivas sean respetados y poder así potenciar los propios recursos, no solo para aumentar la posibilidad de supervivencia, sino también para restituir calidad y dignidad a la propia vida.

¿Y qué podemos hacer desde la Participación Comunitaria en la infección por VIH?

Hay mucho por hacer y seguramente que nuestra tarea deberá de ser más de índole reivindicativo, de hacer o tratar de hacer que los derechos de las personas que viven con VIH sean respetados y de seguir insistiendo en la prevención como elemento fundamental.

Algunas de las reivindicaciones que apuntamos como prioritarias son:

El derecho a la visibilidad. La visibilidad de las personas seropositivas, es sin duda, un elemento fundamental en la normalización social del VIH-Sida. Lo cierto es que veinte años después de la aparición del SIDA las personas VIH+ no pueden ejercer el “derecho a la visibilidad”, entendida esta como la opción de revelar su situación personal de seropositividad al VIH.

Esta ocultación, ejercida como una actitud de autoprotección y no como un legítimo derecho a la intimidad, provoca unos sentimientos de culpa y un miedo al rechazo que impiden la reivindicación de los derechos y la denuncia de discriminaciones contribuyendo esto a su vez a la pervivencia de las actitudes discriminatorias y de nuevo a la ocultación de la problemática.

Prevención. La educación para la salud y educación sexual, aprobadas en la LOGSE no han sido desarrolladas por las instituciones educativas. Este hecho, junto a otros, como la ausencia de políticas de accesibilidad al preservativo, hace que nuestro país sea uno de los que cuenta con una mayor tasa de seroprevalencia en población joven, y a la cabeza en número de casos Sida de Europa.

Nuevos Tratamientos. Los fármacos antirretrovirales han traído consigo una mayor esperanza de vida, pero también traen unos costes añadidos que dificultan que las personas afectadas vivan con calidad.

Estos costes son altos y varios. Por un lado tenemos unos tratamientos muy complejos. Además tienen unos severos efectos secundarios (problemas hepáticos irreversibles, elevaciones de colesterol y triglicéridos, osteoporosis, anemias,

lipodistrofias, problemas cardiovasculares, pulmonares y neoplasias graves, entre otros). Las implicaciones de estos efectos en la vida diaria son evidentes, dificultando tanto actividades físicas como sociales.

Casos de sida versus personas seropositivas. Cuando hablamos del número de casos de sida, sólo hablamos de personas seropositivas que han llegado a una determinada fase que se denomina Sida, pues no existen datos oficiales sobre el número de personas seropositivas en nuestro país ni en nuestra Comunidad Autónoma. Manifestar que el número de casos de Sida descienden es cierto, pero hay que evitar trasladar la imagen de que la transmisión del VIH está disminuyendo, cuando no está tan claro que esto sea así.

Mujeres. A la intrínseca vulnerabilidad biológica de la mujer ante el VIH, se ha de sumar las desigualdades sociales, culturales, económicas y políticas que incrementan dicha vulnerabilidad y que comprometen el curso y el impacto del VIH-Sida. Según estimaciones de la OMS, 3000 mujeres se infectan cada día en el mundo, y en nuestro país la incidencia es casi tres veces superior que en el resto de Europa.

Drogodependencias. Las actitudes de la sociedad en general y de las políticas y recursos sociales en particular, dificultan enormemente la incorporación psicosocial de este colectivo, esta situación agravada y evidenciada por el VIH, hace francamente difícil su supervivencia.

Centros Penitenciarios. La situación en los C.P. demuestra deficiencias que son un claro ejemplo de la precaria atención sociosanitaria y de la vulneración de derechos que sufre este colectivo. Vamos a destacar las siguientes:

- Distanciamiento excesivo de las visitas que los médicos internistas.
- En algunas ocasiones la medicación que le llega al interno está incompleta o cambiada.
- Los enfermos de sida en prisión no tienen acceso a algunos fármacos de uso habitual en los enfermos en libertad por un criterio meramente economicista.
- Ausencia en ocasiones de asistencia ginecológica en la mujer.
- La ausencia de un psiquiatra en el Centro Penitenciario también agrava el estado y posible recuperación del paciente.
- El artículo 196 del Reglamento Penitenciario que contempla la excarcelación de aquellos internos que padezcan enfermedades incurables y estén en situación grave, no se está aplicando salvo en situaciones de muerte inmediata.

- Carencia de programas de reducción de riesgos y daños como los programas de intercambio de jeringuillas.

Población con prácticas homo-bisexuales. La homofobia social e institucional existente es perjudicial y negativa para la prevención del VIH. La inexistencia de campañas que aborden la diversidad sexual y la ausencia de intervenciones específicas dificultan que los mensajes preventivos sean asimilados por esta población al no sentirse identificados con ellos.

Población que ejerce la prostitución. Es necesario introducir programas públicos de salud y prevención de ETS en la población que ejerce la prostitución. El acceso de estas personas, muchas veces estigmatizadas y excluidas, al sistema público de salud es prioritario para incidir en la prevención del VIH.

Inserción Socio-Laboral. El VIH, constituye una amenaza para los derechos fundamentales de los trabajadores y socava los esfuerzos realizados para proveer un trabajo digno y productivo a los hombres y a las mujeres, en condiciones de equidad, libertad, seguridad y dignidad. La discriminación de las personas seropositivas agudiza las desigualdades existentes en la sociedad, causando un efecto devastador sobre los individuos y sus familias. Además de la no contratación, trabajadores VIH+ son víctimas o del despido o de mecanismos de presión psicológica o mobbing que propician su marcha voluntaria.

Consideramos necesario que se facilite la búsqueda de trabajo, preparando a las personas y recuperando sus capacidades a través de un adiestramiento en habilidades sociales y actitudes laborales, todo ello con un enfoque a su vez bidireccional, hacia la búsqueda de empleo normalizado y hacia el empleo con discapacidad. Reivindicamos que las personas con certificación de minusvalía no deban tener que comunicar el diagnóstico por el cual fue concedida la minusvalía.

Consideramos necesarias, entre otras, las siguientes acciones:

- Procesos de sensibilización y concienciación con campañas que expliquen, e informen sobre el buen nivel de capacitación profesional y responsabilidad de las personas seropositivas que acceden a un puesto de trabajo.
- Formación específica del personal de gestión de recursos humanos, en su calidad de empleadores o responsables de personas.
- Formación de los representantes de los trabajadores.
- Establecimiento de mecanismos de cooperación entre ONGs, asociaciones empresariales, gremiales, sindicatos y mutuas.

- Creación de comisiones paritarias que impulsen y diseñen políticas de inserción.

El problema del VIH/SIDA no se podrá parar a menos que se solucionen los problemas sociales que determinan su existencia. La pobreza, la exclusión, el estigma social, la discriminación de las mujeres, la homofobia, son factores que determinan que el VIH sea una epidemia que no se va a poder controlar

Me gustaría terminar insistiendo en que la infección por el VIH afecta biológica y socialmente a la persona. Las dimensiones del sida se potencian mutuamente, pero si las acciones contra el sida son también en las dos dimensiones se multiplica su eficacia. La respuesta al sida debe basarse en el respeto a los derechos de la persona, el conocimiento, la aplicación correcta de los conocimientos y el acceso a todos los recursos disponibles.

“Participación Comunitaria en la Promoción de la Salud”

MARÍA RANGEL MACARRO

Trabajadora Social. Técnico en Educación para la Salud

Mi experiencia como técnico de Educación para la Salud, parte de un programa subvencionado por la Consejería de Sanidad y Consumo, en el marco de las Universidades Populares de Extremadura.

El programa comienza en 1998, con intervención en 11 Universidades Populares, realizando en el resto una difusión del material elaborado. Posteriormente se va ampliando hasta llegar a toda la red, en los dos últimos años. Hoy podemos decir que está establecido como un programa regional.

El colectivo participante de las actividades de las Universidades Populares son mayoritariamente mujeres mayores de 40 años, las cuales no han recibido de forma reglada una formación sobre educación para la salud, bien por la falta de asistencia a la educación obligatoria o bien por la falta de programación en el sistema educativo del momento. Por tanto se trabaja con un colectivo con menos cobertura educativa en el marco de la Salud.

Por ello el objetivo que se pretende conseguir mediante este programa es *favorecer la adquisición de una cultura de salud en los ciudadanos extremeños; transversalizando de forma sistemática en las programaciones de las Universidades Populares contenidos que propicien el fortalecimiento o cambio de conducta y hábitos favorecedores del mantenimiento de nuestra salud.*

Para la consecución o máximo acercamiento al objetivo propuesto nos planteamos realizar unas fases que no en todos los casos se suceden ordenadamente, sino dependiendo de las demandas de los participantes se priorizan unas u otras:

- Sensibilizar y concienciar a directores y responsables de UU.PP. sobre la importancia de introducir en sus programaciones contenidos relacionados con la educación para la salud.
- Formar a monitores, directores, coordinadores, y todos aquellos colaboradores de la UU.PP, en habilidades, recursos y metodología que les permita adquirir

destrezas y conocimientos para introducir transversalmente la educación para la salud en sus talleres y actividades.

- Propiciar en los participantes de las UU.PP herramientas para que adquieran autorresponsabilidad en el cuidado de su salud.
- Favorecer contextos que permitan el desarrollo adecuado del aprendizaje a nivel individual y grupal, para la extrapolación e interiorización de las conductas saludables.

DESTINATARIOS DE LA EXPERIENCIA

Se puede hablar de dos colectivos objetos de intervención:

Destinatarios directos: con los cuales se trabaja de forma personalizada y directa mediante formación, asesoramiento y apoyo puntual, con los profesionales que desempeñan su labor en el contexto de las Universidades Populares: directores, coordinadores, monitores, técnicos y colaboradores.

Destinatarios indirectos: los ciudadanos de las localidades donde hay Universidad Popular, los cuales reciben contenidos y propuestas de cambio de actitud para la mejora o reflexión de su conducta saludable, a través de su participación en los programas de las actividades de cada UU.PP. Este colectivo nos marca el éxito del programa.

METODOLOGÍA LLEVADA A CABO

Fase de conocimiento y análisis de los recursos de la zona, para optimizar las intervenciones del programa, sin solapamiento de acciones.

Fase de sensibilización y difusión del programa: Con los profesionales que desempeñan su labor en las Universidades Populares.

Elaboración de Planes Formativos: con objeto de elaborar una formación adecuada a las necesidades y perfil de los mediadores y del colectivo a intervenir.

Los contenidos formativos que trabaja el programa:

- Prevención de VIH - SIDA.
- Prevención de drogodependencias.
- Educación afectivo sexual.

- Prevención de Infecciones de Transmisión sexual.
- Alimentación y nutrición.
- Ocio y tiempo libre.

Fase de intervención de mediadores en sus aulas y actividades llevadas a cabo en las Universidades Populares, de forma transversal, sin romper el ritmo de cada actividad.

Esta fase se lleva a cabo con el apoyo y asesoramiento técnico, adaptando los contenidos trabajados en los planes formativos al colectivo objeto de intervención, en cuanto a metodología, más que en contenidos.

Los contenidos de los planes formativos son mínimos, se trabaja más la metodología participativa, el espacio de reflexión y las actitudes hacia el cambio.

No hay un número de horas definidas por grupo de intervención en formación, sino una adaptación a las necesidades formativas del grupo. Por ello hay grupos con formación tutorial de 2 a 8 horas hasta 40 y 60 horas.

Actividades Paralelas: son acciones que fomentan la difusión y sensibilización del programa. Considero que estas actividades por sí solas no educan en salud, sino un apoyo de difusión y sensibilización. Yo las llamo actividades de apoyo, no por ello carentes de importancias.

Actividades como:

- Celebraciones de días temáticos.
- Chat.
- Concursos de pintura, fotografía, etc..
- Conferencias, charlas.
- Aulas abiertas.
- Etc.

Fase de seguimiento y evaluación: La labor de seguimiento es continua y permanente, mediante el cual se aporta el apoyo necesario para el desarrollo adecuado del programa, en cuanto a la consecución de los objetivos y cuanto al desarrollo del proceso educativo.

Los aspectos que hemos evaluado desde el programa han sido los siguientes:

- La adecuación del programa.

- El desarrollo de los planes formativos.
- La labor de los mediadores.
- Los contenidos recibidos por los participantes de las Universidades Populares.

NECESIDADES SUBJETIVAS PARA LA INTERVENCIÓN EN RED EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Trabajar con mediadores estables.
- Establecer la temporalidad en cada zona acorde a las necesidades de intervención.
- Adecuar la formación al perfil de los mediadores, en cuanto al método y al tiempo.
- Agrupar zonas por igualdad o similitud de intervención.
- Hacer hincapié en la fase de sensibilización y motivación de los coordinadores o responsables del programa, para rentabilizar y asentar el programa de manera permanente.
- Crear y fomentar actividades paralelas **permanentes**:
 - **Escuelas de padres.**
 - **Talleres permanentes de salud: Aulas abiertas.**
 - **Incluir en las programaciones temporales, la Educación para la salud de forma sistemática.**
 - **Crear puntos de Información permanente.**
 - **Fomentar la Educación para la salud en la red asociativa.**

PLANTEAMIENTO DE TRABAJO

- Realizar un estudio adecuado de la realidad y análisis serio, para una adecuada planificación de la intervención.
- Hacer programaciones por zonas de trabajo y no por cercanía.
- Planificar un trabajo en red, con un método de cooperación entre las distintas instituciones y técnicos, rentabilizando los recursos de la zona:
 - Centros de salud.
 - Centros de planificación familiar.

- Servicios Sociales.
- Programas de prevención de drogas.
- Programas de familias.
- Programas municipales.
- Tejido asociativo.
- Etc.

Donde todos compartan el objetivo del plan, proporcionado el apoyo profesional y consolidando el programa de forma permanente.

- Desmitificar la labor del técnico. Ser un mero orientador y fomentar acciones autónomas donde su presencia sea cada vez menos necesaria.

“Participación Comunitaria en la Promoción de la Salud”

MARÍA ANTONIA MARTÍN MARTÍN

Trabajadora Social Centro de Salud de Talayuela. Máster en terapia de familia

Talayuela es una población que desde el año 90 alberga un alto número de población inmigrante de distintas nacionalidades, predominando la nacionalidad marroquí, con diferencia sobre el resto; seguida, recientemente, de la latinoamericana y después otras más con un número de individuos poco destacables.

Es necesario hacer referencia al colectivo marroquí, no sólo por ser Talayuela el municipio de Extremadura que, probablemente, más población de esta nacionalidad acoga sino por sus marcadas características sociosanitarias muy en relación **tanto con su cultura, como con su zona de procedencia y proceso migratorio**. Al ser una población bastante asentada en Talayuela, utiliza regularmente los servicios sanitarios pero de forma diferente, con unas expectativas casi exclusivamente asistenciales y de urgencia dirigidas principalmente al alivio del síntoma en el momento puntual en el que ocurre sin someterse a ninguna revisión o estudio posterior. Esto probablemente sea debido a los tres aspectos señalados:

- **Cultura** con hábitos muy arraigados y muy influenciada por la religión según sus propias interpretaciones.
- **Procedencia** de una zona bastante deprimida de Marruecos, alejada de la capital y semiolvidada por sus gobernantes, lo que conlleva bajos niveles económicos, educativos y sociosanitarios.
- **Con el proceso migratorio** pretenden paliar esta situación, por lo que su establecimiento y forma de vida se ve muy influenciado por el mismo, lo que provoca que la utilización de los servicios de todo tipo sea un “tanto mecánica” para mantener en regla su situación administrativo-laboral, económica y de reagrupación familiar.

En cuanto al acceso al sistema sanitario, éste, es relativamente fácil en consonancia con el artículo 12 de la Ley de Extranjería; como ya se ha referido la utilización del mismo es meramente asistencial y poco predisuelta a introducir

cambios que mejoren su estado sanitario, si bien es verdad que esta responsabilidad no sólo recae sobre ellos, sino sobre los actuales servicios de salud que por distintas motivaciones no acometen una educación sanitaria grupal o comunitaria efectiva, que ya resulta difícil poner en práctica con la población autóctona y más aún con un colectivo con el que ni siquiera se comparte el idioma y mucho menos los hábitos sanitarios.

La educación para la salud (EPS) puesta en práctica en Talayuela con esta población es la que todos los profesionales conocemos y llevamos a cabo que es en el día a día de la consulta y la experiencia a nivel grupal puesta en práctica por la unidad de trabajo social del centro de salud, en coordinación con los trabajadores sociales de otras dos instituciones (educativa y socio-administrativa) a través de una escuela de padres de alumnos que entre los diferentes resultados obtenidos puso de manifiesto la dificultad que esta actividad conlleva tanto por las características del colectivo como por la falta de medios adecuados y la carencia de coordinación interinstitucional; así mismo no dejan de ser actuaciones puntuales con escasa continuidad lo que no predispone al cambio.

Tras la experiencia de once años de trabajo con esta población basada, sobre todo, en la observación y en el aprendizaje de los errores, estimo que la forma más adecuada de iniciar actividades de EPS a nivel grupal y comunitario con la población inmigrante, principalmente de origen marroquí, debería partir de las siguientes premisas:

1. Adquirir mayor conocimiento sobre la cultura de los colectivos inmigrantes más demandantes, con el fin de conocer sus prejuicios, creencias y mitos lo que permitirá un menor esfuerzo profesional para comprender sus conductas y mayor estímulo para iniciar proyectos que puedan provocar algún cambio.
2. Este es uno de los colectivos en los que más de manifiesto se pone que son un grupo de alto riesgo sociosanitario por lo que es también necesario poner en práctica no sólo la cooperación entre los distintos profesionales de la atención primaria sino también la coordinación sociosanitaria sobre todo con ONGS, Asociaciones del propio colectivo, servicios institucionales dedicados a la atención de estos, los líderes comunitarios e imanes de las mezquitas; porque nos facilitarán mucho el acercamiento y nos orientarán sobre las mejores estrategias para favorecer el cambio de hábitos.
3. Es importante el trabajo con todo el colectivo, pero sobre todo con las parejas más jóvenes que comienzan teniendo aquí a sus hijos y suelen ser más receptivos para poner en práctica tanto los nuevos conocimientos aprendidos como los nuevos hábitos y con las segundas generaciones, sobre todo los

niños del colegio e institutos debido a su facilidad para asimilar nuevos conceptos y formas de vida y porque observan las diferencias entre la cultura de sus padres y la que están viviendo.

4. Se ha de respetar y aprovechar aquellos conceptos y hábitos de su cultura que resulten saludables y ponerlos como ejemplo para incorporar los nuestros, de este modo se creará menor resistencia al cambio y mayor estímulo, para ello debemos contar con una figura imprescindible que es el **mediador intercultural**.
5. El posible método que más favorecería la EPS con este colectivo sería la formación de **agentes de salud** de su propio colectivo a los que posteriormente se les enseñaría a transmitir los conocimientos aprendidos a sus congéneres.

“Prevención Comunitaria”

MARCELINA GONZÁLEZ CALVO
Médico de Atención Primaria

PREVENCIÓN COMUNITARIA



PREVENCIÓN COMUNITARIA



• A LA SALUD NO SE LE DA CULTO SINO QUE SE LA CULTIVA

PERO, SALUD ¿PARA QUÉ?

DICE SIEBERG: "NO VIVIMOS PARA TENER SALUD, SINO QUE QUEREMOS TENER SALUD PARA VIVIR Y OBRAR"

PREVENCIÓN COMUNITARIA

"LA CRISIS DE LA SALUD EN EL MUNDO SE EXPRESA EN UNA CRISIS DE NIVELES DE SALUD Y DE MORBILIDAD EN QUE VIVE LA POBLACIÓN HUMANA Y EN UNA INCAPACIDAD DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD ACTUALES PARA SOLUCIONAR ESTOS PROBLEMAS" (HERNÁN SAN MARTÍN, 1982)

DETERMINANTES DE SALUD



NUEVOS DESAFÍOS

- URBANIZACIÓN
- INCREMENTO DE PERSONAS MAYORES
- PREVALENCIA ENFERMEDADES CRÓNICAS
- RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS Y OTROS
- ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS
- VIOLENCIA CIVIL Y DOMÉSTICA
- MAYOR RECONOCIMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES...

PREVENCIÓN COMUNITARIA

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA SÓLIDA INVERSIÓN

ES VITAL QUE EVOLUCIONE PARA RESPONDER A LOS CAMBIOS

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD ES SU HERRAMIENTA, PARA: AUTONOMÍA, RESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN

CARTA DE OTAWA: 5 ESTRATEGIAS

- CONSTRUIR UNA POLÍTICA SALUDABLE
- CREAR AMBIENTES SOSTENIBLES
- FOMENTAR LA ACCIÓN COMUNITARIA
- DESARROLLAR HABILIDADES PERSONALES
- REORIENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD

PREVENCIÓN COMUNITARIA

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, CÁNCER Y ACCIDENTES DE TRÁFICO

OMS: ESTOS PROBLEMAS REFLEJAN LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA Y DE LOS COMPORTAMIENTOS COMO DETERMINANTES DE LA SITUACIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA



- LA SALUD: RESULTANTE DE LA ACCIÓN DE LOS HOMBRES Y DE LOS PUEBLOS.
- LA SALUD COMUNITARIA INCORPORA EN SU QUEHACER A LA COMUNIDAD Y A OTROS PROFESIONALES.



"¿POR QUÉ NO LE DESPERTAMOS Y SALE ÉL POR SUS PROPIOS PIES?"

COMISIÓN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN COMUNITARIA

PADRES: AMPAS-ESCUELAS DE PADRES
PROFESORES: EPS EN LA ESCUELA
JÓVENES: OJO Y TIEMPO LIBRE
SANITARIOS: EQUIPO AP-ASESORAMIENTO
ASOCIACIONES LOCALES: ALREX Y AMAT
AYUNTAMIENTO: COORDINACIÓN, CULTURA Y DEPORTES

"MIRAD, EN LA VIDA NO HAY SOLUCIONES, SINO FUERZAS EN MARCHA. ES PRECISO CREARLAS, Y LAS SOLUCIONES VIENEN"

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY



MESA DE ÁMBITO SANITARIO

*Papel Estratégico de la Atención Primaria en
Educación para la Salud*

Moderadora: M^a Yolanda Anes del Amo

***“Experiencias en Educación para la Salud en la Comunidad
Valenciana. Situación actual”***

JOSEFA PONT MARTÍNEZ

*Jefa de la Unidad de Educación de la Comunidad Valenciana.
Especialista en Educación para la Salud por la Universidad de Perugia*

JORNADAS EpS
La EpS En El Ámbito Sanitario

24 Abril 2003

EpS en el ámbito sanitario. Una experiencia en la Comunidad Valenciana

- La primera definición institucional (finales de los 80) de la EpS es funcional (sin estructura orgánica propia) y se identifica como un conjunto de actividades relacionadas con la promoción de salud y la información sanitaria
- La mayoría de las acciones de EpS se integran en programas de salud, especialmente en los programas de salud infantil y a la atención a mujeres embarazadas.
- La mayoría de las acciones eran informativas y gran parte de las actividades se centran en la elaboración de materiales cuyos destinatarios pueden ser los profesionales sanitarios o la población.

Características fundamentales de la primera etapa de desarrollo institucional de la EpS

(finales de los 80 y principios de los 90)

- Aparición de una primera estructura orgánica (una Unidad y más tarde Servicio)
- Siguen predominando las actividades informativas dirigidas tanto a los profesionales como a la población (adición de materiales) pero comienzan los intentos de protocolizar actividades educativas en los diferentes programas
- Intento de sistematización de elaboración materiales y mejora en los procedimientos de elaboración de materiales informativos
- Inicio de acciones formativas en metodología de la EpS dirigida a profesionales sanitarios. Progresivo incremento y diversificación de la oferta formativa a los profesionales sanitarios. Incremento de la formación en metodología de la EpS
- Contenidos relacionados con la promoción y (en menor grado) prevención.

Características fundamentales de la primera etapa de desarrollo institucional de la EpS

(finales de los 80 y principios de los 90)

- La EpS en la escuela como una de las actividades educativas más reconocidas de (y por) los sanitarios
- Progresivamente se inicia la EpS en entornos críticos.
- Profundización en aspectos metodológicos más concretos y específicos, más orientados a las habilidades en técnicas educativas para la identificación de necesidades educativas y modificación de conductas
- Insuficiente conexión entre la estructura promotora (salud pública) y la de gestión (SVS). Intentos de coordinación.
- Insuficiente adecuación de los sistemas de registro y evaluación. Intentos de coordinación.
- Apertura a nuevos contenidos relacionados con problemas de salud anteriormente no abordados (prevención de AT)
- Inicio de investigaciones (concepto y expectativas de AP en EpS, efectividad de la comunicación de mensajes, etc)

Evolución

(desde finales de los 90)

- Reestructuración orgánica (de Servicio a Unidad y más tarde desagregación de Unidades)
- Tendencia progresiva al desarrollo de programas integrales en distintas Unidades que incorporan la EpS (pérdida de transversalidad y ganancia de la globalidad de los programas)
- Diversificación de los contenidos (enfoque de la EpS como instrumento terapéutico, además de la promoción y prevención). Insuficiente conexión entre la estructura promotora (salud pública) y la de gestión (SVS)

Evolución

(desde finales de los 90)

- Insuficiente adecuación de los sistemas de registro y evaluación. Intento de creación de sistemas de información y su coordinación entre niveles
- Progresivo desarrollo de Internet como mecanismo de difusión de la información sanitaria (a profesionales y población)
- Dificultades en el progreso de mejora de la elaboración de materiales de comunicación
- Mantenimiento de iniciativas de algunas actividades de investigación (factores relacionados con la prevención de AT; eficacia de consejo antitabaco en embarazadas...)

Evolución

(desde finales de los 90)

- Tendencia a una mayor coordinación entre distintos servicios de la DGSP (especialmente con epidemiología: Utilización de la red centinela, evaluación de las necesidades de salud sobre las que se requiere adecuar intervenciones...) y a la mayor participación en estrategias de intervención sanitaria de la Conselleria (plan de Salud, Plan Oncológico, Plan Cardiovasculares, Encuesta de Salud)
- Intentos de mejorar los procesos de protocolización y evaluación de las actividades educativas (especialmente en programa de prevención de AT y tabaquismo)

ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS PARA LA APLICACIÓN DE LA EpS DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La salud se percibe no como el objetivo, sino como fuente de riqueza de la vida cotidiana.

Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

El papel del sector sanitario:

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud.

Al personal sanitario le corresponde asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Del concepto de EpS interesa destacar

Es un **proceso educativo**, por lo que su pertinencia queda definida por la utilidad de desarrollar acciones con la finalidad de mejorar la salud mediante el logro de objetivos educativos

Asumir que el estado de salud puede mejorarse mediante un proceso de cambio del que se obtendrá beneficios de salud

Para que la EpS sea pertinente los objetivos han de ser educativos, es decir deben proponerse cambios



La información es un elemento necesario pero no suficiente

ALGUNAS PREMISAS FUNDAMENTALES

Todas las personas conocen sus condiciones de vida, saben lo que les preocupa
Todas tienen información, experiencias, opiniones, expectativas, hábitos... respecto a la salud

Estos conocimientos, experiencias, actitudes... individuales, se construyen en función de las pautas culturales y sociales de pertenencia y de referencia

ALGUNAS PREMISAS FUNDAMENTALES

No se producen cambios de opiniones, actitudes o conductas sin la participación voluntaria y activa de los implicados

La EpS sólo adquiere significado cuando se refiere a problemas concretos ya percibidos o sobre los que es posible conseguir la toma de conciencia (tanto sobre su existencia como sobre su prioridad)

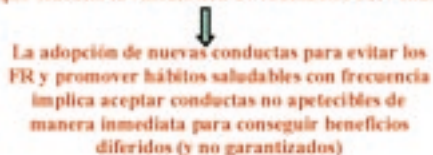
Puesto que la EpS es un proceso de aprendizaje, tendrán que tomarse en consideración las propias competencias de las personas implicadas
"Ideas Previas"

Puesto que la EpS tiene a menudo la finalidad de conseguir cambios conductuales será necesario que estos se integren en el repertorio habitual de conductas de manera estable (estilos de vida) para lo que se requiere una acción continua

Para desarrollar y promover acciones de EpS es necesario conocer y utilizar algunas **HERRAMIENTAS DE LAS CIENCIAS SOCIALES**

ALGUNAS DIFICULTADES PARA LA EpS

La relación causa-efecto, es frecuentemente diferida (sobre todo en crónico degenerativas) lo que dificulta la vinculación de causalidad FR / daño



La adopción de nuevas conductas para evitar los FR y promover hábitos saludables con frecuencia implica aceptar conductas no apetecibles de manera inmediata para conseguir beneficios diferidos (y no garantizados)

FINALIDADES DE LA EpS

PROMOCIÓN Favoreciendo condiciones de vida y hábitos saludables

PREVENCIÓN Evitando la exposición a FR y utilizando mecanismos de protección frente a daños

CURACIÓN Procurando la detección precoz de la enfermedad y contribuyendo al control del proceso patológico

EpS, estrategia de la Promoción de Salud

- ⇒ incrementar la comprensión de los determinantes biológicos, comportamentales y socioeconómicos de la salud y su mutua interrelación
- ⇒ capacitar y motivar para la participación en las decisiones que influyen sobre estos determinantes.
- ⇒ capacitar a los individuos para demandar adecuada y oportunamente servicios de salud

EpS, estrategia de la Prevención de Salud

- ⇒ adquirir destrezas para evitar o reducir la exposición a los factores de riesgo del entorno y/o a utilizar los mecanismos de protección más adecuados cuando no sea posible evitar por completo la exposición al riesgo
- ⇒ capacitar y motivar para la participación en las decisiones que influyen sobre estos determinantes.
- ⇒ capacitar a los individuos para utilizar los servicios de salud

EpS, estrategia de la Curación

- ⇒ adquirir destrezas para manejar su proceso patológico evitando o reduciendo la sintomatología y los efectos secundarios.
- ⇒ adquirir destrezas para reconocer precozmente signos de empeoramiento y para acudir a los servicios sanitarios siempre que sea necesario
- ⇒ capacitar y motivar para la participación en las decisiones que influyen sobre el control de su patología.

Algunos de los principales F.R. son:

- dieta inadecuada
- CONSUMO DE TABACO
- higiene
- sedentarismo
- consumo excesivo de alcohol
- consumo de otras drogas
- CONDUCCIÓN ARRIESGADA DE LOS VEHÍCULOS
- prácticas sexuales de riesgo sin utilización de medidas de protección
- descanso insuficiente y/o ritmos de actividad que producen fatiga y estrés
- prácticas de riesgo laboral sin utilización de medidas de prevención y/o protección

En EpS, podemos:

Disminuir el coste de las intervenciones actuando sobre grupos, sin que esto disminuya mucho la efectividad sobre los sujetos.

Utilizar "expertos" no profesionales que disminuyan muchos el coste de las intervenciones sin disminuir su efectividad.

Utilizar las nuevas tecnologías y especialmente la informática, como instrumento para la formación y actualización de los profesionales.

En EpS, podemos:

Mejorar la eficacia de las intervenciones diversificando los canales de comunicación, reiterando los mensajes educativos por todos los medios posibles, utilizando diferentes métodos educativos (orales, escritos, registros, audiovisuales, grupales, individuales...)

Las intervenciones educativas extensivas (que llegan a un gran número de personas) son más económicas pero también más superficiales, es decir, es menos probable que las personas sometidas a estas acciones extensas, cambien sus conductas. Pero aumentar la intensidad de las actividades, implica también invertir más tiempo y esfuerzo sobre cada sujeto receptor de la intervención.

El concepto de riesgo, un instrumento para valorar la pertinencia de las intervenciones.

El riesgo es un indicador de las necesidades de salud.

La idea de riesgo, está vinculada a la de vulnerabilidad y permite describir la presencia en determinadas personas o grupos, de ciertas características que implican mayores probabilidades de sufrir determinados daños.

Es necesario, **identificar los FR** que pueden estar determinando la prevalencia de las enfermedades más relevantes en nuestro contexto.

Para ello resultara útil realizar un **listado ordenado de los FR** que según los conocimientos científicos, presenten una más clara asociación con las principales patologías.

Prevalencia: casos de una enfermedad para una población en un momento dado

Es útil sobre todo para planificar los servicios sanitarios

Incidencia: casos nuevos de una enfermedad para una población en un período de tiempo.

Es especialmente útil para evaluar la utilidad de las medidas de prevención.

	FR muy prevalente	FR poco prevalente
RR alto	Intervención comunitaria	Intervención en expuestos
RR bajo	Intervención comunitaria	No es prioritario intervenir

En las primeras fases de un programa, será probablemente más fácil obtener la adhesión de las personas más motivadas para adoptar el hábito recomendado.

En estas etapas, es recomendable utilizar los **recursos más sencillos y económicos**, (folletos, hojas informativas, consejos en la consulta...) que lograrán ser suficientemente efectivos entre las personas más motivadas.

Captar a los grupos de mayor riesgo, o a los menos dispuestos a adherirse a las conductas recomendadas, aumentará la dificultad de la intervención

Esto requiere emplear métodos más complejos y más caros, (sesiones grupales, visitas domiciliarias...).

El aumento del coste necesario para llegar a las personas de alto riesgo, en general se verá compensado por el beneficio conseguido con la eliminación (o disminución) de la exposición al **FR**

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA EVALUACIÓN

Las intervenciones en EpS puede tener **efectos "placebo"**, tales como:

- incrementar la credibilidad** en la eficacia del tratamiento o la medida preventiva que se promueve
- aumentar la satisfacción** por percepción de mayor atención
- aumento en la aceptabilidad** del tratamiento o medida preventiva que se promueve

Estos factores contribuyen a valorar positivamente las actividades educativas y son en sí mismos positivos, pero deberíamos ser capaces de distinguirlos de los resultados respecto a los objetivos propuestos y de los procesos y estructura de la intervención

Una de las principales dificultades para evaluar la EpS, es obtener una valoración no solo inmediata, sino también diferida de los beneficios alcanzados.

Otra situación frecuente respecto a objetivos de cambio conductual, es la de obtener éxitos en el corto y medio plazo que pueden verse alterados por las **"recaidas"**. En este caso, puede subestimarse o sobrestimarse el efecto de la acción educativa, dependiendo de los momentos en los que se sitúa la evaluación (sin contar con las recaídas o temiéndolas en cuenta)

Con frecuencia es difícil en EpS, establecer hasta que punto los cambios conductuales que se proponen, se alcanzan debido a la intervención o a otro tipo de razones que la propia dinámica social esta difundiendo.

Es útil encontrar algunos indicadores de las tendencias predominantes, identificando si estas van a actuar a favor o en contra de la intervención y tomándolo en consideración en el momento de la evaluación.

Para observar las tendencias dominantes en términos de salud, puede recurrirse a los datos disponibles respecto a las tasas de mortalidad y morbilidad.

Cuando lo que se trata de valorar son las tendencias conductuales, buscar instrumentos adecuados, recurriendo a estudios disponibles (encuestas de salud, o estudios específicos) o a instrumentos diseñados especialmente para la intervención.

Para realizar la evaluación de los resultados ajustada en función de las tendencias dominantes, pueden compararse los resultados obtenidos en los destinatarios de la intervención, con los de un grupo control (no sometido a la intervención).

En una fase inicial, se estimará el coste necesario para la intervención así como los beneficios que se espera lograr. Se debe valorar la pertinencia de la EpS ¿existen otro tipo de intervenciones más eficaces para alcanzar los objetivos que deseamos obtener? También se debe considerar, si los medios con los que contamos justifican la inversión de esfuerzos que va a requerir la intervención.

Es importante recordar, que la evaluación debe programarse desde el inicio de la planificación y que debe incluir la valoración de los recursos disponibles, (tanto materiales como humanos). Si los recursos son insuficientes para lograr lo que nos proponemos, puede producir percepción de fracaso y descrédito de las acciones educativas. Es necesario alcanzar una cierta "masa crítica" antes de llegar a obtener algún resultado

Del mismo modo, conviene tener en cuenta que a partir de un cierto momento, seguir aumentando la dedicación de recursos ya no produce un incremento claro de los beneficios, que tienden a ser proporcionalmente decrecientes.

Sin embargo, aunque hayamos obtenido la saturación de beneficios en una intervención, será necesario reforzar y reiterar las intervenciones periódicamente, para sostener los cambios conductuales que de otro modo, al cabo de un cierto tiempo comenzarán a decrecer.

La evidencia sugiere que es más efectivo dar mensajes altamente específicos dirigidos a comportamientos muy concretos, que intentar promover grandes grupos de comportamientos.

Existe un alto consenso sobre la dificultad de producir efectos generalizables para comportamientos afines.

En síntesis, la idea es conseguir el máximo beneficio posible con el menor coste.

Sabemos, que tanto la intervención en grupos, como la estandarización y formalización de las actuaciones, son maneras de reducir los costes.

“La Promoción de la Salud a través de las Actividades Comunitarias en los Centros de Salud”

FERNÁNDEZ LÓPEZ, M. D.; MATAS GUTIÉRREZ, M.;

MAYNAR MARIÑO, I.; MUÑOZ DE LA MONTAÑA, M.T.

PACAP sexmFYC (Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria)

INTRODUCCIÓN

Hoy nos encontramos en una encrucijada, pues existe el riesgo de considerar que los servicios sanitarios no tienen nada que ver con la promoción de la salud y que son sólo una empresa de provisión de servicios que pretende satisfacer la demanda con el menor coste posible.

Sin embargo, en nuestra opinión, los Equipos de Atención Primaria deben asumir funciones que van desde la prestación de servicios asistenciales hasta la promoción de la salud.

La estrategia de Promoción de la Salud implica necesariamente la coordinación y participación de las instituciones, los servicios y los propios ciudadanos. Implica la intervención en y con la comunidad.

Todas las orientaciones sobre trabajo comunitario, convergen en el convencimiento pleno de que es fundamentalmente a través de la implicación de las personas, grupos y comunidades como puede mejorarse el estado de salud (individual y colectivo) de la población.

Las acciones e intervenciones propias de la Atención Primaria (AP) comprenden, no sólo los aspectos curativos, sino también y de forma fundamental las actividades de **Prevención y Promoción de la Salud (PS)**. La forma más natural y efectiva de llevar a cabo estas acciones es a través de la **Educación para la Salud (EpS)**. *Tanto la EpS como la PS contemplan la participación activa de los individuos y de la comunidad como elemento estratégico imprescindible*, en un Proceso de **Participación Comunitaria (PC)**.

La PC de la población en su salud y en la planificación y gestión de sus servicios, mejora los resultados. La PC es poco usada y está frecuentemente mal entendida, siendo vista como una amenaza a todos los niveles del sector salud. El camino para llegar a la Promoción de la Salud es el de la Participación de la Comunidad, teniendo en cuenta que no es posible resolver los problemas de salud de una colectividad si no es a partir de la participación activa de la misma.

Procede definir algunos conceptos que nos sirvan para situarnos en nuestro marco metodológico (desde donde miramos el paisaje) y así aclarar de qué estamos hablando.

La Salud positiva es poder vivir una vida completa en estrecho contacto con lo que se quiere, es ser todo *lo que se es capaz de llegar a ser*. La salud es un asunto político y la PC es su elemento más visible.

La Prevención de la enfermedad es fundamentalmente una actividad del campo médico destinada a los individuos o grupos de riesgo y dirigida *a reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas o las consecuencias de la enfermedad*. Su objetivo es mantener la salud. No conlleva una visión positiva de hacer progresar el estado de salud.

La Promoción de la Salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor *control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorarla*. Es el proceso de facilitar a la población el control de su salud.

El centro de gravedad de la PS es la comunidad: la comunidad es quien debe controlar la PS y un principio inherente a la PS es implicar a toda la comunidad.

La PS es la primera empresa *interdisciplinaria* en la salud que se siente completamente emancipada de la dominación de la medicina. La medicina tiene un papel en la PS, pero no es el principal, y la PS no toma su impulso en la medicina o el modelo médico. Comparten este área profesionales de la educación, científicos sociales, administradores públicos, planificadores, asociaciones, grupos comunitarios..etc

¿Y cuál es el camino para llegar a la PS? El camino es la PC. Para la PS es preciso que exista la PC.

La Participación Comunitaria es un proceso dinámico, en el cual los tres protagonistas de la comunidad (población, recursos técnicos y administración) persiguen el mismo objetivo: *Mejora de la calidad de vida de la población*.

Supone iniciar un proceso en el cual las personas se van capacitando para identificar sus necesidades, establecer prioridades, elaborar propuestas y contribuir a la toma de decisiones, entre otras las relacionadas con la salud (empoderamiento de la población).

Pero el elemento clave que une a la PS y la PC es desarrollar una conciencia colectiva y una acción comunitaria sobre la salud positiva. En pocas palabras: criticar el modelo de salud basado en el individuo y en la enfermedad sobre el que se ha organizado el sistema sanitario.

¿Cuál es la herramienta de la PC para llegar a la PS?: la Educación para la Salud (EpS).

La Educación para la Salud (EpS). Según la OPS/OMS puede definirse la EpS desde dos vertientes. Cuando se considera la EpS como un **fin** podríamos decir que consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud (individual, familiar y de la comunidad).

Por otro lado se puede considerar la EpS como un **medio** que contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades e implantar sus propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud.

La EpS está en el mismo corazón de la PS. No son nuevos conocimientos que se imparten, sino metodología: no es educación de la población, es educación con la población.

Hay una EpS hecha para su consumo inmediato, que mantiene el “status quo”. Según se engulle, se digiere y se evacua, es como la comida rápida. No aporta innovación, no aporta crítica. No nos sirve de herramienta para avanzar a través de la estrategia de la PC hacia la PS.

No cabe duda que una estrategia orientada al desarrollo de **Actividades Comunitarias (AC)** para la promoción de la salud supone una nueva modalidad de trabajo que precisa formación en Metodología en AC.

En nuestra opinión los principales factores que están influyendo para que no se estén llevando a cabo AC para la PS desde los Centros de Salud son:

- La falta de voluntad política, no priorizando el desarrollo de Actividades Comunitarias para la Promoción de la Salud.

- El exclusivo desarrollo de las funciones asistenciales por parte de los EAP.
- Un importante déficit de formación de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria en Metodología para el abordaje de las mismas.

Por todo lo anteriormente expuesto nos planteamos la necesidad de elaborar una propuesta para la implantación de Actividades Comunitarias como estrategia de Promoción de la Salud en los Centros de Salud, entendiendo que actualmente con los recursos disponibles, es viable.

PROPUESTA DEL PACAP sexmFYC PARA LA IMPLANTACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS COMO ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS CENTROS DE SALUD

OBJETIVO GENERAL

- Que se implanten las Actividades Comunitarias como estrategia de PS en los Centros de Salud de la Comunidad Autónoma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Que la Administración Sanitaria incluya las Actividades Comunitarias en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, según los criterios de evaluación previamente consensuados.
2. Que la Administración Sanitaria evalúe e incentive anualmente las Actividades Comunitarias, desarrolladas por los Equipos de Atención Primaria (E.A.P.).
3. Que se creen Unidades de Apoyo de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria (UAPS y PC) en cada Área de Salud.
4. Que se constituyan Grupos de Actividades Comunitarias en cada Centro de Salud, coordinados por las (UAPS y PC), para el desarrollo de las mismas según los criterios marcados.
5. Que se forme a los profesionales sociosanitarios de los E.A.P. en la Metodología básica sobre “Cómo iniciar Actividades Comunitarias desde un Centro de Salud.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR PARA LA IMPLANTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN LOS CENTROS DE SALUD

A continuación detallaremos aquellas intervenciones que consideramos imprescindibles se lleven a cabo desde la Administración Sanitaria Autonómica, como expresión de su decisión política para que se implanten las Actividades Comunitarias en los E.A.P.

Intervenciones desde la Administración Sanitaria Autonómica

ACTIVIDADES A CORTO PLAZO

- Evaluar e incentivar la Educación Sanitaria Grupal, ya recogida en la actual Cartera de Servicios, en el 2004; como estrategia de concienciación de los EAP sobre futuras exigencias de otras A.C.
- Incluir en la próxima edición de la Cartera de Servicios de AP los Criterios de Valoración de las Actividades Comunitarias previamente consensuados.
- Desarrollar un programa de formación en Metodología para iniciar Actividades Comunitaria en los EAP, dirigido a los profesionales sociosanitarios.

ACTIVIDADES A MEDIO PLAZO

- Evaluar e incentivar las A.C. en los EAP a partir del 2004.
- Crear Unidades de Apoyo de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria (UAPS y PC) en las distintas Áreas de Salud.
- Constituir Grupos de Actividades Comunitarias en cada Centro de Salud, coordinados por la UAPS y PC, para el desarrollo de las mismas según los criterios marcados.
- Planificar, Ejecutar y Evaluar Actividades Comunitarias, en las Zonas Básicas de Salud, que sigan los Criterios de valoración recogidos en la Cartera de Servicios.

Intervenciones desde el grupo PACAP sexmFYC

- Elaborar una estrategia de formación para facilitar la implantación de las Actividades Comunitarias.

- Aportar los criterios del PACAP semFYC para la evaluación de Actividades Comunitarias.

Esta actividad formativa estaría supeditada al cumplimiento por parte de la Administración Sanitaria de los tres primeros objetivos específicos.

ESTRATEGIA DE FORMACIÓN PARA LA IMPLANTACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Entendemos que esta actividad deberá ser impulsada por la Administración Sanitaria Autónoma.

Objetivo General

Que se formen a los profesionales sociosanitarios de los EAP para el abordaje de las actividades comunitarias

Objetivos Específicos

1. Diseñar un curso-taller para la formación de los profesionales sociosanitarios de los Equipos de Atención Primaria en Metodología de Actividades Comunitarias.
2. Que se organicen Cursos o Talleres dirigidos a cubrir las necesidades detectadas tras el primer nivel de formación.
3. Que se planifiquen Actividades Comunitarias en la Zona de Salud.

Actividades

1. Impartir los cursos-taller sobre metodología de Actividades Comunitarias que organice la Administración Sanitaria.
2. Desarrollar cursos-talleres dirigidos a cubrir las necesidades formativas detectadas.
3. Ejecutar Actividades Comunitarias en la Zona de Salud, previamente planificadas.

¿ A quién va dirigida la formación?

A los profesionales sociosanitarios de los EAP.

Tamaño del grupo

Deberán ser grupos medios de veinticuatro personas como máximo.

CONCLUSIONES

1. Es necesaria la existencia de una voluntad política de cambio en la reorientación de los servicios hacia la PS a través de la PC, según se proponía en la conferencia de Ottawa.
2. Consideramos fundamental, como expresión de la voluntad política, que la Administración Sanitaria Autonómica cree Unidades de Apoyo de PS y PC encargadas de la formación de los profesionales sociosanitarios, así como del seguimiento y evaluación de las AC llevadas a cabo por los distintos EAP.
3. El nexo de unión entre las Unidades de Apoyo de AC del Área de Salud y el EAP, será un Grupo de Actividades Comunitarias constituido en cada Centro de Salud, para el desarrollo de las mismas según los criterios marcados.
4. Consideramos necesaria la elaboración de un marco teórico, dirigido a profesionales sociosanitarios de APS, que sirva como guía para la organización y el abordaje de las actividades comunitarias.
5. Necesidad de desarrollar un programa de formación en Metodología sobre cómo iniciar actividades de Participación Comunitaria desde los Centros de Salud.
6. Es conveniente la elaboración de los proyectos educativos siguiendo unos mínimos criterios conceptuales y metodológicos, que aparezcan recogidos en la cartera de servicio de APS.
7. Es necesario el abordaje de las actividades comunitarias a través de un modelo participativo, en el que se implique a la población en la identificación y búsqueda de soluciones a sus problemas de salud.

ANEXO I

CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS

CRITERIOS CONCEPTUALES

1. Participación de otros recursos de la comunidad en el proceso de:
Identificación de Necesidades y/o Problemas de salud.
Priorización de las mismas.
Desarrollo de la Actividad.
Evaluación de la misma.
2. Concepción integral (biopsico social).
3. Las A.C. deben dirigirse a potenciar la autonomía y la capacitación personal y grupal, orientadas al incremento progresivo de poder a los ciudadanos y la comunidad (protagonismo personal y social).

CRITERIOS METODOLÓGICOS

4. Explicitación documental y definición de los objetivos.
5. Tenga en cuenta los problemas de salud y las prioridades de la comunidad.
6. Si se trabaja con grupos se debe potenciar el uso de metodologías que favorezcan el proceso grupal.
7. Que la evaluación incluya a la comunidad y se realice evaluación de proceso.
8. Actividad con continuidad en el tiempo.
9. Grado de implicación de los profesionales del equipo.

CRITERIOS ESTRATÉGICOS

10. Intersectorialidad.
11. Implicación del ámbito institucional.
12. Dinamización de nuevo tejido social.
13. Creación de órganos permanentes de coordinación.
14. Actividades innovadoras.

CRITERIOS PARA VALORAR LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Partiendo de la **definición de actividad comunitaria** como “... *toda aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades*”, se han considerado 14 criterios que se enumeran y describen mas abajo

Los criterios de valoración de AC se han clasificado en cuanto a sus características, en **conceptuales, metodológicos y estratégicos**.

CRITERIOS CONCEPTUALES.

Por sus mismas características los criterios conceptuales no pueden considerarse sin más como “cumplidos o no cumplidos”, sino que marcan una orientación que entendemos es inherente a la “buena práctica” comunitaria. Todos los criterios conceptuales están considerados como **básicos** y, aunque no será obligado que se cumplan todos ellos, una AC debe “ir en la línea” de la mayoría de ellos para ser valorada en sentido positivo.

1. **Participación de otros recursos de la comunidad en el proceso.** Que haya algún grado de implicación de la comunidad en la identificación y priorización de problemas, en el desarrollo de la actividad y en la evaluación de la misma. Se parte de la base de que la realización de AC requiere la implicación de otros recursos comunitarios, tales como profesionales de otros servicios, representantes del tejido asociativo y ciudadanos. Ello implica que no es suficiente con intervenciones que se planifican y ejecutan exclusivamente por los profesionales y que el término participación no se refiere a la mera recepción de prestaciones.
2. **Concepción integral (bio psico social).** El abordaje de un problema o necesidad de salud habrá de tener en cuenta sus determinantes psicosociales, tanto en el análisis de la necesidad como en el planteamiento de la intervención.
3. Las actividades comunitarias deben dirigirse a potenciar la autonomía y la capacitación personal y grupal, orientadas al incremento progresivo de poder a los ciudadanos y la comunidad, (protagonismo personal y social).

CRITERIOS METODOLÓGICOS

De los criterios metodológicos, los dos primeros (4 y 5) son considerados básicos y todos los restantes convenientes.

4. **Explicitación documental y definición de objetivos.** Se considera que las AC deben tener definidos sus objetivos, y estar explicitados en un documento escrito, por somero que sea. De hecho este criterio está implícito, por ejemplo en las Bases de los Premios puesto que siempre se presentan por escrito, e igualmente al cumplimentar el cuestionario de inscripción a la RAC. Por este motivo este criterio no forma parte de la ficha de valoración de proyectos que utilizamos en el Jurado de los premios PACAP.
5. **Tenga en cuenta los problemas de salud y las prioridades de la comunidad.** Las AC se realizarán para actuar sobre problemas de salud y/o en respuesta a demandas surgidas de la comunidad; debe justificarse la necesidad de la actividad emprendida y explicitarse el proceso que se ha seguido para valorar las prioridades. Se considerará aceptable que en los comienzos de una AC, según circunstancias locales concretas, pueda no cumplirse este criterio, pero debe poder evolucionar en este sentido a medida que se consolida y desarrolla, puesto que la pertinencia de las actividades comunitarias debe quedar bien establecida.

El resto de criterios se han considerado convenientes:

6. **Si se trabaja con grupos se debe potenciar el uso de metodologías que favorezcan el proceso grupal.** Las metodologías grupales empleadas se orienten a la reflexión y análisis, búsqueda de respuestas y alternativas que faciliten los procesos de cambio, en un proceso grupal de aprendizaje que tiene sus características, y que debe ser cuidado por los profesionales que lo implementen.
7. **Que la evaluación incluya a la comunidad y se realice evaluación del proceso.** Se deriva del criterio número 1. Se refiere a que la valoración (evaluación) de la AC no se realice sólo desde la visión de los profesionales, sino que se recoja la de los participantes. Se relaciona también con la evaluación del proceso y con la idoneidad de las metodologías cualitativas para recoger esta evaluación, sin que esto signifique en absoluto que se ignoren los resultados y la efectividad, sino mas bien que se haga desde la doble perspectiva de la comunidad y los profesionales.
8. **Actividad con continuidad en el tiempo.** Se prefiere la continuidad de una AC mientras persistan las necesidades que la dieron lugar, aunque muchas son las circunstancias que dificultan la continuidad de las AC, muchas de ellas no imputables a los profesionales y los ciudadanos que las han hecho posibles.
9. **Grado de implicación de los profesionales del equipo.** La mayor participación (directa o indirecta) de profesionales del equipo de atención primaria para la realización de actividades comunitarias es una condición

favorable para que se desarrollen con éxito, tengan continuidad y sean consideradas como una actividad más del centro de salud.

CRITERIOS ESTRATÉGICOS

Todos los criterios de este apartado se consideran convenientes. Muchos de ellos dependerán de las características del proyecto y de las circunstancias locales.

- 10. Intersectorialidad.** Se refiere a la conveniencia de la implicación de otros sectores y/o instituciones tales como servicios sociales, ayuntamientos, grupos de atención a poblaciones específicas, sector educativo, organizaciones no gubernamentales, etc.
- 11. Implicación del ámbito institucional.** Es conveniente para el desarrollo y continuidad de las AC que se impliquen las instituciones (Gerencias y Direcciones, Ayuntamientos...) en su desarrollo, haciéndolas también suyas.
- 12. Dinamización de nuevo tejido social.** Como resultado de la AC, creación de grupos, asociaciones, o potenciación de los existentes y de la coordinación entre ellos.
- 13. Creación de órganos permanentes de coordinación.** Para consolidar la participación en las actividades del tejido asociativo y la coordinación intersectorial, conviene la creación de órganos o Comisiones estables de coordinación.
- 14. Actividades innovadoras.** Innovación en cuanto a áreas de actuación, en metodologías, etc. Este criterio se considera pertinente en la valoración de proyectos para los Premios. La innovación se considera como un “plus”, nunca por encima de la falta de otros criterios básicos.

BIBLIOGRAFÍA

Turabián J. L. *Participación comunitaria y salud: manteniendo el sentido de la proporción*. Atención Primaria 1993; 1:48-51.

Turabián J. L. *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud*. Madrid, Díaz de Santos, 1992.

Navarro V. *La sanidad española requiere una reforma profunda*. Salud 2000.1991; 32: 4-8.

Álvarez-Dardet C., Colomer C. *El movimiento de ciudades sanas*. Med Clin (Barc) 1991; 97: 139-141.

Turabián J. L. *Participación comunitaria en Atención Primaria de Salud: ¿amigo o enemigo?* Atención Primaria 1991; 8:147-148.

PACAP semFYC Comité Permanente. *Criterios de valoración de Actividades Comunitaria*. Madrid. Abril 2000.

Pérez-Franco B., Turabián J. L., Magaña E., Manzano J., Fernández L., Juárez M. *Factores asociados a la participación comunitaria en la atención primaria de la provincia de Toledo*. Atención Primaria 1993; 6: 47-51.

De Luis L. M., Martínez F. J. *La educación para la salud en nuestro país. Apuntes para una perspectiva psicodinámica*. Atención Primaria 1994; 1: 77-82.

“Desarrollo de la Educación para la Salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura en el ámbito escolar”

JESÚS MIGUEL GARCÍA ORTIZ

*Jefe de Sección de Promoción de la Salud y Educación Sanitaria
de la Dirección de Salud del Área de Cáceres*

INTRODUCCIÓN

La Educación para la Salud (EpS) es reconocida como una importante herramienta de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad. Esta consideración no es nueva pues en los aspectos vinculados con la salubridad e higiene contamos con muchos testimonios a lo largo de la historia.

La evolución de la prevención y de la educación sanitaria ha ido evolucionando paralelamente en gran medida a los problemas de salud y los avances sociales y tecnológicos tal y como se expone a continuación.

Problemas de Salud a través de la Historia	
Periodos Históricos	Situación del conocimiento
Antes del Siglo XIX: - Grandes epidemias y enfermedades infecto-contagiosas agudas - Grandes carencias nutricionales	Insuficiencia para explicar las causas naturales de la enfermedad y sus mecanismos de producción.
Siglo XIX: Cambios en el sistema social: La Revolución Industrial. - Desarrollo de las enfermedades infecto-contagiosas crónicas - Distribución desigual de los alimentos - Hacinamientos urbanos	Aparición de la higiene social y se sientan las bases de la prevención y la epidemiología.
Siglo XX: Extensión de las enfermedades sociales, tanto infecciosas como no infecciosas con origen en: - Estilos de vida no saludables - Problemas Medioambientales - Problemas demográficos	Desarrollo del conocimiento científico y de la ciencia médica. Modelos ecológicos y biopsicosocial de la salud. Impulso de la sanidad internacional

(*) Adaptado de Colomer C. y Álvarez Dardet C. 2000.

La evolución en general del concepto de salud y medidas sanitarias puestas en marcha para mejorarla a lo largo de la historia siguen el esquema expuesto anteriormente, que partiendo desde el S XIX de un modelo biomédico, evoluciona a partir de la segunda mitad del S.XX hacia un nuevo modelo de comprensión del fenómeno salud-enfermedad: el modelo biopsicosocial. En este sentido, es significativa la definición que con carácter integral hace la Organización Mundial y de la Salud en 1.948 al considerarla como la situación de bienestar físico, mental y social y no únicamente a la ausencia de enfermedad, cuestión conceptual esta que va a condicionar en gran medida las actuaciones a poner en marcha para su atención y cuidados.

La Educación para la Salud en nuestro país también ha sufrido cambios importantes pasando por una serie de etapas, las primeras de las cuales se centran en una educación sanitaria desde un punto de vista higienista tendente a prevenir enfermedades que podríamos centrar en el último tercio del siglo XIX, a partir del cual el modelo pedagógico sufre cambios importantes impulsado por tres corrientes principales: religiosas, políticas -movimientos obreros en muchos casos- y sanitarias: La Escuela Moderna de Ferrer y Guardia, la Institución Libre de Enseñanza en España en 1876, influencia pedagógica de María Montessori (1907).

Una segunda etapa surge a partir de los años 70, con las Escuelas de Verano de Rosa Sensat en Barcelona, influenciada por movimientos sociales como Mayo del 68, las nuevas crisis económicas etc., aunque lo que cobra una importancia cada vez mayor es la ecología y con ella la introducción de un estilo pedagógico activo que promovía un aprendizaje significativo según la propuesta de Ausubel.

I. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EXTREMADURA

Etapas

Del estudio descriptivo desarrollado en recopilación, análisis y procesamiento de los datos llevados a cabo en el Trabajo de Investigación en la Universidad de Extremadura, podemos contemplar varios acontecimientos en nuestra Comunidad Autónoma:

- Etapa Previa a la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE): Se caracteriza por intervenciones de carácter higienista centradas especialmente en campañas sanitarias como son las campañas antituberculosas, zoonosis etc.
- Etapa de las Reformas Sanitaria y Educativa y la nueva A partir de los años 80, se producen una serie de acontecimientos fundamentales como son la Reforma

Sanitaria plasmada en la Ley 2/86 General de Sanidad y la Reforma Educativa: Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).

- La LOGSE, especifica ya en su artículo 1.a: El Sistema Educativo Español, fundamentándose en la Constitución y en la Ley Orgánica 8/85 reguladora del Derecho a la Educación, se orientará a la consecución del pleno desarrollo de la personalidad del alumno, para añadir en su artículo 3 que la actividad educativa se desarrollará atendiendo al principio de fomentar una educación integral del individuo en conocimientos, destrezas y valores en todos los ámbitos de la vida.

A tal fin incorpora las denominadas Materias Transversales, entre las que destaca por su importancia y sensibilidad social la Educación para la Salud.

- Ley General de Sanidad (Ley 14/86 General de Sanidad) plantea una reforma sanitaria basada en la creación de un Sistema Nacional de Salud en el que destacan los siguientes principios generales: Actuación prioritaria hacia la Promoción y Prevención de la salud, cobertura universal, concepto integral de la salud que incluye aspectos de prevención, promoción, educación sanitaria, asistencia, rehabilitación y reinserción. Todo ello tomando como eje principal la Atención Primaria de Salud y la participación comunitaria.

El Estatuto de Autonomía de Extremadura (Ley Orgánica 1/1983, de 25 de febrero), establece en su artículo 8.6 las competencias en Sanidad e Higiene y establece una nueva distribución territorial del Estado en base a Comunidades Autónomas.

- Ley de Salud Escolar (LSE): La Junta de Extremadura aprueba la una Ley de Salud Escolar con objeto de desarrollar actuaciones de promoción y EpS en dicho ámbito mediante la puesta en marcha de un Programa de Salud Escolar.

En concreto esta iniciativa legislativa aprobada por la Asamblea de Extremadura recoge la aprobación de las siguientes leyes de Decretos:

- Ley de Salud Escolar (Ley 2/90 de 26 de abril de 1990).
- Decreto 23/91 de 20 de marzo por el que se aprueba el Reglamento de Salud Escolar.
- Decreto 27/91 de 20 de marzo por el que se regulan los requisitos sanitarios y la inspección sanitaria en centros escolares y su entorno.
- Decreto 28/1991, de 20 de marzo, por el que se crea la Comisión Técnica.

Para su desarrollo se firma un Convenio entre el Ministerio de Educación y la Junta de Extremadura para promover la Educación para la Salud en el ámbito educativo.

- Las Transferencias Sanitarias y la Ley de Salud de Extremadura (Ley 10/2001 de Salud de Extremadura) que contempla la creación de un Servicio Extremeño de Salud que integra las actividades y prestaciones en el triple campo de la promoción y protección de la Salud, prevención de la enfermedad, asistencia y rehabilitación. En su título II establece que el Plan de Salud de Extremadura constituye su herramienta estratégica de planificación y coordinación de las actividades referidas tanto en el sentido de la promoción y protección de la salud como en el de la asistencia.

Actividades desarrolladas

Así pues, observamos que en el desarrollo de una Educación para la Salud en Extremadura va a jugar un papel fundamental las reformas referidas a nivel Estatal, y a sobre todo como detonante a nivel Autonómico la Ley de Salud Escolar.

En base a la citada LSE, y como elemento impulsor en este campo tiene especial relevancia la constitución de la Comisión Técnica de Educación para la Salud creada mediante Decreto 28/91 de 20 de marzo como órgano asesor, consultivo y coordinador adscrito a la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura. En la misma están representadas las Administraciones Educativas, Sanitarias, Universidad, así como las principales asociaciones relacionadas con la salud, en particular las Federaciones de padres/madres de alumnos.

Entre las funciones de la Comisión Técnica de Educación para la Salud están aspectos relativos con la integración en el currículo escolar, coordinar las actuaciones de EpS emanadas de las Administraciones Educativas y Sanitarias competentes, asesoramiento en esta materia, promocionar estudios e investigaciones y emitir informes técnicos.

Las líneas de actuación se van a centrar fundamentalmente en:

- Integración de la Educación para la Salud en el currículo escolar.
- Formación de profesionales docentes y sociosanitarios.
- Elaboración de Materiales.
- Desarrollo de Proyectos.

Partiendo de estos fundamentos legales, se crean estructuras funcionales y orgánicas (Inspecciones Médico Escolares), así como figuras responsables (Coordinador del Programa de Salud Escolar), que van a facilitar el desarrollo de un Programa de Salud Escolar en el que va a ir cobrando especial importancia EpS.

Las principales actividades puestas en marcha en base al referido programa, están recogidas en el siguiente cuadro 1.

- A) Actividades informativas y de divulgación que se plasman en elaboración de folletos, programas de radio, I Jornadas de EpS, Concursos Escolares, encuentros transfronterizos etc.
- B) Las Actividades Formativas fundamentalmente de los sectores Educativos y Sanitarios se dirigen tanto a la formación inicial como a la formación continuada de profesionales. Durante estos años los Planes Provinciales de Formación del entonces Ministerio de Educación y Ciencia van a incorporar actividades de Educación para la Salud en todas sus convocatorias.
- C) Los Proyectos: En 1992 se inicia la subvención al desarrollo de intervenciones innovadoras en EpS a desarrollar mediante el trabajo conjunto de Centros Educativos, Centros de Atención Primaria de Salud y Comunidad.
- D) La elaboración de materiales curriculares y no curriculares: libros, guías didácticas, videos, diapositivas etc.

Durante esta época, la buena coordinación y colaboración entre las Administraciones Educativas, en esa época aún no transferidas y la Administración Sanitaria propicia el trabajo conjunto en la formación de profesionales docentes y sanitarios de manera integrada.

CUADRO 1. ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	TIPO	DESTINATARIOS
INFORMATIVA	Jornadas	Población General
	Medios de Comunicación	Docentes
	Publicaciones	Sociosanitarios
		Padres
FORMATIVA	Formación Inicial	Alumnos de la E.U. de F.del Profesorado E.G.B.
		Alumnos de E.U. de Enfermería
		Alumnos de E.U. de T. Sociales
	Formación Continuada	Sociosanitarios
		Mixta
		Padres
PROYECTOS	Inclusión de la EPS, en el PEC	Docentes
		Sociosanitarios
	Elaboración de materiales	Padres
ELABORACIÓN DE MATERIALES	Libros Folletos Material audiovisual Unidades didácticas	Docentes
		Sanitarios
		Comunidad en general
		Padres

A. Actividades Informativas

Dichas actividades pretenden informar a la población y en cierta medida sensibilizar sobre problemas de salud y factores de riesgo. Por reseñar alguna de las intervenciones llevadas a cabo citaremos:

- Elaboración de material informativo impreso: folletos, guías didácticas, libros, carteles etc. de distribución principal en colegios y centros sanitarios.
- Elaboración de materiales audiovisuales como recursos de apoyo a intervenciones educativas: videos, diapositivas.
- Organización de Jornadas: I Jornadas de Educación para la Salud.
- Participación en Conferencias Internacionales. Conferencia Europea del Escorial, Conferencia Europea de Escuelas Promotoras de Salud en Granada.

- Organización en Cáceres por parte de la Unión Europea, Ministerios de Educación, de Sanidad y Consejería de Bienestar Social de la Conferencia Europea de Escuelas Promotoras de Salud en Cáceres.
- Participación en el Programa CINDI de la Organización Mundial de la Salud en Grandola y Setubal (Portugal).

B. Actividades Formativas

Las actividades formativas llevadas a cabo durante el periodo 1992-2002 son las siguientes.

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL PROFESORADO 1992-2002				
TIPO	ACTIVIDAD	Periodo 1992-2002		
		Nº CURSOS	HORAS	ALUMNOS
F. CONTINUADA DOCENTES	Cursos Básicos	20	620	712
	Cursos Específicos	111	3.278	3.420
	Otros	6	180	200

Si bien la puesta en marcha de una Reforma Educativa que da especial importancia a la educación en valores, y en particular a la Educación para la Salud a través de su integración transversal en las distintas áreas, pronto se va a poner de manifiesto la contradicción que supone la falta de formación en este sentido en los programas formativos de los profesionales de la educación y de la salud con la obligatoriedad de integrar estas actuaciones en sus respectivos ámbitos de trabajo.

Conscientes de esta situación se empiezan a realizar actividades conjuntas entre la Consejería de sanidad y las Escuelas Universitarias de Formación del Profesorado, Enfermería y Trabajadores Sociales para cubrir en parte la carencia referida.

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN INICIAL. ESCUELAS UNIVERSITARIAS				
TIPO	ACTIVIDAD	Periodo 1992-2002		
		Nº CURSOS	HORAS	ALUMNOS
F. INICIAL	E. U. Formación del Profesorado	16	510	432
	E. U. Enfermería	14	390	517
	E. U. T. Sociales	5	90	180

- **Formación Especializada:** La progresiva implantación de la EpS, fundamentalmente en centros educativos y la constatación de la demanda social en este sentido, impulsa a la administración sanitaria a valorar la opción de desarrollar una estrategia de expansión que conlleve la progresiva incorporación de los profesionales sociosanitarios en dicha tarea.

Para llevarlo a cabo se considera como punto de arranque la organización de un Master de Educación para la Salud en la Comunidad Autónoma como actividad formativa destinada a la cualificación de aquellos profesionales mas directamente implicados en las tareas de Promoción y Educación de la Salud: Técnicos de Programas, Profesionales Sociosanitarios de Atención Primaria de Salud y Profesionales docentes.

A lo largo del mismo se pretende que estos profesionales estén capacitados para diseñar, ejecutar y evaluar planes, programas y cualquier otra actuación de Educación para la Salud, así como llevar a cabo actividades de formación de otros profesionales y técnicos.

En síntesis, se pretenden los objetivos siguientes:

- Potenciar la incorporación de la Educación en los diferentes ámbitos.
- Capacitar a los profesionales Sociosanitarios y docentes en el diseño, ejecución y evaluación de Planes y Programas de Educación para la Salud.
- Formar técnicos para que posteriormente desarrollen la labor de “formador de formadores en Educación para la Salud”.
- Diseñar y elaborar (como fase práctica del mismo) un Proyecto de intervención en Educación para la Salud, adaptado a nuestra realidad, factible de poner en marcha en la Comunidad Autónoma.

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA MÁSTER EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD				
TIPO	ACTIVIDAD	Periodo 1992-2002		
		Nº CURSOS	HORAS	ALUMNOS
ESPECIALIZADA	Máster en Educación para la Salud	1	600	40

A las actividades formativas habría que añadir aquellas llevadas a cabo desde otros Planes y Programas de la propia Consejería de Sanidad y Consumo, como el

Plan Integral sobre Drogas (PID), el Programa de la Mujer a través de sus Centros de Planificación Familiar y Consultas Jóvenes), o desde otras Consejerías de la Junta de Extremadura como el Plan Integral de Juventud entre otros.

Podemos destacar la colaboración con el PID en temas como la prevención del Sida y otros problemas derivados de adicción a sustancias. Este tipo de colaboración ha integrado a distintas asociaciones y organizaciones como las Universidades Populares.

C. Desarrollo de Proyectos

Una actuación que viene a apoyar y complementar las actividades de EPS se plasma en la convocatoria de Proyectos de Educación para la Salud por parte de la Consejería de Sanidad y Consumo, entendiéndose como Proyecto aquella intervención social planificada limitada en el tiempo a un curso académico.

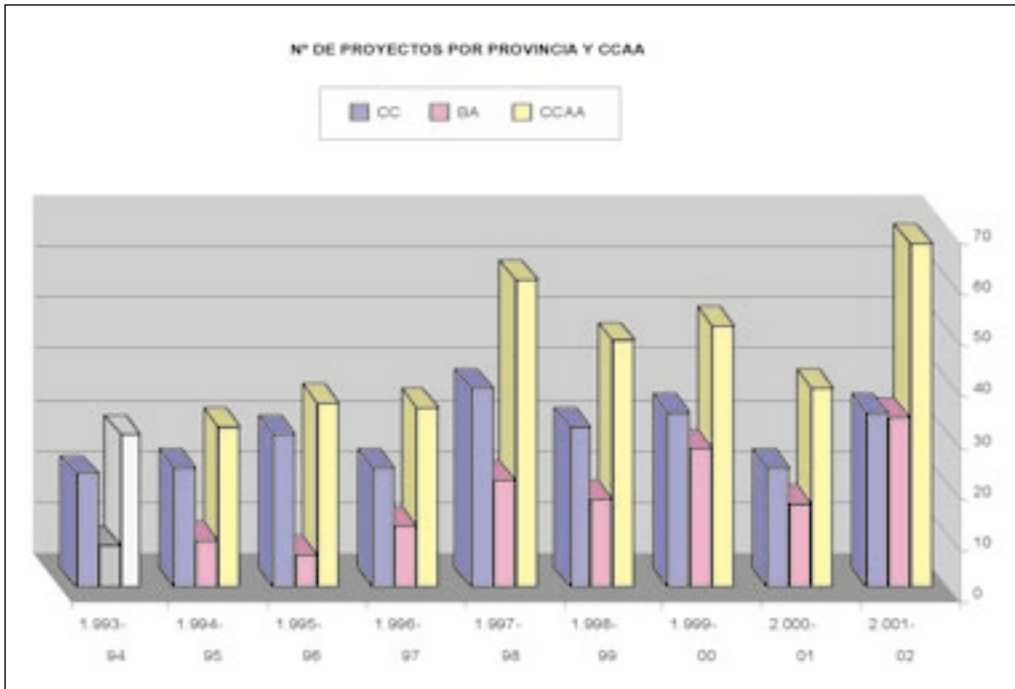
La Consejería de Sanidad y Consumo inicia el apoyo y subvención a la realización de Proyectos durante el Curso escolar 1992-93 continuando en la actualidad.

Dichas intervenciones tienen un marcado carácter comunitario al surgir desde la base, contextualizados y con una filosofía multidisciplinar donde docentes, sanitarios, trabajadores sociales y comunidad colaboran en la puesta en marcha de actuaciones de Promoción de la Salud en su entorno.

En este sentido, las convocatorias plantean los siguientes objetivos:

- Impulsar la incorporación de la EpS en el Proyecto Educativo de Centro, Proyecto Curricular y Programaciones de Aula.
- Fomentar la coordinación y trabajo conjunto por parte de todos los miembros de la comunidad educativa.
- Implicar en las actividades de Promoción de la Salud a los profesionales sociosanitarios de la Zona en colaboración con los docentes y asociaciones, especialmente de padres/madres de alumnos existentes en la misma.
- Implicar en las actuaciones promotoras de salud objeto de la subvención a las corporaciones locales.
- Llevar a cabo la elaboración de materiales de apoyo a la EPS, destinados a docentes, sanitarios, padres etc.

Desarrollo de Proyectos por provincias y Comunidad Autónoma. Periodo 1993-2004.



II. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

La configuración de un nuevo modelo sanitario. Nuevas oportunidades en Promoción y Educación para la Salud.

En la actualidad se han producido una serie de acontecimientos en nuestra Comunidad Autónoma que deberían facilitar el desarrollo de la Educación para la Salud para pasar a ocupar un papel relevante en política sanitaria de la Comunidad Autónoma Extremeña.

Entre ellos destacamos:

- La asunción de competencias sanitarias por parte de la Junta de Extremadura.
- La publicación de la Ley de Salud de Extremadura.
- La creación del Sistema Extremeño de Salud como órgano prestador de asistencia, pero donde también se integra la salud pública, prevención, promoción y educación para la salud.

- La organización por Áreas de Salud consideradas estas como la estructura básica del Sistema, constituyendo el marco fundamental para el desarrollo de los Programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.
- La creación de las Direcciones de Salud como órgano encargado del desarrollo e implementación de actividades de Salud Pública, Prevención, Promoción y Educación para la Salud en el ámbito territorial del Área.
- La asunción de competencias en materia Educativa.
- La asunción de competencias en materia de empleo, formación y coberturas sociales.
- El desarrollo de los distintos Planes de Salud (anexo).

A esto podríamos añadir una serie de consideraciones que deberíamos tener en cuenta a la hora de valorar e impulsar la Salud Pública y la Promoción y Educación para la Salud en particular en la atención a la salud en nuestra Comunidad Autónoma.

- El constante incremento del coste asistencial y farmacéutico.
- La limitación de las actividades asistenciales en el control de problemas actuales como son el SIDA, drogodependencias, alcohol y tabaco en particular.
- La continua demanda de una sociedad en los aspectos preventivos.
- La concepción de una atención integral al ciudadano.

CONCLUSIONES

La nueva distribución territorial y organizativa que se ha implantado en Extremadura tras la asunción de competencias asistenciales del Insalud puede ser contemplado como oportunidad para la implantación de un modelo integral de atención a la salud que no se limite a intervenciones asistencial-reparadoras.

El desarrollo de políticas preventivas llevadas a cabo con carácter de rigor científico-metodológico y evaluables de Promoción y Educación para la Salud como faceta complementaria a la asistencial debe suponer una contribución efectiva y eficiente en el uso de los recursos.

Para un correcto desarrollo debe contemplarse no solo la incorporación de objetivos y actuaciones definidas en los Planes de Salud, sino también dotar de los recursos y estructuras necesarias para hacer realidad los fines marcados.

Aspectos como la formación de profesionales, la creación de estructuras estables, la participación comunitaria, la investigación, o aspectos mas concretos como su inclusión en cartera de servicios son elementos que apoyarían en gran medida el desarrollo de esta parte fundamental de atención a la salud como es la Educación para la Salud en todos sus niveles de prevención potenciando la efectividad y eficiencia del sistema sanitario en el cuidado de la salud de los ciudadanos de nuestra Comunidad Autónoma.

En definitiva se debería contemplar aspectos relativos a la Salud Pública, prevención y promoción de la salud a que hace referencia el documento Salud 21 de la Oficina Regional de la OMS para Europa recomendando la mejora y modernización de los recursos e infraestructuras en salud publica proponiendo un análisis de estrategias más amplias a favor de la salud y la creación de redes innovadoras de actuación entre los diferentes agentes: gobiernos, educadores, profesionales sanitarios, investigadores, ONGs etc. Entre esas redes podemos citar las Redes de Regiones por la Salud, Red de Escuelas Promotoras de Salud, Hospitales, Proyecto CINDI etc.

Dichas redes las podemos contemplar como redes “macro”, aunque las redes “micro” mas cercanas a nuestra realidad y al ciudadano, pero sin dejar de tener conexión con las anteriores, pueden jugar un efecto importante y continuado en la mejora de la salud en poblaciones concretas, cuya suma redundará en el una mejora de la salud y bienestar global de toda la comunidad.

REFERENCIAS

Colomer Revuelta, C. y Álvarez Dardet C. (2000): *Promoción de la Salud y Cambio Social*. Barcelona: Masson.

La Educación para la Salud en las Enseñanzas no universitarias, G^a Jiménez, M^a Teresa. Revista de Investigación e Innovación Educativa. Tarbiya. Universidad Autónoma de Madrid. Instituto de Ciencias de la Educación.

García Ortiz, J.M. (2002): *Estudio de la interacción de dos Subsistemas Sociales, el Sistema Educativo y el Sistema de Salud, en Extremadura durante 10 años de LOGSE*. Trabajo de investigación presentado en el Dpto. CC Experimentales y M. de la Facultad de Formación del Profesorado de la Universidad de Extremadura.

Materias Transversales. Educación para la Salud. Nieda J. y otros “*Cajas Rojas*” de la *Reforma Educativa*. En esta obra la autora explica y ejemplifica la incorporación de la EpS en los currículos escolares en sus distintas etapas y ciclos en cada una de las áreas.

Master de Educación para la Salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Diseño, Planificación y Coordinación sanitaria y educativa: García Ortiz, J.M. (Consejería de Bienestar Social) y Corrales Vázquez, J.M. (Universidad de Extremadura).

Fuente: Elaboración propia.

Salud 21. Salud para todos en el Siglo XXI. OMS. Europa.

ANEXO I

Plan de Salud 2001-2004. Objetivos y Estrategias en Educación para la Salud

Para el año 2004 se habrá elaborado e implantado un programa regional de educación para la Salud, que contemple todos los niveles y ámbitos de la misma, establezca prioridades educativas en materia de salud y promueva la introducción de la EpS en los planes y programas sociosanitarios y educativos.

- Establecimiento de prioridades educativas de salud a corto, medio y largo plazo.
- Promoción de la introducción de la EpS salud en el resto de planes y programas sociosanitarios y educativos.
- Desarrollo y fomento de estudios de investigación en el campo de la educación para la salud, tanto en metodología como en técnicas e instrumentos.
- Aumentar la coordinación de las instituciones implicadas en la EpS.
- Desarrollo y potenciación de la Escuela de Salud de y su servicio de documentación, biblioteca e información.
- Realización de Congresos, Jornadas y Seminarios transfronterizos de EpS, con objeto de dar a conocer experiencias y favorecer el encuentro de los profesionales que vienen trabajando en educación para la salud.
- Creación de la Red Extremeña de Escuelas Promotores de Salud () en el marco de las redes Europea y española.
- Elaboración de materiales didácticos de educación para la salud, dirigidos a profesionales para su aplicación en el aula, en el centro de atención primaria, en el medio laboral, en el centro social y en la comunidad en general.

- Para el año 2004, se habrán elaborado estudios y encuestas sobre los hábitos y estilos de vida relacionados con la salud en la población de Extremadura (niños, jóvenes, adultos y **mayores de 65 años, según sexos**).
- Elaboración de estudios sobre los hábitos y estilos de vida de la población extremeña por tramos de edades y sexos.
- Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, se mantendrá la educación para la salud en los planes de formación universitaria de los profesionales sanitarios y otros agentes implicados en la educación.
- Desarrollar la educación para la salud, en el currículo de formación académica de los profesionales sociosanitarios, docentes y de aquellos relacionados con la salud individual y colectiva.

BIBLIOGRAFÍA

Memorias de Salud Escolar.

Salud para todos en el Siglo XXI. Documento Salud XXI. OMS Europa.

Promoción de la Salud y Cambio Social. Colomer Revuelta y Álvarez Dardet, C. Barcelona. Masson.

Trabajo de Investigación “Interacción de subsistemas educativo y salud durante 10 años de LOGSE en la Comunidad Autónoma Extremeña. García Ortiz, J.M. UEX.

Ley 10/2001 de Salud de Extremadura. Consejería de Sanidad. Junta de Extremadura.

Plan de Salud de Extremadura 2001-2004.

Ley de Salud Escolar y Desarrollo Normativo. Legislación sobre Atención Primaria de Salud. Consejería de Sanidad. Junta de Extremadura.

Ley Orgánica General del Sistema Educativo. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid. 1990.

Educación para la Salud. Materias Transversales. Cajas Rojas. Ministerio de Educación y Ciencia.

COMUNICACIONES EN LA
MESA DE ÁMBITO EDUCATIVO

“¿Qué es y qué no es la Educación para la Salud?”

MERCHÁN FELIPE, M. N.*; GALINDO CASERO, A.*; ROJO DURÁN, R.*;
RODRÍGUEZ ARIAS, C.*; GARVI GARCÍA, M.*; GARCÍA RETAMAR, S.*;
VILLA ANDRADA, J. M.*; TERÁN SOMAZA, R. M.**

**Diplomada/o en Enfermería por la Universidad de Extremadura*

***Licenciada en Biología y Veterinaria*

INTRODUCCIÓN

En la cultura occidental, la vida del hombre está ampliamente marcada por una *preocupación constante por la salud, el bienestar y la educación*, imperando un discurso sobre la promoción y educación para la salud, respondiendo más al cambio de mentalidad de una sociedad que a una moda (1).

En este discurso, la forma de entender y, por tanto, definir la Educación para la Salud (EpS) es *variable* y está influida por la suma de interpretar la *educación* y la *salud* (2). En este sentido, Greene y Simons-Morton, tras señalar que existen tantas definiciones de EpS como profesionales dedicados a ella, indica la dificultad de encontrar una definición comprensiva, ecléctica y satisfactoria (3).

Esta dificultad no debe impedir, sin embargo, la consideración de algunas definiciones, que ayuden a comprender un concepto tan complejo como el de EpS.

Por tanto, antes de definir este constructo de educación para la salud, es necesario abordar algunas consideraciones en cuanto a educación y a salud.

Para llevar a cabo este estudio, los **objetivos** que nos hemos planteado han sido:

- Exponer el carácter dinámico, variable y multidimensional de los conceptos de educación y salud, a partir de los diferentes referentes teóricos seleccionados.
- Mostrar la complejidad del constructo “*Educación para la Salud*”.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo de *análisis conceptual* está basado en los datos obtenidos tras una sistemática revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos consultadas: CUIDEN, ENFISPO, Base de Datos de la Escuela de Enfermería de Cáceres y CUIDATGE. Aportándonos una visión histórico-sociológica y antropológica, lo que nos ha permitido establecer un hilo conductor a lo largo del tiempo sobre que es y que no es Educación para la Salud.

RESULTADOS

1. En torno al concepto de Educación

La educación aparece con el hombre, y ha ido modificándose este concepto a lo largo del tiempo que en la sociedad se perfilaba el ideal de ser humano que se quería formar (4).

La educación dura toda la vida. Se trata de un proceso que se inicia con el nacimiento y acaba con la muerte. El ser humano mientras esté vivo y tenga conciencia tiene necesidades de aprendizaje. (5).

La educación afecta a todos los aspectos de la persona. Hay que comprender y aceptar la realidad global bio-psico-social y cultural del hombre. La misma conducta saludable que queremos que adopte la persona será muy distinta a la hora de presentarla a una persona u otra, teniendo en cuenta su estado físico, psíquico, social, nivel intelectual, actitud, creencias y motivación. (5).

La educación es un proceso interno-externo. El término educación se conjuga en latín como *educere* (sacar a la luz) y *educare* (alimentar, nutrir). Este doble proceso medio-ambiental (desde fuera) y desarrollo de las potencialidades (desde dentro) puede ser sofocado si los conocimientos impuestos desde fuera no se comprenden.

Si abordamos los modelos educativos, vemos que históricamente, el enfoque tradicional ha sido de arriba-abajo, de actitud pasiva para el educando, y el educador es el que habla, prescribe, sabe, es el sujeto, y el educando es el disciplinado, que escucha, el que recibe el contenido, el que no sabe, el objeto, y caracterizado por centrarse en la persona y en las conductas. Los modelos modernos se caracterizan por estrategias de cambio de abajo-arriba, centrados en los determinantes de las conductas más que en ella mismas (5).

El concepto actual de educación guarda un gran paralelismo con los conceptos de promoción y educación para la salud, por tener entre sus objetivos: *capacitar a los*

individuos para tenerse a sí mismos, al conocer sus posibilidades y sus limitaciones; lo que les facilita el poder tomar decisiones, y proyectarse hacia el mundo social de manera constructiva. Esta es la misma idea que subyace en el concepto de *empowerment* al que se hace referencia en promoción y educación de la salud; cuya meta es dar poder a las personas para el control de su propia salud (6).

Así, revisando diferentes definiciones de educación se observa, que primero fue concebida como una *instrucción en normas* para garantizar la estabilidad del grupo humano. Después, como un *proceso de desarrollo personal*, y más tarde, además, como un *proceso de adaptación al entorno social* (7,8)

Precisamente por ir acompañando a un ideal de vida y un proyecto de sociedad, *la educación no se restringe a una mera transmisión de conocimientos objetivos o de destrezas prácticas.* Ha de tenerse en cuenta el desarrollo de las capacidades físicas, psíquicas y sociales. Además de considerarse en el proceso educativo que los valores establecidos socialmente no son estáticos e incuestionables, sino que el mismo concepto de educación va ligado a otros conceptos como son autonomía, creatividad, y capacidades como la reflexión y el espíritu crítico (9).

2. En torno al concepto de Salud

Hasta hace relativamente poco, se entendía la salud como *la ausencia de enfermedad o invalidez.* Una de las primeras definiciones que resalta el *concepto de salud en positivo* fue la de Sigerit, *Salud es.....no sólo la ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida, una alegre aceptación de las responsabilidades que la vida pone en el individuo* (10).

En 1946, la OMS, en su Carta Magna definió la salud como: *el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.* (11).

Los aspectos innovadores que se introducen con esta definición se refieren a que se considera la salud como un *estado positivo*, que incluye no sólo los aspectos físicos de la persona, sino también los psicológicos y sociales de la misma.

Sin embargo, este concepto fue criticado por múltiples autores como Dubos (1965), Breslow (1972) y Terris (1980), que lo censuraron de ser poco realista, estático y subjetivo, debido a que ni la salud ni la enfermedad se pueden considerar categóricamente. Dubos defendía que *el concepto de perfecta y positiva salud es una creación utópica de la mente humana.* Este autor también se aproximó con su definición a la necesidad de destacar la capacidad de funcionamiento en dicho concepto y la importancia de la adaptación del hombre al medio, considerando que

las circunstancias peligrosas para la salud son cambiantes. Para Terris (1980) la salud debe ser entendida de forma operativa, tanto desde el aspecto subjetivo, entendida como bienestar (diferentes formas de sentirse bien), como desde el aspecto objetivo, a través de diferentes grados de capacidad de funcionamiento. Por tanto, ya da un análisis de la idea de salud cuando propone otra definición de ésta en el siguiente sentido: ***un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades.***

Desde un concepto más dinámico, Salleras concluye que la salud y la enfermedad forman un continuo en cuyos extremos se encuentra el óptimo de salud por un lado, y la muerte por el otro. Encontrándose en un nivel intermedio distintos grados de salud y enfermedad (15). Por tanto, ya no se trata de un concepto estático, definiendo la salud como: ***el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.***

Así mismo, señala este autor que la salud está altamente relacionada con el estilo de vida, así como con la adopción por parte de los individuos y colectividades de conductas positivas de salud.

Desde el análisis sociológico, se entiende que se incorpora también en la nueva definición un sentido productivo, que es muy valorado por la cultura y la estructura social, a la vez que se convierte en una cuestión individual y social. Desde esta concepción, ***la salud se transforma en un valor, pasando de ser un medio, a ser un fin; de ser un bien de producción a un bien de consumo*** (16).

Desde un punto de vista global, en el que influyen lo personal, lo social y lo político, Frend, concluye que ***la salud es una encrucijada. Es donde convergen factores biológicos y sociales, el individuo y la comunidad así como la política social y económica. En adición a este valor intrínseco, la salud actúa como medio de avance personal y colectivo. Es por lo tanto, un indicador del éxito logrado por la sociedad y sus instituciones de gobierno en promover un estado de bienestar que es la razón última del desarrollo*** (17).

En la actualidad la OMS ha estado trabajando en la modificación de la anterior definición dada en los años cuarenta, aunque ya en posteriores documentos mostrara un concepto más realista y operativo, como en la formulación de los *objetivos de la estrategia de salud para todos en el año 2000: Que todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven.* (11).

La nueva concepción reconoce el sentido *dinámico* de la salud, e incorpora la consideración del bienestar espiritual del sujeto. Así, la definición más reciente propuesta es como sigue: ***Salud es un estado dinámico de completo bienestar físico, mental, espiritual, y social y no solamente la ausencia de enfermedad o debilidad.*** (18)

3. En torno al constructo de Educación para la Salud:

Una vez abordados por separado los términos, *Educación y Salud*, estamos más cerca de aproximarnos a comprender el complejo constructo de Educación para la Salud, cuya historia cuenta ahora con 82 años de existencia desde que en 1921 el Instituto de Tecnología de Massachussets impartiera el primer programa de *educación sanitaria*. Pero no es hasta el último cuarto de siglo cuando aparece la EpS formalmente. Aparece, eso sí, sobre bases escasamente definidas, con tendencias polarizadas que van desde aquellos que la consideran como la panacea preventivista que tiene respuesta para casi todos los males, hasta aquellos otros que consideran la EpS como un campo en el que florecen discursos con bellas formulaciones pero especulativas y sin rigor. (19).

Desde una perspectiva histórica, los ámbitos de la EpS se han polarizado, en sus orígenes en torno a las enfermedades y a su prevención, cuyos objetivos se orientaron a disminuir los factores de riesgo o aumentar los factores de protección (prevención primaria), a detectar tempranamente los problemas de salud y facilitar cambios de conducta (prevención secundaria), a recuperar la salud y evitar recaídas (prevención terciaria). Plantear los objetivos de la EpS en el ámbito de la enfermedad y su prevención, es un marco excesivamente restringido y conservador y no parecen estar en sintonía con una visión positiva de una salud que avanza, sino más bien con una salud que pretende mantenerse tal como está.

Las deficiencias de este enfoque preventivo han dado paso a **un modelo educativo centrado en la capacitación, potenciación o competencia de los recursos personales y comunitarios y que pretende promover los cambios, no por la coerción, sino por la elección informada.** Desde esta perspectiva, ***la salud es un concepto positivo***, que implica la potenciación del individuo para desarrollarse e influir positivamente en su entorno. En este sentido los objetivos de la EpS se orientarán a capacitar a los individuos para: a) definir sus propios problemas y necesidades; b) comprender lo que pueden hacer acerca de esos problemas con sus propios recursos y apoyos externos, y c) promover las acciones más apropiadas para fomentar un vida sana y el bienestar de la comunidad (19).

A lo largo de este tiempo, han visto la luz muchas definiciones de EpS, la mayor parte de ellas, coinciden en señalar que se trata de “*procesos y experiencias de*

aprendizaje con la finalidad de influir positivamente en la salud". Otras definiciones enfatizan el objetivo de lograr que los individuos hagan elecciones informadas y voluntarias con relación a las prácticas de salud.

Para Costa y López: ***“la EpS es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo.”*** (19).

Actualmente se habla mucho de la EpS como una estrategia básica para la Promoción de Salud. Ambos conceptos, Promoción de Salud y EpS han sido utilizados a menudo de modo intercambiable. No obstante, desde esta perspectiva, la EpS constituye un instrumento más para lograr los objetivos de la promoción de la salud, definida esta por la OMS como ***“el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren.***

CONCLUSIONES: Podemos concluir que:

- La imprecisión en la definición de los conceptos de educación y de salud, tiene por consecuencia la imprecisión en la forma de entender la Educación para la Salud (EpS), lo que nos lleva a indicar que aquello que no es, resulta más sencillo que dar una definición precisa. En este sentido, la EpS:
 - “No debería ser la mera transmisión de información de forma puntual”, ya que por sí misma no produce cambios significativos en las conductas relacionadas con la salud.
 - “No debería ser una sucesión de prohibiciones y consejos moralizantes dirigidos a conservar la salud”. La cual no es un estado estático sino cambiante.
 - Tampoco sería la vulgarización del saber médico dirigida a proporcionar a las personas un conocimiento enciclopédico sobre las enfermedades y su prevención.
- Creemos necesario que la sociedad se plantee el concepto de salud que quiere asumir, el nivel de salud que quiere conseguir para sus individuos y colectividades y los esfuerzos y recursos que está dispuesta a invertir para ello. No obstante, a pesar de los numerosos esfuerzos, todavía no se ha llegado a un acuerdo generalizado acerca de la definición de salud, es evidente la necesidad de un concepto normalizado que sea ampliamente conocido y aceptado. Cada persona cree tener y de hecho tiene su propio concepto de salud. Si se preguntase sobre ello, prácticamente todo el mundo respondería

con una visión biológica de la cuestión: *“ausencia de malestar o padecimiento”*. Para la gente la salud es *“estar bien” “que no pase nada”*. De la misma manera, la enfermedad es *“estar mal” “tener dolor” “la falta de salud”*. Pese a las críticas que puedan hacerse, la definición propuesta por la OMS es considerada como la más universalmente citada: *“salud es un estado dinámico de bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad”*.

- En cuanto a las tendencias polarizadas de los entusiastas que consideran la EpS como la panacea que resolverá muchos de los males existentes, y el recelo y la desconfianza de los que la consideran como un campo abonado para la especulación. Nos situamos cerca y lejos de ambas posiciones. Compartimos, en parte, el entusiasmo de la primera posición, y consideramos que la EpS puede ser un elemento nuevo e innovador dentro del sector salud, pero estamos lejos de considerarla como una panacea que resolverá muchos de los males existentes. Compartimos también el recelo y la desconfianza de quienes ven la EpS como un campo de riesgo para la especulación, pero en cambio asumimos que en la EpS cabe un discurso serio y riguroso.
- En definitiva, en la concepción actual de **EDUCACIÓN PARA LA SALUD** tenemos:
 - Por un lado el nuevo concepto de **educación** que toma en consideración *“la necesidad de capacitar y capacitarse para convertirse en personas críticas, autónomas, creativas, responsables y solidarias”*, no restringiendo ya su ámbito a los contenidos académicos tradicionales. Coincidiendo esta concepción con la definición de la nueva perspectiva de concebir la Educación como un instrumento para lograr los objetivos de promoción de salud, definida ésta por la OMS como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren.
 - Por otro lado, vemos que el antiguo concepto de **salud**, en el que se definía a esta como la *“ausencia de enfermedad”*, ha quedado desterrado a favor de *contemplar al individuo de forma integral, con todo lo que ello conlleva y se entiende la salud como derecho y patrimonio de cada individuo y de la comunidad, y por tanto hay que dotarlos de los elementos necesarios para que se responsabilicen de ella*. Teniendo cabida aquí, la consideración de Costa y López, la cual compartimos, al plantear la EpS como **un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo**.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). Luis Rodrigo MT. Educación para la salud. *Metas de Enfermería* 2000; 31: 28-33.
- (2). Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet Díaz C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: MASSON SA, 2001.
- (3). Greene WH, Simons Morton BG. Educación para la salud. México: Interamericana, 1988
- (4). Sabater F. El valor de educar. Barcelona: Ariel, 1997.
- (5). Puig JM. Teoría de la Educación. Barcelona: Ed PPU, 1986.
- (6). Rissel C. Empowerment: the holy grail of health promotion. *Health Promotion International*. 39-47.
- (7). Durkheim E. Historia de la educación y de las doctrinas pedagógicas. Madrid: La Piqueta. 1982.
- (8). Freire P. La educación como práctica de la libertad. Siglo XXI. 1994.
- (9). Decreto 19/1992 de Febrero del Gobierno Valenciano, por el que se establece el Currículo de Educación Primaria en la Comunidad Valenciana.
- (11). Piédrola G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson 2001.
- (12). Dubos RJ. Man adapting. New Haver, Coon: Yale University Press 1965.
- (13). Breslow A. Quantitative Approach to the world Health Organization. Definition of Health: Physical, Mental and social well-being. *International Journal Epidemiol* 1972; 1: 347-355.
- (14). Terris M. La revolución sociológica y la medicina social. México: Siglo XXI, 1987.
- (15). Salleras Sanmartín L. Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Diaz de Santos, 1990.
- (16). Montiel L. La salud en el estado de bienestar. Madrid: Complutense 1993.
- (17). Frend J. The new public health. *Anne Rev Publ Health* 1993; 1: 469-490.
- (18). OMS, Executive Board. Document EB 101/7, 14 November 1997.
- (19). Costa M y López E. Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Ediciones Pirámide. 1998.

“Conocimientos y actitudes frente al VIH/SIDA de estudiantes de formación del profesorado. Una propuesta de actuación”

NIEVES VILLAR FRESNO*

MÓNICA GUILLÉN MORENO**

**Enfermera*

***Diplomada en Formación del Profesorado*

Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Extremeña (CAEX)

ANTECEDENTES

Según datos emitidos por ONUSIDA, Organismo Internacional dependiente de Naciones Unidas sobre el tema de la infección de VIH, en la actualidad puede haber entorno a 42.000.000 de personas que viven con el VIH/Sida, de los cuales 38.600.000 personas son adultos, presentándose 5.000.000 de casos nuevos durante el año 2002 y 3.100.000 defunciones, calculando 12.000 infecciones nuevas cada día. En España, la mayoría de los casos corresponden a jóvenes varones (20-39 años), siendo uno de los países con tasas más altas de Europa, tanto en Sida de adultos (16.5 casos por 100.000 habitantes) como el Sida pediátrico (14.3 casos por 100.000 habitantes). En nuestra Comunidad Autónoma, a 31 de diciembre de 2002, existen 846 casos de Sida, registrados, presentándose 4 casos nuevos en la provincia de Cáceres y 19 en la de Badajoz. Correspondiendo la incidencia más alta en usuarios de drogas vía parenteral (62.02% en Cáceres y 74.41% en Badajoz).

La OMS ya hizo previsiones hacia el año 2000 en las que hacía pensar sobre la evolución del Sida que: “conducirá a un incremento importante de casos de sida en mujeres y niños, así como huérfanos, debido a la muerte de sus padres por esta causa,... afectando a la estructura familiar”. Este sobrio y real panorama sólo se ve iluminado por dos fuentes de luz: las medidas preventivas basadas en la Educación para la Salud (EpS) y la investigación científica que permita obtener avances.

A la hora de elaborar programa preventivos en EpS es imprescindible, al ser considerado el Sida como una enfermedad conductual, cuyo origen se encuentra en el estilo de vida de la persona, investigar y conocer con mayor precisión posible tanto los factores que posibilitan o dificultan la adopción y mantenimiento de comportamientos preventivos, como los procesos involucrados en los

comportamientos de riesgo y las características de los contextos socioculturales concretos en que aparecen los mismos. Gran cantidad de dichos comportamientos comienzan en la adolescencia, etapa en la que se produce una apertura hacia el mundo exterior. En la que se inician las relaciones sexuales e incluso algunos se involucran en el mundo de las drogas; lo cual hace que sean considerado un grupo susceptible de infección por VIH.). El 38% de los casos de Sida en Extremadura, se les diagnóstico el VIH/Sida, entre los 20 y 29 años, por lo cuál, es la adolescencia donde deberemos centrar todas pautas en materia preventiva.

Estudios realizados por el Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Extremeña en colaboración con la Unidad de Investigación Clínico-Epidemiológica del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, llevó a cabo un estudio piloto en una población de 800 estudiantes escolarizados de la ciudad de Cáceres, con edades comprendidas entre 14 y 20 años demostrando que los jóvenes aunque tienen conocimientos concretos de la enfermedad, como el reconocimiento de la sangre como fluido infectante (99.5%), o el semen (96.9%); no obstante, obvian la existencia de otros como la existencia del fluido vaginal como fluido infectante del VIH en un 29%, o la lactancia materna en un 60.5%

Consideramos tanto a los futuros docentes, estudiantes de Formación del Profesorado, Educadores sociales, Antropólogos, como a los docentes que ejercen esenciales en el proceso de formación de los adolescentes, ya que con sus adecuados conocimientos e implicación en el tema pueden modificar los conocimientos y actitudes de los adolescentes, disponiendo de recursos para realizar el trabajo tanto en el aula como en la comunidad.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo Principal

Medir los conocimientos, comportamientos y actitudes que poseen los estudiantes de la formación del profesorado de la Universidad de Extremadura (UNEX), en relación al VIH/Sida.

Objetivos Secundarios

1. Proporcionar conocimientos científicos a los alumnos en VIH/Sida.
2. Dotar de habilidades específicas al alumno, para su posterior puesta en práctica.

3. Facilitar al futuro profesorado, los instrumentos y la formación necesaria para que puedan orientar, informar e educar al alumnado en materia VIH/Sida.
4. Trabajar en grupos estableciendo relaciones interpersonales y respetando conocimientos y opiniones.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal mediante encuesta autoadministrada, según:

- Escala de actitudes utilizadas por Arredondo, Coronado, de la Fuente y Luengo que usaron en un estudio publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan Nacional sobre el Sida).
- Cuestionario sobre actitudes y conocimientos frente al Sida utilizado por Pujol y Puyané, y Martínez Lacasa publicado en la revista Enfermería Clínica, Vol. 4. Núm.1.
- Cuestionario utilizado por Maticka-Tyndale en un estudio longitudinal que le permite comparar comportamientos, actitudes y conocimientos de jóvenes heterosexuales canadienses (1981).
- Criado, Castrodeza, De Raimundo, para Prevención del Sida entre los adolescentes. Una propuesta de actuación. Elaborado para el Ayuntamiento de Valladolid, Área de Medioambiente, Salud y Consumo.

Ámbito de estudio

Estudiantes de la Facultad de Formación del Profesorado de la Universidad de Extremadura (especialidades: musical, infantil, educación física, primaria, extranjeras), antropología y educación social.

Sujetos del estudio

112 alumnos de dicha Facultad, con edades comprendidas entre 18 y 25 años.

Muestra

La muestra objeto de estudio estuvo compuesta por 112 alumnos, que se inscribieron a los Cursos realizados por el Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Extremeña y la Facultad de Formación del Profesorado en Enero de 2000 en primera instancia y en Febrero de 2001 en segunda.

Características de la muestra

El 7% de los sujetos objeto de estudio eran varones mientras que el 93% fueron mujeres. Con edades comprendidas entre 18 y 25 años. Encontrándose el 71% en edades comprendidas entre los 20-22 años. Procedentes de ámbito rural el 44% y o el 56% del medio urbano.

RESULTADOS

Por norma general, los estudiantes de Formación del Profesorado tenían buenos conocimientos a cerca de los **fluidos que transmitían el VIH**, en el caso de la sangre (100% aciertos), semen (96%), de madre a hijo (transmisión vertical, 96% aciertos), pero no tan claros en los casos de fluido vaginal (79% aciertos, 9% fallos, 12% no sabe), lactancia materna (62% aciertos, 14% fallos, 24% no sabe).

Los conocimientos a cerca de **los fluidos que no transmitían** el VIH/Sida eran buenos en el caso del **sudor** (99% aciertos), **compartir vasos** (98%), **compartir comida** (98% aciertos), **besos** (97% aciertos), **lágrimas** (94% aciertos), **tos** (91% aciertos), pero no tan claros en el caso las **picaduras de mosquitos** (59% aciertos, 22% fallos, 19% no sabe), o la **saliva** (81% aciertos, 15% fallos, 4% no sabe), **heces** (68% aciertos, 25% fallos, 7% no sabe), **orina** (62% aciertos, 30% fallos, 8% errores), **estornudos** (89 % aciertos, 9 % fallos, 2% no sabe) y **tos** (91% aciertos, 8% errores, 1% no sabe).

Al evaluar los datos, hemos observado que el 41% de la muestra cree que cualquier análisis de sangre puede detectar el VIH, o un 17% que piensa que teniendo cuidado con las personas con las cuales estamos se previene el VIH/Sida, o un 22% de la muestra no reconoce el riesgo de ETS al tener distintos compañeros sexuales. Un 14% piensa que las personas infectadas por vía sanguínea no puede infectar por vía sexual, y un 15% no sabe. Respecto al periodo ventana un 51% no sabe que exista, y y 9% cree que al día siguiente de la práctica de riesgo se puede detectar el VIH en sangre. O un 255 de la muestra no reconoce como prácticas de riesgo las relaciones bucogenitales.

Mediante este cuestionario detectamos que los estudiantes de la facultad de Formación del Profesorado tenían déficit en conocimientos a cerca de la infección por VIH/Sida y las actitudes generalmente eran favorables. Detectando valores sociales y éticos, no prejuiciar a las personas VIH+, ya que sólo 9% de la muestra se negaba a cuidar personas con VIH/Sida, o un 7% que preferiría un colegio sin niños con VIH/Sida, un 1% que los expulsaría del colegio, o un 12% pediría un plus por trabajar con personas afectadas por el VIH, un 2% no quiere tratar a enfermos de

Sida, o un 8% que cree que si la pareja tiene Sida, esto es motivo suficiente para romper con ella. O un 5% que no invitaría a su casa un fin de semana a un amigo con Sida.

* resultados en anexo 1 y gráfica 1.

CONTENIDOS DEL CURSO FORMATIVO

Tras evaluar los datos presentados anteriormente se elaboró una propuesta de actuación. En la cuál y durante 20 horas, se pretendía eliminar los conocimientos erróneos a cerca de la infección del VIH/Sida, proporcionando información libre de prejuicios y científicamente contrastada. Orientando la “Información, prevención, desmitificación y tratamiento del tema” lo más cercano posible a la realidad, desde un plano tanto biológico, como psicológico, como social, dotando al alumnos de habilidades para la impartición de unidades didácticas desde primaria hasta especializada.

Utilizando una metodología indagadora, dirigida a la resolución de problemas, con intervenciones activo-participativas, estableciendo un diálogo abierto. Desglosando las diferentes jornadas de la siguiente manera:

1ª Jornada:

- ✓ Cuestionario de conocimientos y actitudes.
- ✓ Presentación por parte de los monitores y de los objetivos de la Unidad Informativa.
- ✓ Dinámica de presentación.
- ✓ Dinámica de conocimientos previos y actitudes.
- ✓ Conceptos de VIH/Sida.
- ✓ Evolución histórica del Sida. Distintos planteamientos sobre el origen.
- ✓ Inmunología, respuesta del cuerpo frente al VIH/Sida.
- ✓ Lluvia de ideas sobre fluidos corporales transmisibles.

2ª Jornada:

- ✓ Lluvia de ideas: Vías de transmisión.
- ✓ Dinámica: Reconocimiento de situaciones.
- ✓ Qué y cuáles son las prácticas de riesgo.
- ✓ Prueba del VIH.
- ✓ Evolución de las personas VIH/Sida.
- ✓ Prevención de la infección.

- ✓ Dinámica: Lugares donde acudir a solicitar información.
- ✓ Taller del preservativo masculino y femenino.
- ✓ Dinámica: Teléfono de Información.

3ª Jornada:

- ✓ Sida pediátrico.
- ✓ Sida y Drogas.
- ✓ Sida y prisión.
- ✓ Sida en la Escuela.
- ✓ Sida Social.
- ✓ Sida psicológico.
- ✓ Sida biológico.

Realizado a modo de mesa redonda, en la que invitamos a personas que trabajan con el VIH/Sida en Extremadura en las distintas situaciones presentadas.

4ª Jornada:

- ✓ Explicación de cómo realizar una Unidad Didáctica sobre VIH/Sida.
- ✓ Realización de la misma por grupos, abarcando infantil, primaria y especializada.
- ✓ Puesta en común.
- ✓ Evaluación.

*Cada jornada tiene una temporalización de cinco horas lectivas.

RECURSOS

Recursos humanos

- ✓ Personal del Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Extremeña.
- ✓ Personal de la Facultad de Formación del Profesorado de la Universidad de Extremadura.
- ✓ Personal Colaborador del Centro de Drogodependencias Extremeño de la Junta de Extremadura, Centro Penitenciario de Cáceres, del Servicio de Pediatría del Hospital San Pedro de Alcántara,...
- ✓ Agentes de Salud en VIH/Sida, Voluntariado formado por el CAEX.

Recursos materiales

- ✓ Unidad Informativa (45 transparencias a color y/o presentación en power-point).
- ✓ Guía didáctica básica sobre la infección por VIH/Sida.
- ✓ Material bibliográfico.
- ✓ Folletos, carteles y otro material impreso.
- ✓ Preservativos masculinos y femeninos.
- ✓ Encuestas de medición de conocimientos y actitudes.
- ✓ Encuestas de evaluación.

Recursos físicos

Aulas de la Facultad de Formación, cañón de power-point, proyector de transparencias, pantalla, ordenador...

BIBLIOGRAFÍA

Lameiras F., Failde J.M. Sexualidad y Salud en los jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. *Análisis y modificación de conducta* 1997; 123 (93): 26-63.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan nacional sobre drogas. <http://msc.es/epidemiología>.

Vigilancia del Sida en España. Informe Trimestral nº 4. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología, 2002.

Fernández S., Juárez O., Díez E. Programas de prevención de sida en la escuela secundaria: una recopilación valorativa. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 687-696.

Castrodeza J., Criado E., De Raymuno C.; Programa de Prevención de Sida en los Jóvenes. Una propuesta de Actuación. Área de Medio Ambiente, Salud y Consumo del Ayuntamiento de Valladolid. Ayuntamiento de Valladolid 1995.

García Solano M., Conejo Barrote M., Lara Alcalde M., Alonso Pozo O., Conocimientos, actitudes y hábitos de la población general de Zamora. Comité Ciudadano Antisida de Zamora y Consejería de Sanidad del Ayuntamiento de Zamora. Ed. imp. Ayuntamiento de Zamora. 1998.

Silva Ayçaguer L. C. Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. Madrid: Díaz de Santos, 1993.

Fernández L., Carballal M. C., Torres M. Una escala de medición de actitudes hacia los sujetos con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en profesionales de enfermería. *Rev Esp San Hig Pub* 1989; 63: 81-90.

Llorca Díaz F., Sanchón M.V., Nespral C., Zabala J.; El SIDA: conocimientos y actitudes de los alumnos de enfermería. *Enfermería Científica* 1992; 126: 4-9.

Juárez O., Díez E., Varonil J., Villamarín F., Nebot M. y Villalbi J. R.; Conductas preventivas de la transmisión sexual de Sida, de otras infecciones y del embarazo en estudiantes de secundaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 194-202.

Registro Nacional de Sida. Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Situación a 31 de Dic de 2002. *Bol Epidemiol Semanal* 2002.

Mac Donald DI. Patterns of alcohol and drugs use by children and adolescents. *Pediatrics* 1987; 34: 275-288.

Prieto L., Escobar M. A., Palomo L., Galindo A., Iglesias R., Estévez A. Consumo de alcohol en escolares de la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Aten Primaria* 2000; 25: 608-612.

Díez E., Varonil J., Nebot M., Juárez O., Martín M., Villalbi J. R. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. *Gaceta Sanitaria* 1998; 12: 272-280.

Juárez O., Díez E.; Prevención del SIDA en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13: 150-162.

Fernández C., Molina R., Ramírez C., Pérez E., Castilla J., Marrodán J. et al. Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección VIH tras la intervención escolar AULASIDA, 1996-1997. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 163-176.

“Cumpleaños y recreos sin chuches”

M^a ISABEL MARTÍN PARADÉS*,
M^a CRUZ MUÑOZ PASCASIO*, M^a CRUZ REBOLLO ANDRÉS*
**Maestras de Educación Infantil. C.P. “El Pilar”. Plasencia*



POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA

- NIÑOS Y NIÑAS QUE CURSAN EL 2º CICLO DE EDUCACIÓN INFANTIL
- PADRES Y MADRES
- EDUCADORES

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

La idea de este proyecto surgió debido a que ha aumentado en los últimos años, el número de niños/as con caries, colesterol, obesidad, y otros trastornos de la alimentación y con la máxima de que la “EDUCACIÓN ES LA MEJOR PREVENCIÓN”, nos hemos animado a llevar a cabo este proyecto.

Día a día vemos, cómo los niños/as se atiborran en los recreos y en los cumpleaños de golosinas y dulces industriales que no aportan ningún tipo de nutrientes y sí muchas grasas saturadas.

Con la intención de dar un giro a esto, nos propusimos utilizar estos MOMENTOS SIGNIFICATIVOS para realizar otro tipo de actividades alternativas en el ámbito de la Educación para la salud.

Qué duda cabe que el día del cumpleaños y los recreos, son ocasiones muy importantes en la vida de los niños/as y por ello, desde la escuela, no nos deben pasar desapercibidas, utilizándolas como recurso educativo de primer orden, en torno a las cuales, se pueden trabajar contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales de todas y cada una de las áreas que impregnan el currículo de Educación Infantil.

OBJETIVOS GENERALES

- Fomentar en los niños/as y en sus familias actitudes y hábitos más saludables con respecto a la alimentación.
- Conseguir que los padres y madres hagan un uso racional y responsable respecto al consumo y suministro de golosinas y dulces industriales.
- Practicar una dieta sana en los recreos y en los cumpleaños.
- Sensibilizar a los padres, madres y educadores como agentes promotores de salud.
- Conseguir una población sana y educada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Practicar un “MENÚ SALUDABLE” en los recreos y cumpleaños.

- Conseguir autonomía en los niños/as para la adquisición de hábitos de salud, higiene y conducta con respecto a la alimentación (lavarse antes y después de comer, masticar despacio, mantenerse sentados mientras se come, no hablar con la boca llena, reposar la comida, limpiar y recoger los desperdicios y tirarlos a la basura...).
- Participar con iniciativa tanto niños/as como padres y madres en la preparación de los cumpleaños y de las meriendas de los recreos.
- Consumir racionalmente golosinas y dulces industriales.
- Valorar las consecuencias del un consumo abusivo de golosinas en los cumpleaños.
- Informar a los padres, madres y educadores sobre la importancia de una dieta sana y equilibrada como medio de prevención de enfermedades.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN (METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES)

Una vez expuestos los objetivos que se pretenden conseguir, cabe preguntarnos ahora por cuál podría ser la **estrategia metodológica** a emplear (cómo lo llevaremos a cabo).

LOS RECREOS

El Equipo de Ciclo de La Etapa de Educación Infantil elaboró al comienzo del curso un “*MENÚ SALUDABLE*” .

Esta propuesta se recogió en un *folleto* que se repartió a los padres y madres en una reunión previa. En dicha reunión se les explicó el motivo que nos llevaba a sugerir esta forma sana de merendar en los recreos y les pedíamos que colaborasen a la hora de preparar las meriendas de sus hijos e hijas respetando, en la medida de lo posible, el menú semanal y reforzando dentro de sus casas los hábitos de salud, higiene y alimentación trabajados en el “cole”.

Es un menú bastante abierto , que trata de “respetar sanamente” los gustos de los más pequeños.

Este Menú saludable se trabajó previamente a su consumición con los niños y niñas dentro del aula a través de las Unidades Didácticas “Conozco mi Cuerpo” “Los Alimentos”, de la asamblea, de revistas, enciclopedias. murales, propaganda de los supermercados....

LOS CUMPLEAÑOS

Esta propuesta se está llevando a cabo desde hace dos años con el mismo grupo de niños y niñas pertenecientes al 2º Ciclo de Educación Infantil.

Para ello, se convocó a los padres y madres a una serie de reuniones informativas para explicarles este otro tipo de cumpleaños alternativos que les proponía celebrar dentro del aula .

El proyecto **“CUMPLEAÑOS SIN CHUCHES”** consiste en juntar a los padres y madres de los niños y niñas que cumplen años ese mismo mes (que serán homenajeados todos juntos un día en el mes) y realizar, con su colaboración, una serie de talleres creativos y de cocina.

Algunos de los talleres que hemos realizado son:

- ✓ Taller de la “Estampación y el Estarcido”.
- ✓ Taller del “Árbol de Navidad”.
- ✓ Taller del “Collage”.
- ✓ Taller del “Disfraz”
- ✓ Taller del teatrillo.
- ✓ Taller del cuentacuentos.
- ✓ Taller del “Rollito”.
- ✓ Taller del “Bocadillo”.
- ✓ Taller del “Sandwich”.
- ✓ Taller del “Dulce de Plátano”...
- ✓ Taller del “Huevo Frito” (dulce).

Alguno de estos talleres los sugieren los propios padres y madres y los niños/as.

Los niños y niñas son los que los realizan animados por los padres y madres de los homenajeados: observando, manipulando, experimentando y utilizando todos los sentidos.

Esta participación enriquece el hecho educativo en esta etapa porque para conseguir la adquisición de hábitos y actitudes saludables se hace necesario e indispensable el **trabajo conjunto** entre la familia y la escuela.

Los niños y niñas de estas edades se sienten más motivados cuando perciben que sus padres se interesan por sus educación.

La metodología a utilizar es dialogante, grupal, participativa, creativa e interdisciplinar.

Todos estos principios se desarrollan dentro de un ambiente cómodo, agradable, distendido y cercano, con recursos que estimulan la participación.

RECURSOS

❑ **MATERIALES**

- Folletos “MENÚS SALUDABLES”
- Revistas, periódicos, catálogos de publicidad de alimentos...
- Enciclopedias, libros de cuentos y teatro.
- Material Escolar (Cartulinas, pegamentos, ceras de colores, tijeras, punzones, almohadillas, rollos de papel continuo, papel charol, papel de seda...).
- Material de todo tipo (telas, cartones, algodón, lanas...).
- Material necesario para realizar los talleres de cocina que aportan los padres y madres de los niños y niñas del cumpleaños (alimentación, utensilios de cocina...).
- Cámaras de fotografía y vídeo.
- Apoyo informático.

❑ **HUMANOS**

- Los padres, madres y familiares de los niños/as homenajeados.
- Los propios niños y niñas del aula.
- Maestra, sanitarios, profesionales varios....

EVALUACIÓN

Realizamos, al comienzo del curso, una *evaluación inicial* de los hábitos alimentarios de los niños/as en los recreos y en los cumpleaños antes de comenzar el proyecto que nos sirvió como justificación del mismo.

También y debido a que esta propuesta se está llevando a cabo en la actualidad, estamos efectuando una *evaluación continua o procesal* que nos sirve para seguir la evolución del proyecto y así regular, orientar y corregir aspectos del desarrollo del mismo cuando esto se hace necesario.

Y por último, realizaremos una *evaluación final* que consistirá en la recogida y valoración de los datos al finalizar el proyecto que coincidirá con la finalización del curso escolar. Esta evaluación quedará recogida en la Memoria Final.

Las técnicas de evaluación que empleamos son las siguientes:

- La observación directa y sistemática
- Entrevistas individuales: con ellas obtenemos información sobre la familia, hábitos, intereses, gustos, necesidades, opiniones,...
- Los objetivos generales también constituirán un referente para la evaluación ya que nos permitirán conocer en qué grado se han conseguido las capacidades señaladas en ellos.

Se evaluarán otros aspectos como:

- La organización del proyecto.
- La participación de los padres y madres en los talleres de los cumpleaños y en la preparación de las meriendas.
- El aprovechamiento de los materiales con los que contamos.
- La adecuación de los objetivos.
- La metodología empleada.

En definitiva, la evaluación facilitará tomar decisiones a la hora de reformular objetivos, reconsiderar el contexto, revisar estrategias, y sumar o restar otras ideas y acciones.

TEMPORALIZACIÓN

Tanto el “MENÚ SALUDABLE DE LOS RECREOS” como la CELEBRACIÓN DE LOS CUMPLEAÑOS A TRAVÉS DE TALLERES, se realizarán durante el curso escolar y a lo largo de la escolarización de los niños en la Etapa de Educación Infantil (1º, 2º y 3º DE E.I.).

La propuesta de “MENÚS SALUDABLES” se ampliarán el próximo año a los alumnos /as de Educación Primaria.

“Educación en valores como formación integral del adolescente”

TERÁN SOMAZA, R. M.*; PUERTAS TERÁN, P. C.**;
RODRÍGUEZ-ARIAS ESPINOSA, C.M.***; ROJO DURÁN, R.M.***;
GALINDO CASERO, A.***; MERCHÁN FELIPE, M.N.***

**Licenciada en Biología y Veterinaria*

***Maestro especialista en Educación Física por la Universidad de Extremadura*

****Diplomadas en Enfermería por la Universidad de Extremadura*

Grupo de Salud “Antares”

INTRODUCCIÓN

El área de Educación para la Salud, entiende que salud no es un estado, sino un proceso de desarrollo dinámico y cambiante de responsabilidad individual y social, de todas las capacidades y posibilidades del ser humano.

Debemos plantearla, pues, como una realidad para que los alumnos de ESO tomen conciencia de su papel social y partan de su situación, desde su entorno familiar, escolar y social de manera que aprendan a aceptar la realidad y entiendan las posibilidades que poseen para contribuir al desarrollo de la salud. (1).

El uso de tabaco, alcohol y otras drogas suele iniciarse en la adolescencia. Así los porcentajes de escolares españoles entre 14-18 años que manifestaron haber consumido alcohol, tabaco y derivados del cánnabis en 1998 fueron respectivamente del 65.8%, 28.3% y 17.2%. (2).

En la misma encuesta, pero referida al año 2000, los datos fueron para el alcohol, tabaco y derivados del cánnabis, del 58%, 29% y 11.9% respectivamente, siendo la edad media de inicio al consumo de 14 años y notándose un enorme incremento en el consumo de los derivados del cánnabis, a los 18 años, exactamente del 54.1%. Cabe destacar, también, que entre los 15 y los 18 años el porcentaje de fumadores diarios fue de 10 puntos más elevado en las mujeres que en los hombres.

El consumo de alcohol en los jóvenes es fundamentalmente ocasional, (fin de semana), alcanzando el 43% en el grupo de edad entre 19-38 años.

Las variables que preceden al uso y abuso de sustancias en la adolescencia son, (3) entre otras:

- ✓ Existencia de leyes y normas sociales favorables al uso de drogas.
- ✓ Disponibilidad de esas sustancias.
- ✓ Desorganización del entorno social.
- ✓ Actitudes y comportamientos familiares en relación a las drogas.
- ✓ Conflictos familiares.
- ✓ Bajo apego a la familia.
- ✓ Problemas de conducta precoces y persistentes.
- ✓ Fracaso escolar.
- ✓ Rechazo de los iguales al comienzo de la escolaridad.
- ✓ Asociación con iguales consumidores de drogas.
- ✓ Rebeldía.

Esta variedad de factores justifica que las intervenciones preventivas se dirijan fundamentalmente a las modificaciones de diversos factores de riesgo y protección. (4)

Actualmente no existe un modelo único de referencia en la Educación para la Salud. La mayor parte de las estrategias de intervención pueden clasificarse en cinco categorías:

- **Racional:** es el enfoque tradicional que presenta información diseñada para modelar creencias. Son escasas las evaluaciones fiables sobre este modelo, y las que existen tienden a mostrar efectos débiles a corto plazo, o ningún efecto en la mayoría de los programas. En los peores casos algunos programas han producido un aumento de estudiantes que afirmaban usar drogas.
- **Afectivo:** basado en la idea de que ciertos factores psicológicos colocan a los sujetos en condiciones de riesgo. Estas intervenciones se centran en estrategias tales como aumentar la autoestima y el autoconocimiento del adolescente.
- **Para grupos de iguales:** incluyen enseñanzas entre compañeros, autoayuda y participación con ellos, con el fin de cambiar actitudes y conductas. Se practican habilidades de rechazo a la presión social, técnicas para decir no y habilidades asertivas. También incluyen habilidades sociales de comunicación, creación de autoestima o habilidades de afrontamiento.

- **De alternativas:** consisten en ofrecer actividades positivas que sean más llamativas que el consumo de drogas. Por ejemplo: actividades recreativas, competiciones deportivas o intelectuales y centros para jóvenes.
- **De desarrollo social:** se centra en el desarrollo del joven a través de las principales estructuras sociales: familia, escuela y grupos de iguales. Este modelo aumenta las conductas prosociales, favorece la participación familiar y proporciona refuerzos consistentes para las conductas positivas y castigos para las conductas negativas. (5)

Durante los últimos 16 años, se han desarrollado y estudiado programas de Adiestramiento para Enfrentarse a la Vida.

Los resultados indican que estos programas de prevención pueden reducir el consumo de alcohol, tabaco y marihuana entre un 59 y un 75% en los grupos de estudio.

En España se han efectuado muy pocos estudios sobre la evaluación de la efectividad de programas de prevención. (7) (8) (9)

No ocurre lo mismo en el exterior. En EE.UU. se realizó un análisis a partir de la revisión de 595 programas de prevención, dirigidos a adolescentes. Este análisis demostró que las intervenciones más efectivas eran las que incluían actividades de entrenamiento en habilidades sociales generales y las basadas en el entrenamiento en habilidades para rechazar la oferta de drogas. (5) (25)

El Proyecto Star, (12) es un programa de prevención del abuso de drogas universal, que alcanza a toda la comunidad educativa, con profesores entrenados, padres aprendiendo el arte de la comunicación y participando en campañas comunitarias y políticos desarrollando leyes que afecten al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Los resultados de las investigaciones de este proyecto han sido positivos a largo plazo.

Los estudiantes que empezaron el programa en la etapa equivalente al 1º ciclo de ESO y cuyos resultados se midieron en el último año del 2º ciclo de ESO, manifestaron menor tendencia a consumir marihuana, 30%, tabaco, 25%, y alcohol, 20%.

El Proyecto Seattle para el desarrollo social, (3), comienza en primaria y mediante la prevención, trata de reducir el abuso de drogas y comportamientos antisociales. Recaba la colaboración familiar y trata de mejorar las oportunidades, habilidades y recompensas de la participación social con la escuela y la familia,

fortaleciendo los lazos sociales. A largo plazo, los resultados son positivos, existe una disminución de la conducta antisocial, mejora el rendimiento académico, hay una mayor conformidad con las normas sociales, menos abuso de drogas y mejor comportamiento en la escuela.

El Programa de Transición de adolescentes, (ATP), (14), se basa en una serie de pruebas de intervención que abarca el programa del enfoque con padres y otras estrategias de intervención, incluyendo el trabajo con grupos de adolescentes de alto riesgo a través de videos y revistas. Las conclusiones de estos estudios indican que la intervención de los padres es necesaria para reducir el uso de drogas entre jóvenes de alto riesgo, así como también son necesarias sesiones de refuerzo durante el periodo de riesgo.

El Proyecto Familia consiste en una serie de investigaciones interrelacionadas entre las que cabe destacar el PDFY (preparación para los años libres de drogas), diseñado por la Universidad de Washington y el ISFP (fortaleciendo las familias), diseñado en la Universidad de Utah.

El PDFY consiste en 5 programas de entrenamiento para padres, uno de los cuales incluye la participación de los adolescentes.

El ISFP incluye 7 sesiones asistidas para padres e hijos.

Un análisis comparativo de los programas muestra efectos positivos en la educación de los niños referidos a la imposición de reglas, supervisión y disciplina y en la calidad de la relación entre padres e hijos.

En el caso del ISPF los resultados demostraron que los jóvenes ofrecían más resistencia a la presión externa al alcohol, menos tendencia a asociarse con grupos antisociales y una reducción en problemas de conducta. (4)

Parece, pues, que el tipo más efectivo de Programas de Prevención es aquel que, con la colaboración de los padres, enseña al niño un conjunto de aptitudes generales para la vida que pueda utilizar para hacer frente a los problemas que, de forma cotidiana, experimenta.

Hay dos categorías generales de aptitudes para la vida: una de ellas es un conjunto de aptitudes para el dominio de sí mismo que aumenta la sensación de control, disminuye la tensión, y favorece las habilitaciones personales. La otra enseña un conjunto de destrezas sociales como la comunicación, la conversación, la firmeza, la asertividad, aptitudes que les ayudarán a conocer gente nueva y trabar nuevas amistades. (17)

En los últimos años se está recabando cada vez más, la colaboración de los padres para que hagan saber al niño que la familia también tiene sus normas formadas por reglas apropiadas y justas, normas de conducta que tienen sanciones razonables en caso de ser infringidas. (18)

Sin embargo, la consideración del comportamiento asertivo como factor de protección contra el abuso de sustancias y la atención que se ha prestado a la adquisición de habilidades de resistencia a la presión del grupo para consumir drogas, se contradice con algunas observaciones empíricas. Se ha encontrado una asociación positiva entre la asertividad y el consumo de tabaco. (19) Pero esta asociación puede cambiar cuando se analizan dimensiones distintas del comportamiento asertivo. (20) (21)

Se ha realizado un programa sobre la asertividad y el uso de sustancias en la adolescencia con niños de 1º y 2º de ESO. (27) En dicho estudio no se incluyó a los padres.

No encontraron correlaciones significativas entre la asertividad y el uso de sustancias al comienzo de la adolescencia, pero si hallaron una correlación positiva entre la agresividad y el uso de drogas y una correlación negativa entre la pasividad y el uso de drogas, lo que coincide con los resultados de otros trabajos.

Hay que tener en cuenta que el comportamiento asertivo, la resistencia a la presión para consumir drogas y el papel de los iguales, es relativamente limitado si se compara con otros factores de riesgo tales como el entorno familiar, el uso de drogas en la familia, legales o ilegales y las prácticas educativas de los padres. (23)

Igualmente hay que considerar que las actividades de entrenamiento mal realizadas, pueden producir efectos adversos. (24)

En general podemos decir que el profesorado que se implica en Programas de Prevención dedica poco tiempo al entrenamiento en habilidades sociales, posiblemente porque no dominan esta clase de técnicas. (22)

En nuestro país, las drogodependencias se han convertido en uno de los problemas que más preocupan a la sociedad debido a que no se trata de un problema relacionado solo con zonas marginales sino que puede afectar a toda la comunidad y en especial a niños y jóvenes en edad escolar.

Básicamente, el consumo está inducido por el estilo de vida actual en el que los adolescentes reciben poca atención y educación. La incorporación de la mujer al mundo laboral ha supuesto que la madre no pase el tiempo suficiente con sus hijos y

al igual que el padre, el poco tiempo que pasan con ellos es de baja calidad, (los padres llegan a casa cansados y/o estresados), estado que no favorece la comunicación con los hijos.

Quizás algunos de los chicos que consumen drogas disfrutan de una buena relación de afecto y comunicación con su familia, pero es fácil que a ciertas edades la influencia de los amigos sea mayor que la de los padres. Por eso queremos subrayar que es tarea de todos ayudar a los adolescentes a convertirse en adultos responsables y que dicha tarea no puede recaer en una sola persona o institución. Nos implica a todos.

OBJETIVOS

- Evaluar el impacto de un programa de educación en valores como formación integral del adolescente.
- Presentar los resultados del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias obtenidos a través de encuestas.
- Mostrar como a través de programas en Educación en Valores, se desarrollan aptitudes para el dominio de si mismos (capacidad de tomar decisiones, aceptar responsabilidades y manejar tensiones).
- Probar como a través de la asertividad se adquieren destrezas sociales como la comunicación, la firmeza y la conversación.
- Evidenciar la importancia de los padres para favorecer el desarrollo de aptitudes válidas en el comportamiento de los hijos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto se realizó en el IES El Brocense de Cáceres, desde 1995 al 2003, con un equipo multidisciplinar de docentes universitarios, de enseñanzas medias, maestros y sanitarios. El universo fue de 6500 alumnos y la muestra estudiada de 500 con edades comprendidas entre los 13 y 17 años.

Se les pasaron encuestas previas sobre su nivel de conocimientos, condiciones de vida y entorno social. En general los alumnos pertenecían al entorno urbano, de clase media-baja, donde la mayoría de las madres se dedicaban a sus labores.

En un principio se realizaron las actividades fuera del horario lectivo, pero ante las ausencias reiteradas de los miembros que componían los grupos, se decidió utilizar las horas de tutoría, contando con la ayuda de los profesores tutores.

La metodología era informativa y participativa. Consistía en una charla de introducción previa del tema a informar permitiendo a continuación que los propios alumnos expusieran sus ideas sobre el mismo y donde el profesor actuaba de moderador, aclarando determinados errores conceptuales.

Posteriormente se les pasaban fichas para realizar trabajos en grupo, videos conteniendo historias reales o ficticias, relacionadas siempre con la información recibida anteriormente.

En todo momento se pretendió que el “cómo enseñar” fuera coherente con el “qué enseñar”.

Procuramos que los métodos participativos potenciaran:

- La adquisición de habilidades sociales.
- La competencia en la comunicación.
- La resolución de conflictos.

Que también incidieran:

- En la responsabilidad.
- En la autoestima.
- En la toma de decisiones.

Por último, procuramos que las habilidades y destrezas aprendidas, las llevaran a la práctica.

RESULTADOS

Tras el análisis de los resultados obtenidos, destacamos los siguientes:

Los alumnos pertenecen a un entorno fundamentalmente, urbano y son de clase social media-baja.

TABLA I. CARACTERÍSTICAS SOCIO-CULTURALES DE LOS ALUMNOS

Profesión del padre	** 63% autónomos 6% universitarios
Profesión de la madre	* 78% sus labores 12% universitarias
Conducta antisocial	22% (destrucción de mobiliario público)
Actividades de riesgo	60.7%
Siguen las modas	90.1%
Actividades de ocio: lectura	6%
Tipo de películas	30% violentas

* Incluyen dentro del concepto de madre trabajadora, aquellas mujeres que se dedican a las labores del hogar.

** Dentro del concepto “autónomos”, se incluyen los trabajadores por cuenta ajena. Cabe destacar el poco hábito de lectura que poseen.

TABLA II. DATOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

Edad media de inicio al alcohol	12.8 años
Edad media de consumo semanal	14.9 años *
Beber en alguna ocasión	84.2%
Beber una vez por semana	43.9% **
Haberse emborrachado alguna vez	41%
Haberse emborrachado el último mes	23.6%
Beber para sentirse mejor	26%
Beber para no sentirse aislados	20%
Beber porque lo hace la mayoría	8%
No beber porque es peligroso	25%
No beber para no perder el control	18%
No beber porque se asocia a otras drogas	9%

Los adolescentes consultados tienen un alto riesgo de ser consumidores habituales de alcohol

* incluyen la ingestión de bebida en familia

** se refieren al botellón

Muchos jóvenes asocian la bebida con el uso de otras drogas.

Otros ingieren más de un botellón / semana

La bebida preferida a diario es la cerveza, mientras que los fines de semana toman bebidas de alta graduación.

TABLA III. DATOS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO Y OTRAS DROGAS

Comienzan a fumar	Alrededor de los 12 años
Fuman ocasional o regularmente	54% entre los 14 y 17 años
Asocian tabaco a otras drogas	39%
Fuman hierba	28%
Toman drogas de síntesis	22%
Utilizan heroína	18%
No fuman	59.5%

Mientras que el consumo de tabaco ha disminuido en los chicos, ha aumentado en las chicas.

DISCUSIÓN

Aún cuando la participación de los alumnos fue satisfactoria, los objetivos propuestos no se cumplieron. Solamente un 6% de los alumnos corrigieron conductas. Los más interesados en las sesiones fueron aquellos adolescentes que no tenían ningún tipo de problema con los temas tratados. Los jóvenes que presentaban problemas con el alcohol, tabaco u otras sustancias tuvieron una actitud claramente negativa, afirmando que los problemas del abuso solo afectaban a otros pero nunca a ellos.

En ningún momento los padres aceptaron participar en el proyecto. Las excusas eran falta de tiempo, la comunicación con los hijos era muy fluida y que este tipo de actividades eran propias de los educadores.

Por último debemos reconocer que los pocos padres que admitieron tener interés y colaborar con nosotros, fueron aquellos cuyos hijos constatamos que no tenían ningún problema.

CONCLUSIONES

Los seres humanos, y en especial los más jóvenes, queremos ser dueños de nuestro destino. El futuro lo podemos y debemos tomar en nuestras propias manos, desde nuestros derechos, empezando por asumir todos nuestros deberes. En ese empeño necesitamos estar informados, disponer de conocimientos básicos interdisciplinarios y del conocimiento más avanzado en el campo de nuestra respectiva vocación y afanes concretos, siempre espoleados por el saber y la cultura

universal. El hombre moderno sabe que necesita criterios para vivir en armonía con los valores que proclama. (26)

- **La Educación para la Salud debe estar dentro de los proyectos curriculares de los Centros como área y no como tema transversal**, si asumimos el apasionante reto que nos formula la UNESCO en el informe sobre “Educación para el Siglo XXI”, que supone la necesidad de tomarnos muy en serio objetivos educativos tan esenciales como el desarrollo de la conciencia moral de los alumnos y el progresivo crecimiento de su autonomía personal y de su responsabilidad social. (27)
- **Debe comenzar a impartirse desde la educación primaria, utilizando en este momento el entrenamiento en aptitudes para el dominio de si mismos y en destrezas sociales contemplándolas como una parte del Proyecto Educativo del Centro, dentro del Programa de Actividades Formativas Complementarias.** Hay que recuperar el discurso de los “deberes” y de las “normas de comportamiento moral” porque no pueden desvincularse de los “valores” y “los derechos humanos”. (27)
- **En la Educación Secundaria Obligatoria podrán impartirse en las horas de tutoría acompañadas de información adaptada a la edad de los alumnos**, incidiendo en la recuperación de “pequeños valores”, tales como la responsabilidad, el esfuerzo, el sacrificio, la ternura, la compasión, la generosidad, la voluntad y la esperanza, que hacen posible la realización y la vivencia de los “grandes valores democráticos”. (27)
- **Las tareas de información podrían realizarlas los sanitarios**, siempre que sean copartícipes de los mismos objetivos e intereses que los educadores y colaboren en el diseño del Proyecto, puesto que no basta con “saber”, sino que hay que tener la capacidad de transmitir esos conocimientos.
- **Para la Educación en Valores los educadores deben de recibir una formación adecuada** y siempre de forma voluntaria, pues, como hemos visto anteriormente, actividades mal impartidas podrían tener efectos contrarios a los deseados. Los profesores deben saber lo que se espera de ellos, clarificar sus propias actitudes, valores y creencias y sobre todo, sentirse cómodos con la materia. (28)
- **La transversalidad** debe aprovecharse para impulsar y liderar procesos globales y solidarios de humanización, eliminando el concepto de temas transversales. (27)

- **Consideramos IMPRESCINDIBLE** la colaboración con los padres, ya que el niño no nace, a no ser que tenga problemas neurológicos, especialmente violento o agresivo o consumidor de algo, se hace violento gracias a lo que aprende o le dejan aprender. (29)
- **Finalmente** hay que considerar que la Educación para la Salud debe, por el bien de la sociedad futura, **PREVENIR** conductas y no corregirlas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Alezeia. Asociación de Educación para la Salud. Nuevos Adolescentes. 2º Edición. pág. 1-13.
- (2) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio español sobre Drogas. pág. 1-2.
- (3) Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Miller, J.Y. (1992) Psychological Bulletin, 112, 64-10B.
- (4) National Institute on Drug Abuse (1997). Research-Based Guide. NHI. Publication 97-4212, Rockville MD: National Institutes of Health.
- (5) Tobbler, N.S. y Statton, H.H. (1997). A metanalysis of the research. Journal of Primary Prevention, 8, 71-128.
- (6) Calafat, A., Amengual, M., Guimerans, C., Rodríguez-Martos, A., Ruiz, R. (1995). "tu decides". Diez años de un Programa de Prevención escolar. Adicciones, 7, 509-526.
- (7) Rodríguez-Martos, A., Torralba, L., Vecino, C. (1996). Decideix. Programa de Prevención de abuso de drogas en enseñanza secundaria: la experiencia de Barcelona. Adicciones 8, 127-148.
- (8) Luengo, M.A., Romero, E., Gómez, J.A., Lence, M. (1999). La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. Madrid. Ministerio de Interior.
- (9) Suelves, J.M. (1998). Evaluación de programas escolares de prevención del abuso de drogas: algunas indicaciones derivadas del meta-análisis. Idea. Prevención 16, 50-60.
- (10) Pentz y col. 1995.
- (11) Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Miller, J.Y. 1992. Psychological Bulletin, 112, 64-103.

- (12) Dishion, T.J., McCord, J., Poulin, F. 1992. When interventions harm. Peer group and problem behavior. *American Psychologist* 54, 755-764.
- (13) PDFY. University Whasinthon.
- (14) ISPF. University Uthat.
- (15) Botvin, G.J. 2000. Preventing Drug Abuse in School: Social and Competence Enhancement Approaches Targeting individual. Level Etiologic Factors. *Addictive Behavior*, 25, 887-897.
- (16) Botvin, G.J. 2000.
- (18) Carvajal, S.G., Wiatreck, D.E. Evans, R.I., Knee, C.R., Nash, S.G. 2000. Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: Cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of adolescent health* 27, 255-265.
- (19) Wills, T.A., Baker, A., Botvin, G.L. 1989. Dimensions of assertiveness: differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of consulting and clinical Psychology*. 57, 473-478.
- (20) Goldberg, C.J., Botvin, G.L. 1993. Assertiveness in hispanic adolescents: relationship to alcohol use and abuse. *Psychological reports*, 73, 227-238.
- (21) Suelves, J.M., Romero, R., Sánchez-Turet, M. 2000. Prevención del abuso de drogas en la escuela secundaria tras la reforma educativa. Implantación de diversos programas en la ciudad de Barcelona. *Gaceta sanitaria* 14, 131-138.
- (22) Ary, D.V., Tildesley, E., Hops, J. 1993. The influence of parent, sibling and peer modeling and attitudes on adolescent use of alcohol. *The international Journal of the Addictions*, 28, 853-880.
- (23) Dishion, T.J., McCord, J., Poulin, F. 1999. When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755-764.
- (24) Suelves, J.M. y col. 2000.
- (25) Silverman, G. Donna Mates. OPSTF News Diciembre. 1990. vol 5 nº 2 Formación de profesores en educación sobre drogas.
- (26) Suelves, J.M., Sánchez-Turet, M. 2001. Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: resultados de un estudio transversa. *Anales de psicología* vol.17. nº1. 15-22.
- (27) Gonzalez Lucini, F. La educación como tarea humanizadora. El patio escolar www.edelvives.es.

“Enseñar Salud desde la Escuela”

GRAJERA GUERRA, V.*; PATRÓN MANZANO, I.**

**Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad de Extremadura. Enfermera asistencial en el Área de Salud de Coria*

***Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad de Extremadura. Enfermera en la residencia-club de ancianos de Coria*

La educación para la salud está encaminada a desarrollar la personalidad, las aptitudes, la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades (artículo 29 de los Derechos del niño ONU).

OBJETIVOS

- Motivar a los niños y jóvenes a para que cambien sus hábitos por otros más saludables.
- Ayudar a la población joven a adquirir los conocimientos y capacidades necesarias para adoptar y mantener hábitos a lo largo de sus vidas.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO ASIGNATURA IMPARTIDA EN LA ESCUELA E INSTITUTOS

¿Por qué enseñar a los niños/as desde muy pequeños a cerca de la salud y más concretamente de la suya propia?

Porque si se enseñan hábitos y modelos saludables desde pequeño, lo mismo que se aprende a sumar o a escribir sin faltas de ortografía, geografía, música, etc., se aprenderá a detectar, examinar, y dar soluciones a situaciones relacionadas con su propia salud y la de su comunidad.

Produciéndose de esta forma y en menor medida, mal entendidos y, desorientaciones a cerca de la salud.

Con esta enseñanza intentaremos evitar fracasos que en la actualidad se están produciendo diariamente, ocasionando pérdidas muy valiosas. Podíamos señalar, el consumo de drogas, el estrés, la competitividad, desórdenes alimenticios, etc.

Para que esto suceda lo menos posible, se informará adecuadamente, se enseñará estilos de vida saludables, se intentará con todos los medios educativos a nuestro alcance que sean responsables de su propia salud, haciéndoles ver que la salud es un bien muy preciado por el que merece la pena velar.

Es muy importante hacerles conscientes que tienen que saber cuidarse ellos mismos, y a la vez estar preparados para cuidar en el futuro, que aprendan a aceptar los cambios que constantemente se producen en su cuerpo, incluso en su forma de pensar y actuar.

En conclusión que tanto niños/as como jóvenes deberían adquirir poco a poco conocimientos, actitudes, comportamientos y hábitos relacionados con la salud. Habría que tener en cuenta el entorno familiar y social.

La enfermería siente una profunda preocupación por el proceso de formación integral de las personas, por lo tanto es consciente y no puede estar ajena de los cambios sociales que están ocurriendo. Teniendo así que desplazar nuestro centro de atención de la enfermedad y del hospital y enfocarlo hacia la salud y al entorno familiar, educando a los niños y jóvenes.

La enfermera como profesional de la salud formaría parte del equipo educativo en los centros de educación. Con esto se ampliaría la prestación educativa tan importante para la vida futura de niños y jóvenes, como es **la salud y la calidad de vida**.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ENSEÑANZA PRIMARIA

La enseñanza Primaria se divide en seis cursos, desde primero a sexto, las edades de los escolares están comprendidas entre los seis años para primero y once o doce para sexto curso.

Estas edades son muy propicias para la adquisición de todo tipo de conocimientos y entre ellos la SALUD. Algo tan importante desde todos los puntos de vista. Si se adquieren buenos hábitos en estas edades, se mantendrán para toda la vida.

En la actualidad, educación para la salud se imparte como materia transversal, ello quiere decir, que dentro de algunos temas existe un pequeño punto dedicado a la

salud, y que la mayoría de las veces casi pasa inadvertido, y al ser tan pequeño el apartado, los niños a penas le dan la importancia que merecen.

Durante este periodo escolar se debería enseñar: Higiene, educación bucodental, alimentación, eliminación, ergonomía, respiraciones, actividad y ejercicio físico, accidentes, descanso y ocio, seguridad, profesionales de la salud y centros de salud, hospitales, etc.

Todos estos temas se adaptarán de forma adecuada a cada curso, nos fijaremos unos objetivos de aprendizaje y utilizaremos todos los medios educativos para alcanzarlos. Habrá que repetirlos tantas veces como sea necesario para que la fijación sea completa y se confirmen los conocimientos y hábitos aprendidos.

Aprenderán a cuidar su salud y la de su comunidad, de la misma manera que lo hacen con las matemáticas, que es haciendo cuenta, problemas, etc., o como se aprende a escribir que es haciendo dictados, escribiendo, o a leer que es leyendo, etc. En la asignatura de Educación para la salud, aprenderán por ejemplo enseñándoles a sentarse correctamente, a respirar correctamente, a cuidar su piel, etc.

- Periódicamente nos reuniríamos con los padres, tanto colectivamente como en privado para conocer el entorno de los niños y a la vez para que los padres sepan lo que estamos haciendo, y muchos de ellos tendrán la oportunidad de aprender también. (La comunicación con los padres o tutores es fundamental).
- Haremos un estudio y análisis de la comunidad en la que vamos a impartir nuestros conocimientos, desde un punto de vista social, económico, físico, para adaptar nuestros consejos y enseñanzas educativas a las posibilidades de los niños y su medio. De esta manera enfocaremos la Educación para la Salud de la forma más adecuada para que pueda servirles y no la vean como algo abstracto o utópico, sino como una asignatura válida y práctica.
El número de horas a la semana sería de dos horas.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ENSEÑANZA SECUNDARIA

La educación secundaria obligatoria en España está dividida en cuatro cursos, cuyas edades están comprendidas entre los doce y quince-dieciséis años para los de cuarto curso.

Esta etapa de la vida es muy comprometida, en donde se producen cambios físicos y psíquicos fundamentales y vitales para los jóvenes, edad donde se toman decisiones importantes y decisivas para la vida futura.

Durante la juventud, los adolescentes demandan constantemente información que necesitan para poder afrontar problemas y situaciones. Los mensajes y consejos de salud deben ser claros y consistentes para que la adquisición de hábitos sea firme.

Volveremos a insistir y comprobar en los hábitos adquiridos durante la etapa primaria, pero nos centraremos principalmente en: educación sexual, trastornos del comportamiento alimenticio, prevención de SIDA-VIH, prevención de hábitos tóxicos: alcohol, tabaco, drogas..., prevención de enfermedades del aparato locomotor, salud mental...

Esta materia se impartiría durante dos horas a la semana.

METODOLOGÍA

Utilizamos una metodología que facilite el desarrollo de los procesos educativos.

El proceso educativo debe abarcar tres áreas: cognitivo, afectivo y de habilidades, para ello los profesionales de enfermería deben tener unos conocimientos y preparación sobre la materia a impartir, deben gestionar la propia sesión, el tiempo, los contenidos, los recursos, etc... Además debe saber desempeñar el rol de educador/a.

- Adquisición de conceptos. Presentación de ideas básicas.
- Relacionar conceptos nuevos con los que ya se conocen.
- Partir del nivel de desarrollo de los participantes.
- Usar estrategias como la experiencia para aprender.
- Ampliar conocimientos. Tener en cuenta los intereses de grupo.
- Favorecer el conocimiento crítico.

Si los jóvenes siguen con aprovechamiento esta asignatura y son conscientes de los que se les enseña, tendremos una población sana y responsable, sabiendo pautas de comportamiento en cada momento, y posiblemente estaremos evitando accidentes que en la actualidad se producen, como son muerte por ingesta de drogas de diseño.

MEDIOS UTILIZADOS EN LA ENSEÑANZA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Recursos materiales

Se agruparán en tres cuestiones básicas:

1. Información imprescindible para asimilar los contenidos.
2. Recogida de datos y cuestiones relacionadas con la materia “Salud en la Escuela”.
3. Vocabulario básico para la comprensión de los contenidos.

Modelo de trabajo

- Trabajo dentro de aula con grupo de no más de veinte alumnos.
- Individual con cada alumnos.

Material

1. Medios visuales:
 - Palabra escrita, dibujos, fotografías.
 - Folletos, libros, historietas, periódicos, revistas, cuestionarios.
 - Publicidad, encuestas.
 - Pizarras magnéticas, esquemas.
 - Diapositivas, filminas.
 - Ordenadores, cañón de proyección.
 - Representaciones, juegos, exposiciones, museos.
2. Medios auditivos:
 - Palabra hablada.
 - Debates, conferencias, entrevistas.
 - Grabaciones.
3. Medios audiovisuales:
 - Cine, vídeo, representaciones teatrales, etc.

BIBLIOGRAFÍA

Ley orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo B.O.E. nº 238 de octubre de 1990.

Derechos de los niños. O.N.U.

Niños y enfermeras una atención sin fronteras 1996. Edita Asociación española de la enfermería de la infancia.

La aventura de la vida. EDEX 1995.

“Proyecto de Educación para la Salud en Centros Educativos”

PERAL, L.*; MARTÍN, M. D.*; BARBANCHO, F. J.**;
BAÑULS, M.***; CORTÉS, M.***; PÉREZ, M. V.****
**Gerencia Área de Plasencia. **EAP Plasencia I*
****COPF Jaraíz de La Vera. ****CEDEX Jaraíz de La Vera*

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE PLASENCIA

Nuestra Área de Salud de Plasencia está situada al Norte de Extremadura. La componen 14 Zonas Básicas de Salud. De estos 14 Centros 1 de ellos es urbano, 2 semiurbanos y el resto son rurales. El mapa Sanitario del Área de Plasencia aparece en la Figura 1.

El Área de Salud tiene una población de 112.072 (fuente de datos número de T.I.S Gerencia de Área de Plasencia enero 2003) con 98 núcleos de población. Pirámide de población del Área. Figura 2.

El Hospital de referencia de nuestra Área es el Virgen del Puerto ubicado en la población de Plasencia.

En cuanto a los Centros Educativos del Sector están formados por varios núcleos rurales y la Ciudad de Plasencia, con un número de 68 Centros Público entre Educación Primaria y Secundaria.

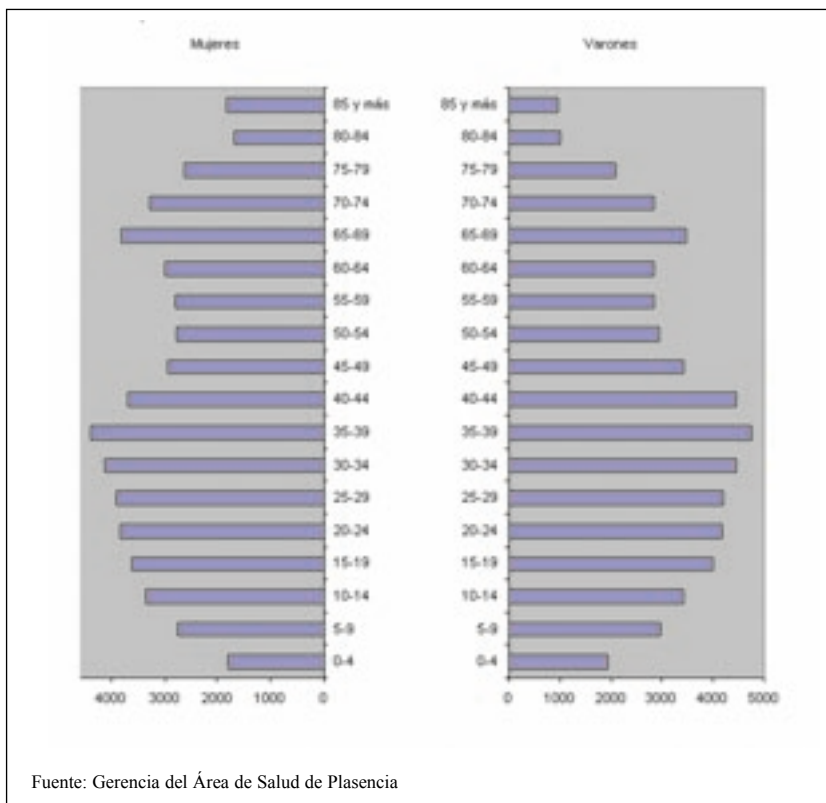
OBJETIVO

El objetivo principal del programa es el de realizar un proyecto educativo para mejorar la calidad de vida en los usuarios que en este caso son niños del ciclo de Educación Primaria.

Como objetivos secundarios se pretenden aumentar la coordinación entre los profesionales del Área, promover la formación en el ámbito correspondiente y fomentar la investigación.

FIGURA 1. MAPA SANITARIO DEL ÁREA DE PLASENCIA



FIGURA 2. PIRÁMIDE POBLACIONAL ÁREA DE PLASENCIA

METODOLOGÍA

En el Área de Salud se formaron grupos de trabajo multidisciplinar de profesionales socio sanitarios, se pretende, que estos grupos elaboren el proyecto y sean responsable de la implantación del mismo en todo el Área de Salud pudiendo evaluar a corto y largo plazo el desarrollo del proyecto.

Deberán los miembros del grupo ser dinamizadores y motivadores, para llevar a cabo el proyecto en aquellas Zonas Básicas de Salud dónde la puesta en marcha sea dificultosa, valorando los factores que influyen de manera negativa e intentando impulsar el proyecto en la medida de lo posible.

Una vez formado el grupo de profesiones del Área, entre los que se encuentra Pediatras, Médicos, Enfermeros, Trabajadores Sociales y Psicólogo, se analiza la situación y se elige por consenso entre todos los problemas de salud potenciales, el

que nos parece más básico de abordar: el de la alimentación, como comienzo de un proceso integral, después iremos añadiendo otros temas de interés sanitario y sociales. Nos parece que la alimentación es un tema importante, porque influye en el crecimiento y desarrollo, siendo de importancia vital para mantener un buen estado de salud y prevenir enfermedades crónicas y degenerativas. El proyecto que nos ocupa va encaminado a realizar una serie de actividades con el desayuno y el recreo.

Una vez finalizado el proyecto y preparado el material de apoyo se presenta por los 14 Equipos del Área, la presentación corre a cargo de los miembros del grupo.

También se realiza una presentación a los profesiones de los Centros Docentes donde se invita: a los coordinadores y responsables de enfermería de los equipos, al equipo directivo de todos Colegios, así como a los representantes de la Asociación de Padres y Madres de Alumnos de Plasencia, Jaraíz y Montehermoso, por ser la poblaciones con mayor número de habitantes y que corresponden al 63,5% del total del área de salud, el objetivo es lograr la colaboración de dichos profesionales para llevar a cabo el proyecto.

En cada uno de los Equipo del Área se nombra un responsable del programa de Salud Escolar, y se les oferta un curso de manejo y técnicas de comunicación en niños de edad escolar, ya que era una demanda de los profesionales sanitarios por presentar lagunas y falta de formación y experiencia en este campo. Sobra comentar que estos responsables son los encargados de impulsar este servicio dentro que cada Equipo.

El proyecto está suficientemente justificado debido a la importancia que tiene la alimentación para un correcto crecimiento y desarrollo de los niños. Hay múltiples estudios que destacan que lo anteriormente expuesto es preocupante debido a que la mayoría de los niños no hacen un desayuno correcto, no aportan en su alimentación nutrientes esenciales, bien porque la cantidad es insuficiente o bien porque la aparición de los mismos en el desayuno es nula.

Uno de los objetivos del programa es destacar la importancia que tiene el primer aporte dietético del día en el rendimiento escolar, tanto físico como a nivel mental.

El programa consta de una serie de actividades que se llevarán a cabo dentro del curso escolar correspondiente. Previo a la iniciación se han de poner en contacto con el Colegio para elaborar conjuntamente un cronograma de las actividades a realizar.

Antes de iniciar las actividades es conveniente realizar una reunión con los padres de alumnos a los que va dirigido el proyecto, se presentará el mismo y lo que se pretende conseguir.

Son 7 las actividades a desarrollar dentro del proyecto, para ellas se dispondrá de al menos 1 hora y media por sesión. Las actividades planteadas son las siguientes:

- 1ª Mis invitados desayunarán.
- 2ª Clasificación de bollería industrial y chucherías.
- 3ª Conservación de los alimentos.
- 4ª El consumidor cuidadoso ¿Lo compro sí o no?
- 5ª Autoimagen y autoconcepto.
- 6ª Análisis de los medios de comunicación respecto de la figura corporal de moda.
- 7ª La comida y las emociones.

Dentro del proyecto se elaboró una guía del Manual del Educador, con el objetivo de ampliar conocimientos sobre “la alimentación y el desarrollo emocional, prevención de los trastornos de alimentación”, campo de actuación que nos cuesta abordar a los sanitarios, por la falta de formación en ese aspecto.

Otras de las actividades programadas sería la de realizar un desayuno colectivo en el mismo centro educativo, en el cual los propios alumnos, traerían el menú de casa con la implicación de los padres en dicho proceso.

Todas estas series de actividades tienen una serie de ficha pret-post test que nos vale a modo de evaluación de la actividad. Estas fichas se guardarán para evaluar los resultados al finalizar el programa.

Junto con el programa, también existe material de apoyo como: fichas para el desarrollo de la charla de los padres y alumnos, fotocopias de los cuestionarios, y un video.

El Centro de Formación del Profesorado, al cual también se invitó a participar en el proyecto para contar con su colaboración, realizará un curso sobre “Alimentación Saludable” dirigido a los profesores de los Centros Educativos del Área, con el objetivo de poder apoyar el protocolo.

CONCLUSIONES

En una primera evaluación del programa nos es grato observar los resultados iniciales ya que en al menos 1 Centro Educativo de cada Zona Básica de las 14 con que cuenta el Área de Salud se ha puesto en marcha el programa. Los datos que

hemos obtenidos en una primera ronda son los cronogramas de 18 Centros Educativos. Al finalizar el curso escolar se evaluarán:

- El número de Centros Educativos donde se hayan puesto en marcha.
- El número de Equipos de Atención Primaria que lo han desarrollado.
- El número de Profesionales implicados.
- El número de actividades realizadas del proyecto.

También se recogerán las encuestas de evaluación de las actividades para poder evaluar otros indicadores a definir previamente por el grupo de trabajo.

Es función del grupo valorar todos los posibles problemas planteados, tanto en los centros que lo han desarrollado como en los que no lo han hecho. Dar posibles soluciones e intentar mejorarlo en la medida de lo posible para que en el próximo curso escolar se lleve a cabo en el resto de los Centros donde ha sido imposible su implantación.

BIBLIOGRAFÍA

Folguera Mc, Bonilla I Hábitos de salud en los escolares. Revista ROL de Enfermería 1996;212:59-63.

Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios. Guía elaborada en el Marco del Convenio de Colaboración para fomentar la educación para la Salud en la escuela suscrito entre los Ministerios del Interior, de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte. Año 2000.

AUTORES

Peral Baena Lidia. Enfermera de Atención Primaria, actualmente Directora de Enfermería de Primaria del Área de Salud de Plasencia.

Martín Gil Dolores. Enfermera de Atención Primaria, actualmente Responsable de Enfermería de Equipos de Atención Primaria del Área de Plasencia.

Barbancho Francisco Javier. Pediatra de Equipo de Atención Primaria de Plasencia Centro.

Bañuls Marta. Enfermera del Centro de Planificación Familiar de Jaraíz de la Vera.

Cortés Montserrat. Trabajadora Social del Centro de Planificación Familiar de Jaraíz de la Vera.

Pérez M.^a Victoria. Psicóloga Centro de Desintoxicación de Drogodependencias de Jaraíz de la Vera.

“La Semana de la Salud”

ANA ISABEL ROSAS GARCÍA
C.P. “Ntra. Sra. de Guadalupe”. Vivares

OBJETIVOS

- Conocer qué es la salud y qué factores influyen en ella.
- Ampliar el concepto de salud más allá que la ausencia de enfermedades.
- Fomentar la adquisición de hábitos saludables.
- Incidir en las prácticas cotidianas relacionadas con la salud con el fin de valorarlas y, en lo posible, mejorarlas.
- Estudiar, bajo el punto de vista de la salud el entorno más inmediato y deducir cómo puede llegar a influir en nuestra vida.
- Tomar contacto con los profesionales responsables de la salud y conocer su misión. Concretar en uno de ellos.
- Establecer relaciones de colaboración entre los docentes y los sanitarios.
- Implicar a las familias de los alumnos en la actividad general del centro y en las referidas a la Educación para la Salud en concreto.
- Valorar la salud como un bien individual y común.
- Descubrir otros espacios de aprendizaje fuera del recinto escolar y a cargo de otras personas distintas del profesorado habitual.
- Favorecer el trabajo en grupo y la toma de decisiones.
- Fomentar el espíritu crítico y la propuesta de alternativas.

FASES

- Fase previa: Diseño del proyecto. **Presentación al Consejo Escolar.**
- Primera fase: Planificación y elaboración del material. **El diseño inicial se concreta. Reuniones del profesorado. Contacto con colaboradores. Información a las familias.**
- Segunda fase: Celebración de la semana de la salud. **Las actividades más significativas se concentran en una semana que se celebra en el segundo trimestre.**
- Tercera fase: Evaluación y elaboración de memoria. Presentación de propuestas de continuidad.

CONTENIDO

- **Lunes:** Día de la alimentación.
- **Martes:** Día de la higiene.
- **Miércoles:** Día de los profesionales de la salud.
- **Jueves:** Día del entorno saludable.
- **Viernes:** Día del deporte.



DÍA DE LA ALIMENTACIÓN:

- **Elegimos un alimento “estrella”.**
- **Se estudia:**
 - ¿De dónde lo obtenemos?
 - ¿Qué propiedades tiene?
 - ¿Cuál es su sabor?
 - ¿Cuándo lo consumimos?



- ¿A qué grupo pertenece?
- ¿Cómo se conserva, cómo se envasa, cómo se prepara?
- ¿Qué profesiones están relacionadas con él?
- ...
- Se cocina.
- Y a lo largo de la semana... se degusta.



DÍA DE LA HIGIENE

- Cada año nos centramos en una parte de nuestro cuerpo: la boca, el pelo, la piel, los ojos...
- Averiguamos cómo es, cómo funciona, para qué nos sirve...
- Aprendemos:
 - Qué cuidados necesita.
 - Qué productos o utensilios se utilizan en su higiene.
 - Qué podemos hacer nosotros para que esa parte de nuestro cuerpo se mantenga sana.
 - Qué debemos evitar para no causarle daño...
 - A quién debemos acudir si nos duele o tenemos algún problema...



DÍA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

- Estudiamos una profesión relacionada con la salud y buscamos a una persona que la ejerza.
- Esa persona viene al centro o vamos donde ella trabaje.
- Aprendemos dónde trabaja, cuál es su horario, qué tareas realiza, si viste de alguna forma especial, qué utiliza en su trabajo, qué se necesita para ejercer esa profesión...



DÍA DEL ENTORNO SALUDABLE

- Estudiamos lo que nos rodea: si está limpio, si es seguro, qué costumbres -saludables o no- se practican a nuestro alrededor...

- Hacemos salidas para comprobarlo, preguntamos en casa o a otras personas que sepan del tema más que nosotros...
- Pensamos qué podemos hacer para mejorar nuestro entorno y nos proponemos llevarlo a cabo.



DÍA DEL DEPORTE

- Seleccionamos un deporte y aprendemos cosas nuevas sobre él:
 - Si es individual o por equipos.
 - Dónde se practica.
 - Qué se utiliza para practicarlos.
 - Cuáles son sus normas.
 - Qué beneficios nos aporta.
 - Qué cuidados hay que tener al practicarlos...



OTRAS ACTIVIDADES

- Elaboración de encuestas.
- Relaciones de refranes y frases hechas.
- Recopilación de poesías, canciones...
- Actividades matemáticas: problemas, medidas, representación de datos...
- Murales, carteles...
- Proyección de películas o documentales.





COLABORAN CON NOSOTROS



nuestras familias



los profesionales de la sanidad



casas comerciales,
establecimientos



Escuela de Consumo de Mujeres

instituciones



Pala Ciclista Guadalupe, Dos Barrios

asociaciones

CONCLUSIONES

- ✓ Es una actividad motivadora para los alumnos.
- ✓ Favorece el trabajo en equipo de los maestros.
- ✓ Fomenta la participación de las familias y del entorno.
- ✓ Amplía el espacio habitual de aprendizaje y el número de personas implicadas en el mismo.
- ✓ ...

“La enfermera escolar: una necesidad dentro del entorno educativo”

ROJO DURÁN, R. M.*; RODRÍGUEZ-ARIAS ESPINOSA, C. M*.;
MERCHÁN FELIPE, M. N.*; GALINDO CASERO, A.*; TRUJILLO HERNÁNDEZ, J.**;
VILLA ANDRADA, J. M.*; GARCÍA RETAMAR, S.*; GARVÍ GARCÍA M.*
**Diplomada/o en Enfermería por la Universidad de Extremadura*
***Licenciado en Enfermería por la Universidad de la Habana (Cuba)*

INTRODUCCIÓN

La EpS de la población sana constituye uno de los principales campos de acción, puesto que la educación es fundamental para que la comunidad reconozca los factores determinantes de enfermedad, desarrolle hábitos y estilos saludables.

Consideramos el entorno escolar como el lugar idóneo para realizar educación en salud, porque los alumnos permanecen en los centros docentes gran parte de su tiempo, y además son personas en fase de formación tanto física como mental y socio-cultural.

El enfoque de la Educación en Salud se basa en valores positivos para fortalecer en los escolares sus habilidades para la vida.

Independientemente del modelo educativo que se utilice, todo lo que se hace o no en determinadas ocasiones y como nos comportamos, condiciona, unas veces directa y otras indirectamente, tanto la salud propia como la de los demás.

Aún siendo importantes los contenidos de salud en las asignaturas del modelo educativo actual, por sí solo no son suficientes para ser asumidos por el alumno y reflejarlo en su vida diaria como un hábito o actitud positiva.

Los cambios y transformaciones socio-políticas y tecnológicas, y el compromiso de integración europea, necesita de formas educativas diferentes a las actuales, más ricas y diversas. El diagnóstico de la realidad social y escolar, plantea la necesidad de introducir personal sanitario dentro del ámbito educativo: la Enfermera Escolar.

Todos los procesos que lleven a una reflexión sobre la salud en el medio escolar, unidos a todos los comportamientos de todos los miembros del equipo escolar: profesores, psicólogos, asistente o educador social...actuarán como agentes

educadores de salud. Por ello, consideramos que la Enfermera debería ser un miembro más de este equipo multidisciplinar.

ANTECEDENTES

Cuando comenzamos a trabajar sobre el tema que hoy nos ocupa, “La Enfermera Escolar: una necesidad dentro del entorno educativo” pudimos constatar cómo, de la literatura existente sobre el tema, destacaba la extensa, diversa y variada bibliografía extranjera, en contraste con el escaso marco teórico existente en España.

Por ello, nos propusimos como objetivos de esta comunicación, aportar una reflexión y unas propuestas en torno a la necesidad de institucionalizar la figura de la enfermera escolar en los centros docentes, fundamentalmente en los niveles de enseñanza primaria y secundaria obligatoria. Y describir sus funciones con alumnos, profesores, padres y equipo de Atención Primaria.

El equipo escolar lo conforman los profesores, que invierten en la formación de sus alumnos para asegurarles un mejor bagaje cultural; el psicólogo escolar, que interviene en la resolución de conflictos personales del alumno; el trabajador social que trata de resolver o mediar en los problemas sociales. Nosotros consideramos, que los enfermeros expertos (con experiencia) también deberíamos formar parte del equipo escolar como proveedores de una parte importante del proceso educativo: conocer cómo cuidar, promocionar y promover la salud, así como asistir en todos los procesos de salud que requieran de nuestra atención o cuidados.

Si bien creemos que los enfermeros constituimos un elemento clave, también somos conscientes de que no será solo la formación que nosotros aportemos la que asegurará la salud de los escolares. Debemos contar además de con todo el equipo escolar, con la participación de otros soportes: la familia, los organismos oficiales, medios de comunicación, etc... para conseguir que los alumnos crezcan como personas sanas, para que se enriquezcan como individuos y disfruten con el conocimiento, haciéndoles protagonistas del aprendizaje de su salud. Hoy es un buen día para plantearnos lo que en estos momentos puede ser una utopía, pero que pretendemos, y trabajamos por ello, acercarla a la realidad. (En muchas ocasiones, y confiamos en que esta sea una de ellas, lo que en un determinado momento se considera irrealizable, se puede convertir en realidad gracias al esfuerzo de unos pocos, si todos apostamos por ello).

Recordamos cómo hasta hace pocos años, se consideraba una utopía que la Educación para la Salud en el medio escolar fuera una de sus grandes preocupaciones del Ministerio de Educación. También lo consideraban así los expertos en materia de

salud, gobernantes, educadores, organismos internacionales, etc, los cuales reconocen en la actualidad que la salud debe aprenderse desde edades tempranas en el entorno escolar igual que las demás materias.

El primer informe del Comité de Expertos en Educación Sanitaria del Público (París 1953) ya hacía mención al importante papel de la escuela. En 1959 la OMS junto con la UNESCO crearon un Comité de Expertos, que en 1966 publicó el libro “Planificación de la educación sanitaria en las escuelas”, donde ambos organismos consideran la educación sanitaria como una parte importante de la educación en general, y un medio para promover la salud.

En 1988 nos encontramos con las “Recomendaciones y Resoluciones” elaboradas por el Consejo de Ministros de Educación de los estados miembros de la Comunidad Europea. Estas recomendaciones enfatizaban la importancia del desarrollo de una educación para la salud incorporada al currículo escolar basada en la salud contemplada desde el punto de vista holístico, así como la importancia específica de los docentes y la importancia de aunar los esfuerzos de la comunidad y de la escuela.

En 1990 se celebró en Irlanda la “1ª Conferencia Europea de Educación para la Salud”, donde se recomendó la inclusión de contenidos en el currículo de la enseñanza obligatoria porque es el modo más efectivo para promover estilos de vida saludables, y el único camino para que ésta llegue a todos los niños, independientemente de la clase social y de la educación de sus padres.

En España se ha trabajado desde el año 1986 en la inclusión de esta materia, la Educación para la Salud, en el currículo de la reforma educativa. La colaboración entre los Ministerios de Educación y Cultura y el de Sanidad y Consumo, llevó a la firma de un convenio de cooperación, firmado en 1989, el cual persigue tres objetivos principales:

- Apoyar la formación de los docentes.
- Promover experiencias innovadoras en centros escolares en colaboración con el sector sanitario.
- Elaborar materiales didácticos adecuados.

En 1990, se aprobó la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) y en ella se reflejaba como la Educación para la Salud debía tratarse como conocimiento transversal, impregnando todas las áreas del currículo del alumno, debiendo contemplarse en cada uno de los tres niveles educativos: Educación Infantil, Primaria y Secundaria.

En el mes de Diciembre del año 2002, la Ley Orgánica de Calidad de la Educación (LOCE), sustituye a la anterior (LOGSE), pero el cuidado de la salud se continúa reflejando en los objetivos marcados.

SITUACIÓN ACTUAL

En nuestra Comunidad Autónoma, el Plan de Salud de Extremadura 2001-2004 define la educación para la salud como un “proceso que informe, forme, motive y ayude a la población a adoptar y mantener conductas y estilos de vida saludables, y propugne los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos”.

En este proceso, tienen especial importancia los profesionales de la enseñanza, los padres y los alumnos, por ser este último un colectivo que aún no tiene definido hábitos ni actitudes. La EpS irá dirigida a potenciar en el joven hábitos de conducta saludables que no sólo repercutirán en su beneficio, sino también en la comunidad en la que vive.

Este Plan de Salud contempla la salud escolar, y la define de la siguiente manera: “La salud escolar aborda la promoción, protección y conservación de la salud de los escolares en todos sus aspectos. En esta etapa del desarrollo resulta más fácil incorporar nuevos hábitos que constituyan estilos de vida saludables, así como corregir determinadas anomalías si se detectan precozmente. De la misma manera, se empiezan a configurar los estilos de vida y comportamientos futuros de las personas, y la actuación sobre estos y el medio ambiente a través de la educación para la salud determinarán el desarrollo integral del individuo”.

En estas edades, los accidentes suponen la primera causa de muerte y son un problema de salud importante como fuente de limitaciones. Otros problemas de salud vinculados a hábitos y comportamientos como son las toxicomanías, enfermedades infecciosas o los trastornos de la conducta alimentaria también tienen un importante impacto socio sanitario.

En Extremadura, el desarrollo del Programa de Salud Escolar está garantizado desde 1990 por la Ley 2/1990, de 26 de Abril, de Salud Escolar que propone como objetivos generales:

- Aumentar el nivel de salud de la población escolar.
- Disminuir la morbilidad de determinados problemas de salud de los escolares.
- Desarrollar actitudes y comportamientos que promuevan la salud y prevengan la enfermedad.

Y como medidas para alcanzarlos: La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la mejora de los servicios y la coordinación de los diferentes sectores implicados.

El Plan indica que los esfuerzos estarán dirigidos a lograr una coordinación eficaz entre los distintos ámbitos institucionales y comunitarios y entre la atención primaria y la especializada. Se fomentará: la participación comunitaria en salud escolar; la formación continuada de los profesionales implicados; la EpS, tanto de la población general como de la escolar y la investigación en el campo de la salud escolar.

Los objetivos que contempla el plan de salud escolar son:

- Realización de los exámenes de salud a todos los escolares de la Comunidad Autónoma de primero y quinto de Educación Primaria y segundo de ESO, incluyendo revisiones bucodentales y derivación a consultas especializadas a todos los escolares a los que se les haya detectado alguna anomalía, según protocolos establecidos.
- Comprobación del correcto estado vacunal de los escolares. En los casos de niños no vacunados o vacunados de forma incompleta se procederá a completar sus vacunas.
- Impulso de la educación para la salud en los escolares y en el resto de la comunidad escolar, dirigida a la adquisición de hábitos saludables, especialmente en: higiene y salud bucodental, alimentación, conveniencia del consumo de sal yodada, prevención de accidentes, ejercicio físico, vacunaciones, prevención de drogodependencias, consejo antitabáquico, sexualidad, higiene visual, etc.
- Realización de estudios epidemiológicos del estado de salud de los escolares, especialmente aquellos que nos permitan determinar la prevalencia de caries y la del bocio endémico.
- Realización de inspecciones de los centros educativos, dirigidas a garantizar las condiciones higiénico sanitarias, la de seguridad en los mismos y la existencia de material mínimo necesario para la atención de primeros auxilios.
- Realización de inspecciones de centros escolares y comedores para garantizar las condiciones higiénicas sanitarias del medio escolar y la elaboración de dietas equilibradas, con especial referencia al consumo de sal yodada y de alimentos de Extremadura.
- Creación de un sistema de registro de accidentes escolares en todos los centros educativos.

Si la Educación para la Salud en el medio escolar tiene como fin inculcar conocimientos, actitudes y hábitos positivos de salud al individuo durante sus etapas de desarrollo, orientados a comportamientos promotores de salud, y a la prevención de las principales enfermedades de este grupo de edad, debe promover el desarrollo de habilidades para la adopción de estilos de vida saludables en la madurez.

El hecho de trabajar con un grupo de población en fase de desarrollo físico, psíquico y social hace de la escuela el foro más adecuado para contemplar la Educación para la Salud, pues es en esta etapa escolar cuando el alumno es más receptivo al educador.

Y si además el medio escolar supone un entorno común, lo que le facilita que se llegue a una población más extensa debería contemplarse que, para la asunción de objetivos tan ambiciosos, existiera un personal específico capaz de abordar al individuo de forma holística: la Enfermera Escolar.

En los documentos anteriormente citados se expone cómo deben ser los docentes (que en la mayoría de los casos no están bien formados en temas de salud) y los equipos de Atención Primaria, (para las cuales se delimitan sus funciones) los que se encarguen de cumplir con todos los objetivos marcados por dichos documentos.

La realidad es que están desbordados y tanto la educación para la salud como la atención directa cuando hay que tratar un problema de salud concreto (niños con enfermedades crónicas, administración de medicación, traumatismos, pérdida de conciencia, etc) son temas que están muy lejos de ser abordados adecuadamente en el Centro Escolar.

La Educación para la Salud, en la mayoría de los casos se presenta de forma puntual y parcial, sin un programa definido por el centro docente y sin un seguimiento para poder conocer sus resultados. Generalmente esta educación se lleva a cabo mediante acciones aisladas, desarrolladas en los Centros por distintos profesionales y organizaciones que de forma aleatoria transmiten a los alumnos aspectos concretos sobre algún tema de educación para la salud.

El problema se agrava en secundaria. Cuando se realizan actividades encaminadas a promover, promocionar o educar en salud, por regla general son los enfermeros los que se ocupan de forma esporádica de realizarlas. Estas actividades van dirigidas a algunos de los alumnos del centro escolar, no a todos; a veces por iniciativa de los enfermeros, a veces a petición de algún profesor que se siente poco preparado para ello.

En la actualidad, la educación para la salud se concibe como una alternativa participativa, siendo sus elementos claves los problemas propios del alumnado, necesidades, conceptos e ideas que deben formar la base de la EpS moderna.

Para Gaviria y colaboradores, el verdadero tratamiento transversal tiene lugar cuando todas o gran parte de las áreas de conocimiento contribuyen al desarrollo de los contenidos de salud. Para ello se exige la colaboración del equipo docente: profesores, psicólogo, trabajador social y enfermera escolar. Todos ellos tienen el fin de alcanzar un amplio objetivo: que los alumnos sean considerados agentes activos de salud, que exporten las actividades del aula fuera del Centro, fomentando la coordinación con otras instituciones. Para ello será fundamental contar, como ya existe en otros países de la Unión Europea, con la figura de la Enfermera Escolar, que se encargaría de potenciar los factores que sostienen estilos de vida saludables y reducir otros que generan alteraciones en la salud, combinando medidas educativas y organizativas con medidas políticas; formando e incentivando a toda la comunidad escolar y educativa a que elijan las opciones más saludables.

En Europa, países como Francia y el Reino Unido fueron pioneros al integrar la enfermera en el centro docente. En los Estados Unidos de América existe en los centros educativos de preescolar, educación básica y bachiller, la figura de la enfermera escolar dentro de la comunidad educativa. Actualmente están censadas alrededor de treinta mil. Su misión abarca una gran variedad de funciones que tienen un impacto positivo sobre los patrones de salud establecidos durante los años escolares.

Aunque en España, muchos centros escolares privados, cuentan ya con la figura de una enfermera en su equipo escolar, se debería tender a la implantación progresiva de los profesionales de Enfermería en todos los centros escolares, en necesaria convergencia real con el resto de los países de la Unión Europea. La presencia de los enfermeros en los centros escolares de estos países, ha contribuido entre otras cosas, a reducir el número de embarazos no deseados entre las adolescentes, así como los abortos y otros problemas de salud.

EXPECTATIVAS DE FUTURO

En la educación es obligado ser utópico, porque trabajamos con algo que no existe y nuestro objeto es crearlo, trabajamos con niños y adolescentes a los que queremos hacer crecer intelectualmente, para que sean responsables y estén bien preparados ¿no es esto una utopía?

Nosotros como enfermeros queremos asumir este compromiso: conseguir una mejor salud en, con y para la población escolar. Escuchando nuevas ideas, aceptando propuestas, creando diálogo, comprometiéndonos con otros docentes, con otros profesionales de la salud y con los alumnos. Para conseguir todos juntos alcanzar nuestro objetivo.

Tenemos para ello algunas puertas abiertas (LOCE) y otras entornadas (foros como éste en el que participamos), y siendo realistas, otras todavía cerradas (oficialidad).

Ante el reto de la EpS, es obligado plantearnos la necesidad de que el organigrama escolar cuente con una enfermera en su equipo. Debemos conocer si los contenidos que se imparten en el aula y el método de enseñanza que se utiliza para estos temas son los más adecuados (o son simplemente el reflejo de nuestras limitaciones y de la falta de estímulo para cambiar lo que nos resulta cómodo y seguro).

Consideramos que educar en salud no es suficiente con un programa estructurado en clases teóricas con contenidos que están en los libros. Es preciso facilitar al alumno una forma de entender y asimilar la EpS por medio del aporte de expertos, el debate en grupo, el trabajo de casos, y otras actividades que le permitan conocer de primera mano todo lo relacionado con la salud. Cambiemos el rol del educador transformándolo en facilitador del proceso del aprendizaje, demos la oportunidad de producir nuevas ideas en EpS.

CONCLUSIONES

Basándonos en nuestra propia experiencia de trabajo con los jóvenes en el Grupo Antares durante los últimos diez años, hemos podido comprobar que no basta con educar a grupos puntuales, sino que esa educación, hay que llevarla a todo el ámbito escolar. No bastan profesores preparados, se requiere la colaboración de otros profesionales: sanitarios, psicólogos... que colaboren con los docentes en todo lo que se refiere a conductas saludables, puesto que una sociedad sana, no está basada en la curación, sino en la prevención.

En los nuevos planes educativos, los psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales... se han incorporado definitivamente a los Centros, pero no ocurre lo mismo con el personal sanitario, cuya presencia no debería ser puntual o esporádica, sino constante y continuada, como un miembro más del equipo docente.

¿Cuales serían los campos de actuación específicos de la enfermera escolar? Teniendo como referencia el modelo francés, podríamos diferenciar dos grandes ámbitos de actuación: cuidadora de salud y educadora en salud.

Como **cuidadoras de salud** destacaríamos las siguientes competencias:

- Proveer cuidados básicos y/o especiales en situaciones de emergencias en el aula y en el entorno escolar.

- Garantizar la continuidad de cuidados de los alumnos con enfermedades crónicas como diabetes, asma, epilepsia, inmunodeficiencias, etc...en estrecha colaboración con los padres o tutores.
- Realizar el diagnóstico enfermero de salud de los alumnos.
- Elaborar y cumplimentar la historia de salud del alumno.
- Obtener y registrar datos epidemiológicos para su posible utilización por los organismos competentes.
- Trabajar estrechamente con otros profesionales como consejeros en materia de salud: docentes, psicólogos, etc ...en la acción tutorial a niños y padres con problemas.
- Participar directamente en la atención de los alumnos con discapacidades para facilitar su integración.
- Contribuir a la protección de los alumnos con factores de riesgo: maltrato y abuso familiar, drogodependencias, familias desestructuradas, etc...
- Mantener contacto continuo con los centros de salud correspondientes.
- Participar en la elaboración de dietas en los colegios que dispongan de comedores escolares.

Como **educadoras de salud** destacaríamos las siguientes competencias:

- Actuar dentro del equipo educativo como consejeros en materia de salud para dar una atención integral al alumno.
- Implantar en colaboración los programas de salud de las Consejerías implicadas, Educación y Sanidad.
- Divulgar conocimientos en materia de educación sanitaria.
- Fomentar hábitos de vida saludables en los niños y jóvenes así como en padres y profesores, haciendo especial hincapié en los problemas endémicos en nuestra ciudad como el abuso de bebidas alcohólicas y drogas de diseño en fines de semanas, alteración del orden público, conductas antisociales, etc...
- Colaborar puntualmente en campañas de erradicación de hábitos no saludables y saludables.
- Participar en aquellas actividades docentes necesarias en EpS.
- Formar en valores: respeto, tolerancia, responsabilidad, solidaridad...
- Ayudar al alumno a construir su proyecto personal y profesional en colaboración con los docentes, los consejeros de educación, los psicólogos, los psicoterapeutas y los médicos, cada uno en su campo de competencia.

- Contribuir a hacer de la escuela un lugar de vida y comunicación, teniendo particularmente en cuenta las condiciones de trabajo, higiene y seguridad y los factores de riesgo específicos.
- Reforzar las medidas para conseguir una integración real de los alumnos foráneos.
- Promover la tolerancia y los valores de otros pueblos y culturas.
- Realizar simulacros para casos de urgencias: incendios y catástrofes naturales, encargándose de actualizar los conocimientos del resto de los integrantes del centro.
- Trabajar con los padres.

BIBLIOGRAFÍA

Bodil Ellefsen. School nursing in Scotland and Norway compared Community Practitioner. London.2002; 75 (8): 299-310.

Castillo MD, Naranjo JA, Gil B, León MT, González F. Implementación de la educación para la salud en los centros docentes. Cent Salud 2002; 10 (9): 524-530.

Consejería de Bienestar Social. Dirección General de Programas Sanitarios y Sociales. Junta de Extremadura. Ley de Salud Escolar y Desarrollo Normativo. Mérida 1990.

Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria. Junta Extremadura. Plan de Salud de Extremadura 2001-04. Mérida 2001.

Díez T, Gómez JA, Casas MF, Francisco del Rey C. ¿En qué medida es la enfermería escolar una necesidad sentida por los padres de los niños escolarizados en enseñanza primaria? Enferm Clínica 2001; 11 (2): 72-79.

Flores D, Canteras M, García M. La enseñanza de la educación para la salud vista por el profesorado. Enferm Cientif 2001; 228-229: 5-13.

García García I. Promoción de la salud en el medio escolar. Rev Esp Salud Pública 1998; 72 (4): 285-287.

Knafel KA, Deatrick JA. The Challenge of Normalization for Families of Children with Chronic Conditions. Pediatric Nursing 2002; 28 (1).

Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) 1990.

Ley Orgánica 10/2002 de 23 de Diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE).

Morales Medina MJ, Olivencia Sánchez JM, Hederle Valero C. Habilidades sociales: educación para la salud en la escuela. Rev ROL Enferm 1996; XIX (213): 17-19.

Panella Bonet A. Experiencia de una enfermera en un Centro Escolar: Un posible modelo de actuación. Enf Integral. 1 (14): 26-40.

Kiddy Mary, Val Thurtle. From chrysalis to butterfly - the school nurse role. Community Practitioner. London 2002; 75 (8): 295-305.

Sánchez Moñino T. Educación para la salud en la educación no universitaria. Enfermería Global 2002; 1: 1-14.

Stewart Clare. School nurses as family life educators. The Journal of School Health. Kent 2002; 72 (7): 271-272.

Thistle S. Ray C. Sex and relationships education: The role of the school nurse. Nursing Standard. Harrow-on-the-Hill 2002 ; Sep 18-24: 17 (1): 44-56.

Wolfe L C, Selekman J. School nurses: What it was and what it is. Pediatric Nursing. Pitman 2002; 28 (4): 403-407.

“Mediación en prevención de Drogodependencias. Una propuesta de actuación”

VILLAR FRESNO, N.*; CIBORRO AGÚNDEZ, M. A.**

**DUE del Centro de Salud de Santiago de Alcántara.*

***Vicepresidente y Vocal de Salud y Medioambiente del
Consejo de la Juventud de Extremadura (Cjex)*

JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

El alcohol ha encontrado un ligero descenso del consumo, a pesar de ello España es el séptimo país en consumo de alcohol mundial, encontrándose en 10.1 litros de alcohol puro per cápita. Encontrándonos con un 60% de los adolescentes de 16 años y más, como consumidores de alcohol.

El Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo, establece que en los escolares de entre 14-18 años, el alcohol es la sustancia más consumida entre adolescentes, con un 84% de los adolescentes que declara haber consumido alguna vez, frente al 44% que lo hace una vez a la semana. Los lugares de consumo suelen ser bares, discotecas y la calle con más del 40% de los consumos. siendo la cerveza y los combinados los más ingeridos. El 41% de los adolescentes se ha emborrachado alguna vez, mientras que un 24% de los encuestados lo ha hecho en el último mes. La edad media de inicio de consumo es los 13.6años, y el consumo semanal esta en los 14.9 años. El hombre bebe más y la mujer lo hace con más frecuencia. La edad de consumos regulares de alcohol es cada vez más temprana, viéndose un incremento de jóvenes abstemios en los últimos años. El patrón esta cambiando y ahora cada vez beben más las chicas No obstante los adolescentes que ingieren alcohol, lo hacen cada vez más, aumentando los episodios de embriaguez, estamos en la cultura juvenil del alcohol, la era botellón. Podemos establecer los motivos sociales como los condicionantes del consumo de alcohol entre los más jóvenes.

El tabaquismo, tiene una prevaencia del 36% de los adolescentes de 16 o más años, viéndose un ligero descenso del inicio de consumo en los últimos años, encontrándose el consumo de hombres en un 45% y de mujeres en un 27%, no obstante se está notando un descenso del consumo en hombres y un ascenso en

mujeres. El grupo de edad con más consumidores es de 25-44 años con un 52% de los consumidores, y de 16-24 años un 40% de los consumidores.

Se estipula que cada año mueren más de un millón de personas con causa atribuible al tabaco, según la OMS un 14% de los fallecimientos totales.

En Extremadura, el porcentaje de adictos a distintas sustancias se desglosa con un 48% consumidores de alcohol, un 35% heroína, un 10% cocaína, un 5% cannabis y un 2% otras sustancias. La primera sustancia consumida en personas adictas a drogas que demandan tratamiento es la heroína, seguida por el alcohol y la cocaína, notificándose más casos de adictos en la provincia de Badajoz que en la de Cáceres, siendo un 87.5% hombres, respecto a un 12.5% mujeres. El 20% consume una sola droga, mientras que el 80% se puede considerar policonsumidores.

La vía de administración elegida sigue siendo la inhalada en un 48%, seguido de la fumada en un 27%, la inyectada un 10%, esnifada un 7% y oral un 2%. Afortunadamente la vía inyectada va disminuyendo su uso. El 64% de los adictos se encuentra en situación desempleada, tan sólo el 27% trabaja y el 5% cobra invalidez o pensión. Teniendo un 46% estudios primarios y un 31% ha cursado bachillerato.

A pesar de la existencia de una gran cantidad de estudios realizados en numerosos países, dirigidos a conocer los patrones de consumo de alcohol y drogas en los jóvenes europeos, sigue siendo difícil poder aportar una visión de conjunto, dada la diferente metodología empleada, los diferentes métodos de cuantificación de consumo, los grupos estudiados, años de realización de los estudios etc. Sin embargo, la revisión de dichos estudios si nos permiten extraer algunas CONCLUSIONES de interés.

Los niños en la infancia, identifican el alcohol con lo oculto, por la influencia de los modelos sociales. La adolescencia es la etapa crítica para el inicio de consumo de sustancias adictivas, la imitación y la deseabilidad social juegan un papel decisivo en el inicio de consumo de alcohol. Esta “utilidad” del alcohol depende de lo que el o la adolescente haya aprendido a esperar del alcohol, y de que no desarrolle otras capacidades alternativas para conseguir esos resultados que se esperan del alcohol. Del mismo modo que en el entorno social se mueve una potente industria de producción, elaboración y comercialización de bebidas alcohólicas, que contribuye del mismo modo en una de las actividades económicas más rentables. Constituyendo una gran inversión publicitaria de la industria, destinada al mantenimiento y captación de nuevos bebedores, a través de la publicidad directa, mediante promoción de productos bajo el patrocinio de diversas actividades (deportivas, musicales, viajes, sorteos...) o utilizando marcas en otros objetos (ropa, disco, calzado, relojes...).

Señalando también que la accesibilidad a estos productos es un factor claramente predisponente.

Por estos motivos, y a la luz de los datos, nos planteamos diseñar un programa de prevención basada en la figura del mediador como fundamento para la difusión de conocimientos y actitudes. Considerando al mediador como un agente de cambio social, que hace posible que la prevención adopte una dimensión comunitaria, dinamizando a la comunidad, creando valores y actitudes favorables a la salud comunitaria. Por estos motivos consideramos la formación destinada a la “Educación entre Iguales” como la base para una correcta transmisión al adolescente.

OBJETIVOS

GENERAL

- 1.- Que los alumnos adquieran conocimientos básicos sobre el fenómeno de las drogodependencias.
- 2.- Que los alumnos adquieran destrezas preventivas que les capaciten para el trabajo en la comunidad.

ESPECÍFICOS

- 1.- Que los alumnos tengan conocimientos teóricos a cerca de las drogas y sus efectos en el organismo.
- 2.- Dotar a los alumnos de recursos para trabajar con la comunidad.

OPERATIVOS

- Realizar doce dinámicas en grupos.
- Comprender los conceptos básicos en drogodependencias.
- Conocer los efectos físicos y psicológicos de las distintas drogas.
- Conocer los modelos preventivos.
- Conocer los niveles preventivos.
- Aprender a detectar conductas de riesgo en la comunidad.

- Conocer recursos existentes en nuestra comunidad.
- Aprender a desarrollar programas de reducción de riesgos.
- Aprender a planificar y desarrollar programas preventivos en la comunidad.

MATERIAL Y MUESTRA

El material de trabajo, se desarrolló por un equipo multidisciplinar, afin al Cjex. En el cual se elaboró bajo consenso un material didáctico y una presentación en power-point, a la que se le añadió unas guías de mediación en adolescentes y material curricular de apoyo de la FAD.

Características de la muestra

La muestra de alumnos formados fue de 400, con edades comprendidas entre 18 y 45 años, procedentes un 35% del ámbito urbano y un 65% del rural. El 52% de los alumnos eran estudiantes, un 28% Diplomados y Licenciados, y un 20% eran trabajadores en activo. Del total de la muestra un 84% acudieron por necesidad de formación, un 10% ampliar el currículo y el 6% debido a otras causas.

METODOLOGÍA

Activa, participativa y abierta.

MEDIOS DE APOYO

- Ordenador y cañón.
- Rotafolio.
- Papel continuo.

MÉTODOS DE APOYO

- Discusión.
- Estudio de casos.
- Phillips 66.
- Dramatizaciones.
- Estudios de rol.

RESULTADOS

La aplicación de conocimientos teóricos a cerca del fenómeno de las drogodependencias, correctos y debidamente fundamentados, mejora no sólo los conocimientos de los alumnos sino la predisposición para afrontar situaciones reales. La adquisición de conocimientos sumada a la disponibilidad de material didáctico adecuado a modo de soporte, mejora la actitud favorable hacia la intervención en mediación de drogodependencias.

Se formaron 400 personas, finalizando el curso correctamente 398 personas, las cuales presentaron correctamente los trabajos de intervención en la comunidad. La aplicabilidad de los programas elaborados versó en muy diversos temas tales como su aplicación a jóvenes escolarizados de 1º a 4º de la ESO, proyectos de intervención en materias transversales, inclusión prevención de drogodependencias en asignaturas de secundaria, programas destinados a padres, asociaciones de vecinos, amas de casa, centros de acogida, pisos tutelados, cursos de garantía social, actuación en la comunidad, estableciéndose la figura del Mediador como ejecutor de la formación. Fundamentado bajo el tutelaje de asociaciones juveniles, ong´s a través de voluntariado, docentes de primaria y secundaria, profesionales sociales (educadores sociales, trabajadores sociales, voluntarios).

Los temas tratados, además de la impartición de conocimientos teóricos a cerca del fenómeno de las drogodependencias fueron dar especial importancia a la educación entre iguales, fomentar la autoestima, la autonomía personal y la asertividad, vencer presión de grupo y fomentar habilidades de comunicación.

DISCUSIÓN

Este primer programa de Mediación en Prevención de Drogodependencias entre adolescentes, ha querido hacer un primer pilotaje a cerca de cómo abordar este tema. Se ha llegado muy bien a la población, la cual ha quedado satisfecha con la información recibida y las actividades realizadas. La totalidad de la muestra ha demostrado tener una gran capacidad a la hora de realizar trabajos de intervención directa. Han demostrado tener gran capacidad para elaborar objetivos, elegir metodología y desarrollar actividades.

No obstante lo ideal hubiese sido poder haber medido la calidad de esas intervenciones viendo su aplicabilidad real en el aula, asociación vecinal, comunidad... la aplicabilidad de este proceso aunque plantea gran dificultad, es un reto que nos planteamos para posteriores ediciones, remodelando el curso formativo, en función de posibles deficiencia que podamos haber detectado y un afán de mejora que implica un aumento real de duración del curso.

Estamos muy satisfechos de la evaluación general del programa, no obstante somos conscientes que esto sólo ha sido un primer contacto con la realidad, y siendo conscientes del problema que generan el fenómeno de las drogodependencias entre los adolescentes, fundamentamos que lo esencial para poder prevenir conductas adictivas, es la educación entre iguales, debidamente fundada y apoyada por la comunidad.

CONTENIDOS DEL CURSO

- Conceptos básicos en drogodependencias: drogas, tolerancia, dependencia.....
- Mecanismos de producción de dependencia
- Variables que afectan el uso y la continuación de adicción a drogas.
- Clasificación de las drogas, Efectos fisiológicos y psicológicas. Dependencia y adicción. Tipos y escalas.
 - Alcohol.
 - Opiáceos.
 - Cocaína.
 - Anfetaminas.
 - Cannabis.
 - Psicodislépticos.
- Mecanismos de producción de dependencia.
- Variables que condicionan la adicción.
- Factores de riesgo en la adicción.
- Consecuencias del consumo.
- El proceso preventivo.
- Objetivos y tipos en la prevención.
- Modelos y ámbitos de prevención.
- Estrategias de intervención.
- Los recursos comunitarios.
- El mediador social.
- Técnicas y destrezas para la mediación social.
- La mediación social en España.

DINÁMICAS

- Presentación.
- La Historia de Ana.
- La montaña y el pescado.
- El túnel, niños del tren.
- La Historia de los árboles.
- Los anuncios publicitarios.
- Las viseras.
- Los recortables.
- Las etiquetas.
- La prensa.
- Los globos.
- Rollplaying.

RECURSOS

FÍSICOS

- Aula.
- Material: (Rotafolio, cañón de power point, portátil, papel continuo, celo, pegamento, rotuladores, pegatinas).

PERSONALES

- Personal docente.
- Personal administrativo.
- Personal del Cjex.

BIBLIOGRAFÍA

CLIMENT, C. Y GUERRERO de, M^a. E. *Cómo proteger a su hijo de la droga*. Ed. Carvajal. Colombia. 1990.

SAN JUAN, M. A. Y IBÁÑEZ LÓPEZ, P. *Todo sobre las drogas legales e ilegales*. Ed. Dykinson. Madrid. 1992.

VEGA FUENTES, A. *Los maestros y las drogas*. Ed. Ellacuría. Bilbao. 1984

VEGA FUENTES, A. *Los educadores ante las drogas*. Ed. Santillana. Madrid. 1983.

“*Drogas de síntesis y prevención*”. (Guía para mediadores juveniles). “*Grupo disciplinar sobre drogas*” (GID). Gráficas Anya.

“*Drogas, + información – riesgos*”. Tu guía: plan nacional sobre drogas.

“*II Plan integral de juventud*”. Extremadura joven. Ed. Junta de Extremadura. (Consejería de Bienestar- Dirección General de Juventud).

“*Guía para la intervención sobre el consumo excesivo de alcohol*”. Ed. SemFYC.

“*10 pasos para ayudar a sus hijos/ as a afrontar el desafío del alcohol y demás drogas*”. Ed. Edex

msc.es/epidemiología. Última revisión 5 de Abril 2003.

msc.es/plan nacional sobre drogas. Última revisión 5 abril 2003

Consejería de Sanidad y Consumo. Secretaria Técnica de Drogodependencias. Cd room recopilatorio, edit. Para el Consejo Regional sobre las Drogodependencias de Extremadura. 2002.

**COMUNICACIONES EN LA
MESA DE ÁMBITO COMUNITARIO**

“La Promoción y Educación para la Salud en pequeñas entidades locales del ámbito rural”

ESCALANTE GONZÁLEZ, Y.*; SAAVEDRA GARCÍA, J. M.**

**Ayuntamiento de Millanes de la Mata*

***Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Extremadura*

INTRODUCCIÓN

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura realiza una convocatoria de subvenciones para la realización de proyectos y programas de Promoción y Educación para la Salud (D.O.E. nº 53 de 9 de mayo de 2002). Dicha convocatoria pretende impulsar la incorporación de la Educación para la Salud en los ámbitos educativos y comunitarios, considerando la participación de asociaciones y colectivos de mujeres fundamentales, para avanzar y contar con la implicación de quienes gozan con un papel protagonista en la salud familiar. Dichas asociaciones son informadas puntualmente por tanto, de esta convocatoria mediante carta.

Es aquí donde comienza una ardua tarea cargada de buenas intenciones para las asociaciones de mujeres del medio rural, que desean aprovechar todas las oportunidades que se les presentan, como forma de agradecimiento por un lado por ser tenidas en cuenta, y como forma de dinamizar su entorno por otro, ya que en muchas ocasiones escasean las oportunidades de realizar actividades en su propio entorno. Asumen sus escasos recursos materiales y económicos como un handicap, pero les ilusiona enormemente poder participar y decidir sobre actividades que pueden ser llevadas a cabo en su entorno más próximo. Su primer escollo es determinar exactamente, cómo pueden participar, qué es y qué abarca la Educación para la Salud, cómo diseñar un programa o proyecto; y seguidamente, quién les quiere o puede ayudar.

El “proyecto genérico” fue presentado por tres asociaciones de mujeres pertenecientes a localidades de menos de 300 habitantes, una de éstas localidades carece de centro educativo y otras dos pertenecen a un colegio rural agrupado, que integra a siete localidades. Los recursos de dichas asociaciones son escasos, sin embargo a ellas pertenecen la práctica totalidad de las mujeres de la localidad. El involucrar a sus Ayuntamientos, así como la colaboración con otras entidades o

asociaciones, era primordial para la viabilidad de los proyectos. Los núcleos a los que pertenecían estas asociaciones, compartían médico, asistente técnico sanitario, asistente social, secretario y dinamizadora deportiva, además de pertenecer a la misma mancomunidad. Se decidió que la participación en los programas fuese abierta a todos los vecinos, aunque sabíamos que los participantes potenciales eran las propias mujeres y sus hijos.

Dada la extensión del presente documento, únicamente se presenta la experiencia llevada a cabo con la Asociación de Mujeres de Millanes de la Mata.

OBJETIVOS

Los objetivos generales que nos planteamos es este proyecto son:

- Promover inquietudes en el cuidado de la salud.
- Facilitar conocimientos a la población en materia de salud.
- Fomentar hábitos de higiene y prevención de enfermedades.
- Crear campañas locales en materia de prevención de accidentes y promoción de la salud.
- Dotar de recursos a la población para inculcar a los más jóvenes hábitos higiénicos y protección de su salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como herramienta principal para desarrollar nuestro trabajo, usamos como consulta el trabajo de Rochon (1984): *Educación para la salud: Guía práctica para realizar un proyecto*. La mencionada guía marca seis fases para realizar un proyecto.

1ª Fase: Formar el escenario de conducta principal. Teniendo en cuenta los aspectos anteriormente mencionados, determinados las conductas que deseamos promover, marcando unos objetivos generales del proyecto.

2ª Fase: Análisis bibliográfico. Revisamos la literatura sobre el tema, documentos, trípticos, artículos relacionados con la educación sanitaria, con el objetivo de encontrar herramientas e ideas que nos facilitasen lograr las conductas

deseadas. No se trataba sólo de enriquecer el proyecto en general, sino también los programas específicos. Así se consultaron entre otros: trípticos editados por la AUPEX y Consejería de Sanidad y Consumo, con motivo de los programas de Educación para la Salud en las Universidades Populares; artículos de sociedad relacionados con la salud y medicina preventiva publicados en los diarios “Hoy” y “El periódico de Extremadura”; artículos del 1º Simposium Internacional sobre Educación Física Escolar y Deporte de Rendimiento (Pereira, 1993); artículos del área de actividad física y salud del I Congreso de Ciencias del Deporte (López et al., 2000); textos sobre temas relacionadas con las drogas (Cruz Roja, 1980), primeros auxilios y salvamento (F.E.S.S., 2001).

3ª Fase: Consultas personales. Se realizaron diferentes entrevistas con personas e instituciones con el objetivo de implicar a los mismo en el proyecto, así como para identificar las necesidades e inquietudes en la materia.

4ª Fase: Identificar aquello que se va a realizar. Se diseñó el proyecto propiamente dicho, teniendo en cuenta las características especiales de la población, los recursos y herramientas disponibles; así como las necesidades e inquietudes detectadas.

Se realizaron los siguientes programas:

- Primeros auxilios (F.E.S.S., 2001). Formación básica que permita adquirir conocimientos sobre pautas de actuación ante accidentes, con la intención de no agravar situaciones sobrevenidas, intentando minimizar las lesiones y sabiendo sobre todo lo que “no” se deba hacer. Contenidos más importantes: protocolos de actuación, descripción de situaciones de emergencia y uso del 112; prevención de accidentes más comunes.
- Educación postural (Aguado, 1996). Los dolores de espalda en adultos y escolares son en gran medida patologías producidas por la repetición constante e inconsciente de posturas inadecuadas en nuestra vida diaria, intentamos intervenir sobre esta realidad. Contenidos más importantes: saber levantar y transportar pesos, posturas recomendadas en labores domésticas, posturas en mesas de estudio y ante el ordenador.
- Educación sobre las drogas (Cruz Roja, 1980). Considerando que la mejor arma contra las drogas es la información, procuramos enumerar las drogas más comunes y los efectos producidos por su consumo abusivo. Contenidos más importantes: conceptos relacionados con las drogas, conocimiento de las drogas y sus efectos.

- Alimentación y nutrición (Craplet et al., 1995). Es importante recuperar los hábitos de la dieta mediterránea y propiciar hábitos alimenticios saludables en nuestra gastronomía popular. Contenidos más importantes: pirámide de alimentos, la importancia del desayuno, prevenir trastornos alimenticios, conocer las necesidades calóricas de cada individuo.
- Ocio y tiempo libre (Bouchard et al., 1994). Considerando los grandes beneficios que puede acarrear sobre la salud, la práctica de actividad física en el tiempo de ocio, se plantean algunas actividades (senderismo, bádminton, juegos populares) para ocupar ese tiempo de ocio y fomentar la práctica regular de actividad física. Contenidos más importantes: efectos de la actividad física sobre el organismo, las actividades aeróbicas, el ocio compartido por diferentes generaciones.

5ª Fase: Llevar a cabo el proyecto. El proyecto a través de sus cinco programas teórico-prácticos que se han desarrollado entre los meses de noviembre del 2002 y abril del 2003, principalmente los martes y jueves con una duración de dos horas por día. La primera parte de cada clase fue planteada a través de una fundamentación teórica de los contenidos, para en la segunda parte ser los destinatarios los protagonistas del proceso enseñanza-aprendizaje y poner en práctica lo detallado inicialmente: prácticas de reanimación cardiopulmonar, práctica sobre elaboración de dietas, práctica de actividades físico deportivas, etc. Entre los recursos materiales con los que se contó, gracias al Ayuntamiento, están: vídeo, televisión, folletos, prensa, libros y el uso de sus instalaciones.

6ª Fase: Evaluar para mejorar. Evidentemente si queremos mejorar una actividad deberemos evaluarla, para conocer en que medida se han cumplido los objetivos previstos. Evaluamos la consecución de objetivos cognitivos a lo largo del desarrollo del programa, mediante preguntas/respuestas, así como trabajos prácticos (la valoración de las actividades prácticas). Igualmente mediante un cuestionario al final de cada programa se valora la actividad, al profesor, y se efectúa una valoración general de satisfacción.

RESULTADOS

Los resultados que aquí se presentan, pretender dar una visión objetiva del programa, si bien el no ser un estudio totalmente experimental, nos limitaremos a describir los aspectos más destacados desde nuestro punto de vista.

Si analizamos el nivel de participación del proyecto tenemos que han participado 57 personas, siendo los programas en los que más participaron el de *ocio y tiempo*

libre, destacando las actividades de senderismo, bádminton y conoce la musculatura pélvica. Asimismo también tuvo una gran participación el programa de *primeros auxilios*, destacando las actividades de reanimación cardiopulmonar y conocimientos básicos. Si bien el número de participantes, en términos absolutos, puede parecer pequeño, si lo analizamos porcentualmente sobre el total de la población, tenemos que sobre 200 habitantes (Consejería de Economía, Industria y Comercio, 2001) ha participado el 29% de la población, pero si además contabilizamos únicamente a las mujeres, observamos que el nivel de participación asciende a un porcentaje cercano al 60%, y si analizamos a los niños (5-14 años) se llegó a la totalidad (100%) de los mismos. Además de esto hay que destacar, la participación de tres generaciones de mujeres diferentes en los programas. Por otro lado, la participación de hombres y adolescente fue anecdótica. Cabe destacar que al actuar sobre mujeres, estamos actuando también de forma indirecta en sus familias, puesto que la mayoría de ellas no trabajan fuera del hogar y son la encargadas de cuidar a sus hijos, de preparar la comida (dieta), etc.

El grado de satisfacción de las mujeres participantes fue muy elevado, como demuestra no sólo las verbalizaciones al acabar cada una de las clases, sino también que en una escala del 1 al 5, la actividad fue valorada con un 4,55.

CONCLUSIONES

Las conclusiones más importantes que se pueden sacar de esta experiencia son:

- 1ª) En el medio rural, las mujeres son un colectivo muy participativo y con gran ilusión de aprender.
- 2ª) La educación para la salud en el seno familiar está en mano de las mujeres, que serán las que inculquen a sus hijos, padres y maridos todos aquellos hábitos que ellas sepan beneficiosos para sus familias.
- 3ª) El proyecto desarrollado ha ayudado a fomentar la educación para salud, interviniendo de forma directa en la salud de un porcentaje de mujeres y niños muy importante de la población de este núcleo, y de forma indirecta en sus familias.
- 4ª) El proyecto ha sido llevado a cabo con escasos recursos, partiendo de una iniciativa de la Consejería de Sanidad y Consumo, pero con un gran interés por parte de las personas que intervenían en él (profesores, alumnos y ayuntamiento).

5ª) Este tipo de iniciativas son muy interesantes, puesto que hacen que mejoren los hábitos de salud y calidad de vida de la población extremeña del ámbito rural.

BIBLIOGRAFÍA

Aguado, X. (1996). Educación postural en la escuela. *Curso monográfico*. La Coruña: Instituto Nacional de Educación Física de Galicia.

Bouchard, C.; Shepard, R.J. y Stephens, T. (1994). *Physical activity, fitness, and health*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.

Craplet, C.; Craplet, P. y Craplet-Meunier, J.(1995). *Alimentación y nutrición del deportista*. Barcelona: Hispano Europea.

Cruz Roja (1980). *Usted debe saber sobre la droga*. Madrid: Cruz Roja Española.

Consejería de Economía, Industria y Comercio (2001). *Anuario estadístico*. Badajoz: Consejería de Economía, Industria y Comercio de la Junta de Extremadura.

Federación Española de Salvamento y Socorrismo (2001). *Salvamento acuático y primeros auxilios*. Madrid: Federación Española de Salvamento y Socorrismo.

López, E.; Bordonado, C. y Martín A. (2000). Salidas profesionales del licenciado en ciencias de la actividad física y el deporte en el ámbito de la salud. En Fuentes, J.P. y Macías, M.M. (Eds.). *I Congreso de Ciencias del Deporte* (pp. 491-499). Cáceres: Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Extremadura.

Pereira, J. (1993). La educación para la salud. En Hernández, J.; González, A. y Amador, F. (Eds.). *I Simposium Internacional sobre Educación Física Escolar y Deporte de Rendimiento* (pp.229-235). Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Rochon, A. (1984). *Educación para la salud: Guía práctica para realizar un proyecto*. Madrid: Masson.

“La educación para la salud en la Rehabilitación Psicosocial”

PABLO A. CANTERO GARLITO, CONSOLACIÓN PÉREZ PRADOS,
M. PAZ CASADO RABASOT
CRPS Plasencia

**LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD
EN LA REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL**



Pablo A. Cantero Garlito
Consolación Pérez Prados
M. Paz Casado Rabasot
CRPS – Plasencia



"Quien quiera adaptarse, debe renunciar cada vez más a la fantasía"

Adorno, 1995

CRPS - Plasencia

De los orígenes a la actualidad: construcción y desconstrucción

- El desmantelamiento de los HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS.
- El paso del núcleo de la atención a la COMUNIDAD.

CRPS - Plasencia

De los orígenes a la actualidad: construcción y desconstrucción

- (des)construcción física.
- (des)construcción conceptual.

ESTIGMA SOCIAL

CRPS - Plasencia

Principios de la práctica rehabilitadora

1. Concepción amplia y globalizadora de los derechos humanos.
2. Implicación activa y responsable de los usuarios.
3. Principio de autonomía e independencia.
4. Principio de normalización y contextualización.
5. Principio de individualización.
6. Principios de continuidad, coordinación y evaluación.

CRPS - Plasencia

Rehabilitación Psicosocial

"... aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible".

(Rodríguez, A, 1987)

CRPS - Plasencia

¿QUÉ ES UN CRPS?

El CRPS es un servicio de atención diurna, organizado para promover en las personas con una enfermedad mental crónica el máximo desarrollo de su autonomía personal y social, facilitar su mantenimiento en la comunidad y apoyar su integración social.

(Adaptado de Rodríguez-Ar-2001)



CRPS - Plasencia

Personas con enfermedad mental crónica (NIMH, 1987)

- CRITERIO DIAGNÓSTICO
- CRITERIO DISCAPACIDAD
- CRITERIO DURACIÓN

CRPS - Plasencia

OBJETIVOS PROGRAMA EPS

- Ayudar a los usuarios y usuarias a adquirir los conocimientos y la capacidad necesaria para adoptar y mantener un estilo de vida saludable.
- Motivar a los usuarios para que, con el cambio, consigan hábitos más sanos.
- Favorecer la responsabilidad individual como eje de los cambios de actitud.

EPS - Páez

CONTENIDOS PROGRAMA EPS

- Sexualidad. Prevención de ETS.
- Consumo y abuso de sustancias.
- Alimentación y nutrición.
- Ejercicio físico y deporte.
- El sueño. Hábitos de sueño.
- Hábitos de Higiene Personal. Enfermedades bucodentales.
- Prevención – Factores de Riesgo Cardiovascular.

EPS - Páez

METODOLOGÍA PROGRAMA EPS

- 1) Participación activa de los usuarios.
- 1) Trabajo en grupo.
- 1) Favorecer la iniciativa personal.
- 1) Fomentar la adquisición de hábitos y habilidades.
- 1) Planteamiento interdisciplinar.

EPS - Páez


METODOLOGÍA PROGRAMA EPS

- Evaluación inicial interdisciplinar.
- Establecimiento y consenso con el usuario de objetivos en el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).
- Intervención grupal (por módulos).
- Intervención individual.
- Evaluación de satisfacción, de hábitos y de información por módulos.
- Seguimiento de la evolución.

EPS - Páez

PARTICIPANTES PROGRAMA EPS

- Formato grupal: 12-16 usuarios.
- No separación por diagnósticos.
- Requerimientos cognitivos mínimos.
- Indicación en el PIR



EPS - Páez

RECURSOS HUMANOS PROGRAMA EPS

- Terapeuta Ocupacional.
- Trabajadora Social.
- Monitora Ocupacional.
- Usuario@s del CRPS.
- Profesionales Externos:
 - CEDEX.
 - COPF.
 - U. Alcoholismo.



EPS - Páez

SATISFACCIÓN PROGRAMA EPS

HORARIO	7.4
DÍA DE LA SEMANA	9
DINÁMICAS Y EJERCICIOS	9.2
CONTENIDO DE LAS SESIONES	9.5
PAPEL DE LOS PROFESIONALES	9.5
COMPAÑER@S	9.2
MI NIVEL DE PARTICIPACIÓN	7.5
TOTAL	8.8

EPS - Páez

RESULTADOS PROGRAMA EPS

- Las evaluaciones pre - post módulos muestran un aumento significativo de información en un porcentaje elevado de usuarios y usuarias.
- Con el seguimiento individualizado se constata una participación más activa y una mayor responsabilidad en conductas y comportamientos saludables.

EPS - Páez

RESULTADOS PROGRAMA EPS

- Del mismo modo se ponen de manifiesto cambios moderados en la adopción y mantenimiento de comportamientos y actitudes más sanas.

EPS - España

DIFICULTADES PROGRAMA EPS

- Las dificultades en el procesamiento cognitivo.
- La sintomatología negativa: apatía, abulia, anhedonia.
- Aspectos psicopatológicos que condicionan los comportamientos saludables.
- Carencia de red social y de roles ocupacionales que estimulen y refuercen.

EPS - España

CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos reflejan importantes beneficios para las personas con enfermedad mental crónica.
- La EPS se configura como un elemento valioso que contribuye a facilitar la calidad de vida y la inserción social de este colectivo.
- Los resultados muestran la importancia de que la EPS en los recursos de atención a personas con emic.

EPS - España



EPS - España

“Análisis descriptivo de los hábitos saludables en personas con enfermedad mental crónica”

M. CONSOLACIÓN PÉREZ PRADOS, PABLO A. CANTERO GARLITO,
M. PAZ CASADO RABASOT
CRPS Plasencia

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE
HÁBITOS SALUDABLES EN
PERSONAS CON ENFERMEDAD
MENTAL CRÓNICA**

**M. CONSOLACIÓN PÉREZ PRADOS
PABLO A. CANTERO GARLITO
M. PAZ CASADO RABASOT**



CRPS - Plasencia

OBJETIVO

Conocer la realidad de los hábitos saludables de las personas con enfermedad mental crónica usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Plasencia.

POBLACIÓN

POBLACIÓN

ESTADO CIVIL	SEXO	EDAD
SOLTER@: 23	?: 18	35 años
CASAD@: 2	?: 7	(25 – 48)
SITUACIÓN LABORAL	ESTUDIOS	
ACTIVO: 3	? E. Primarios: 6	
PARAD@: 22	? G. Escolar: 8	
	? Bachillerato: 8	
	? E.U. Medios: 1	
	? E.U. Superiores: 2	

POBLACIÓN

ESTADO CIVIL	SEXO	EDAD
SOLTER@: 23	?: 18	35 años
CASAD@: 2	?: 7	(25 – 48)
SITUACIÓN LABORAL	ESTUDIOS	
ACTIVO: 3	? E. Primarios: 6	
PARAD@: 22	? G. Escolar: 8	
	? Bachillerato: 8	
	? E.U. Medios: 1	
	? E.U. Superiores: 2	

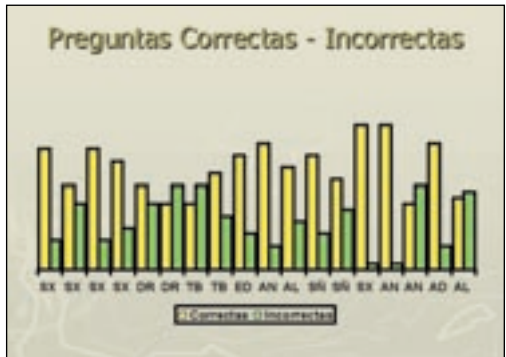
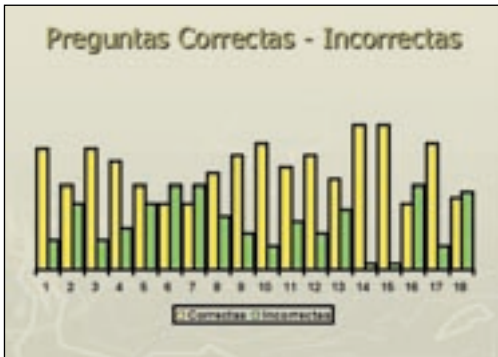
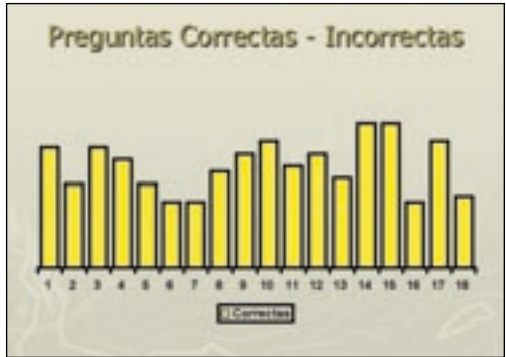
METODOLOGÍA

METODOLOGIA

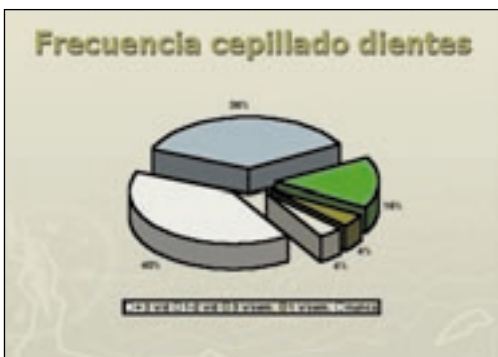
- ? CUESTIONARIO CON:
 - ⊙ 18 preguntas sobre información
 - 4 variables
 - 1 opción correcta
 - ⊙ 14 preguntas sobre hábitos
 - Respuestas cerradas
 - 5 opciones diferentes
 - ⊙ Anónimo

RESULTADOS

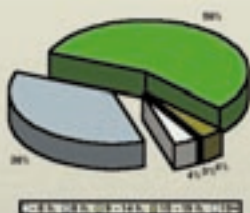
Información



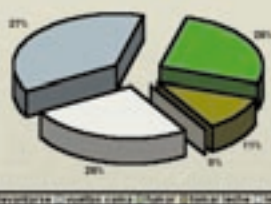
Hábitos



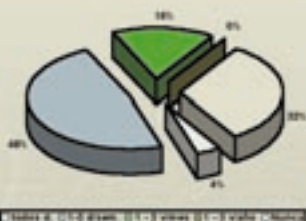
Número de horas de sueño



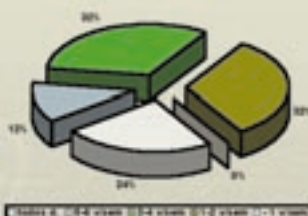
Conductas ante el insomnio



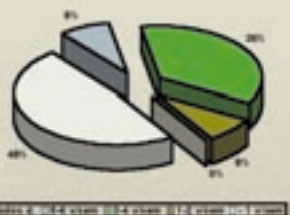
Frecuencia práctica de deporte



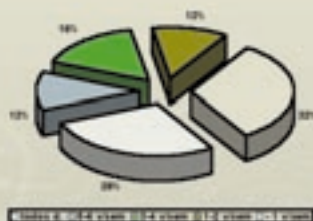
Frecuencia de baño - ducha



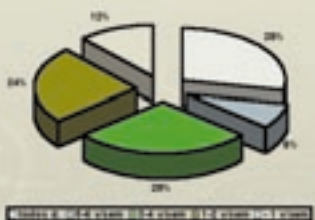
Frecuencia cambio ropa interior



Frecuencia consumo bollería / dulces

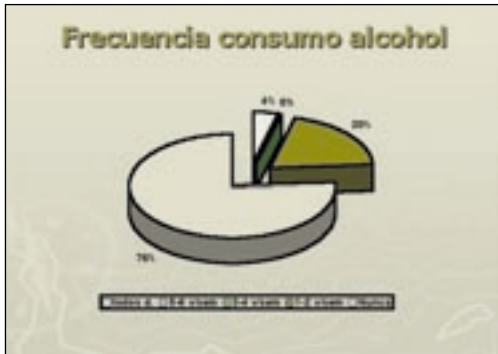


Frecuencia consumo cereales / pasta



Frecuencia consumo pescado





CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- Existe un porcentaje significativamente alto de usuarios que mantiene conductas poco saludables en su estilo de vida.
- Al existir un trastorno mental y la toma continuada de medicación algunas conductas pueden ser especialmente nocivas.

CONCLUSIONES

- Pese a la carencia de información en ciertas áreas, se observa que un adecuado nivel de información en otras no se corresponde con el mantenimiento de conductas saludables.
- Se hace necesario, por tanto, una intervención educativa continuada con objeto de modificar estilos de vida no saludables.

“Educación Sexual en el Adolescente”

BENITO DEL SOL, S.*; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, M. L.*;
VALIENTE DÍAZ, C.**; RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, P.**; CATALÁN ABREU, S.*
**Enfermera/o Centro de Salud de Trujillo*
***Matrona Centro de Salud de Trujillo*

OBJETIVOS

Objetivo General:

Concienciar al adolescente para una sexualidad responsable.

Objetivos Generales:

Descubrir cambios producidos en su propia sexualidad.

Informar sobre anticonceptivos para facilitar la libre elección.

Disminuir el número de embarazos no deseados.

Disminuir la prevalencia de ETS.

Facilitar el acceso al sistema sanitario.

METODOLOGÍA

El programa de EpS en educación sexual fue aplicado durante el curso escolar 2001-2002 en dos Institutos de Trujillo, ambos de educación secundaria y bachillerato:

I.E.S. “FRANCISCO DE ORELLANA”

I.E.S. “TURGALIUM”

Fue impartido a un total de 313 alumnos distribuidos en los cursos de 3º y 4º de ESO y BACHILLERATO, y con edades comprendidas entre los 13 y 18 años.

El contenido de las diferentes charlas fue el siguiente:

- Introducción a la Anatomía de los órganos sexuales:
 - Órganos sexuales masculinos.
 - Órganos sexuales femeninos.
 - Himen.
 - Embarazo.

- Enfermedades de transmisión sexual:
 - Concepto.
 - Tipos.
 - Síntomas.
 - Medidas preventivas generales.
 - Actuación ante una ETS.

- Anticonceptivos:
 - Métodos naturales.
 - Métodos barrera:
 - Preservativo masculino (Taller práctico).
 - Preservativo femenino.
 - Esponjas.
 - Diafragma.
 - Espermicidas.
 - Dispositivo intrauterino (DIU).
 - Anticonceptivos hormonales:
 - Píldora.
 - Píldora postcoital.
 - Métodos irreversibles:
 - Vasectomía.
 - Ligadura de Trompas.

- Aborto. Legislación en España.

Observamos una participación del 100% a lo largo de las diferentes charlas. Incluso se nos dio el caso que alumnos que ya habían asistido en días anteriores a las ponencias volvían a participar en las sucesivas con el fin de aclarar dudas. Siendo éste un tema que suscitaba gran interés entre los adolescentes de estos Centros.

Terminado el desarrollo de las diferentes partes del programa, los jóvenes participaban activamente con preguntas y dudas, así como con talleres prácticos sobre la utilización de los diferentes anticonceptivos, en especial, el que nosotros creemos más eficaz para ellos, como fue el “preservativo masculino”.

El grado de satisfacción, tanto por parte del alumnado, como por nosotros, fue óptimo, tal y como pudimos valorar a lo largo de las diferentes partes del proyecto y por las diferentes encuestas realizadas a los alumnos.

MATERIAL

El material empleado para el desarrollo del programa fueron charlas explicativas, apoyadas con métodos audiovisuales, como transparencias, diapositivas y vídeos, así como muestras de los diferentes métodos anticonceptivos para que los alumnos pudieran observar y familiarizarse con ellos, tanto en su forma como en su uso.

Dividimos el programa en charlas, impartidas por al menos dos o tres profesionales sanitarios en cada sesión, con el fin de captar en todo momento el interés de los jóvenes.

También añadimos un taller práctico del uso del preservativo masculino, para lo cual agrupamos a los alumnos por parejas y repartimos un profiláctico a cada una. La práctica consistía en familiarizarse con el profiláctico observando su envoltorio, comprobando su fecha de caducidad, aprendiendo a abrirlo correctamente, y a usarlo correctamente cuando llegue el momento.

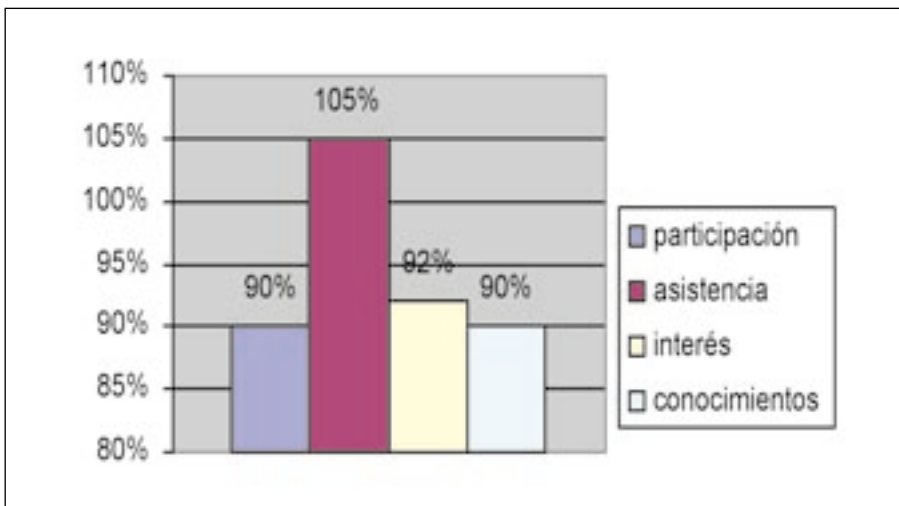
Al finalizar las charlas y el taller, los alumnos nos exponían las dudas que les habían surgido a lo largo de las clases, así como dudas anteriores que por algún motivo nosotros hubiéramos omitido.

Para terminar pasamos unas encuestas de satisfacción para comprobar la repercusión del programa sobre los alumnos, así como los emplazamos para charlas sucesivas.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Como ya se ha mencionado anteriormente, los alumnos asistentes a dichas charlas ha sido de 313. Para informarnos de los conocimientos adquiridos a lo largo de las sesiones de este proyecto, respondieron a una serie de preguntas en una postcuesta en la que los resultados fueron los siguientes:

1. Grado de participación: 90% (281 alumnos)
2. Asistencia a ponencias: 100-105% (313-328,65 alumnos)
3. Interés demostrado: 92% (287 alumnos)
4. Conocimientos adquiridos: 90% (281 alumnos)

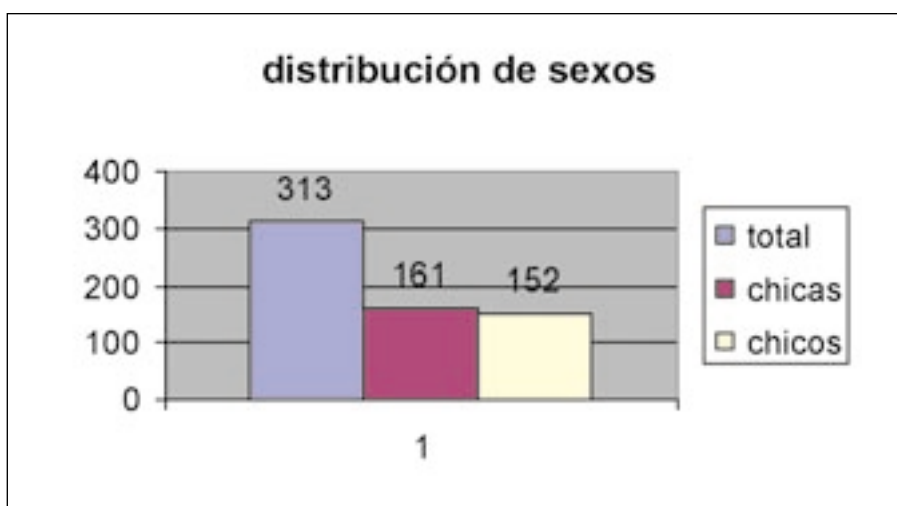


En cuanto a las respuestas sobre:

- Lugar donde se han impartido las charlas:
 - Lugar poco adecuado: 25%
 - Lugar adecuado: 75%
- Material utilizado:
 - Muy bueno: 49%
 - Bueno: 35%
 - Regular: 15%
 - Malo: 1%

- Entendimiento de las explicaciones:
 - Siempre: 48%
 - Casi siempre: 44%
 - A veces: 8%
 - Casi nunca: 0%

También podemos observar que existe un equilibrio en las clases en cuanto a la distribución de sexos, pues de los 313 alumnos, 161 son chicas y 152 son chicos, por lo cual podemos pensar que esto ha contribuido el poder tocar diferentes puntos de vista, al igual que el respeto por ambas partes.



CONCLUSIÓN

La educación para la salud es imprescindible para tener una formación en conjunto bio-psico-social. Los resultados obtenidos del programa nos motivan a seguir estas unidades teórico-prácticas.

Todos los integrantes que hemos trabajado en este proyecto tenemos un alto grado de satisfacción en cuanto a la dinamización y trabajo realizado a lo largo de estos meses en los que se ha ido realizando.

El hombre es un ser que debe cuidarse en salud dentro del entorno comunitario al que pertenece. Luchemos porque las personas se conciencien de su propia salud y de la de sus semejantes.

Debemos también agradecer la colaboración e interés del profesorado de los Institutos “Francisco de Orellana” y “Turgalium”, donde se han impartido las charlas, así como la participación de los alumnos de dichos Institutos.

BIBLIOGRAFÍA

- Socorro Calvo Bruzos. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA. Ediciones Díaz de Santos S.A.
- J. L. Vaquero Puerta. SALUD PÚBLICA. Ediciones Pirámide S.A,
- SALUD PÚBLICA Y ENFERMERÍA COMUNITARIA. McCRAW HILL. Interamericana de España.
- Según la obra de Bárbara Nash. Editora asociada de la revista “Mother”. EL LIBRO DE ORO DEL NIÑO. Desde la concepción hasta los 3 años. EDAF, Ediciones y distribuciones, S.A.
- G. Piédrola Gil, J. Del Rey Calero, M. Domínguez Carmona, P. Cortina Greus, MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson, Salvat-Medicina.
- Network-Family Health International. P.O Box 1395. Research Triangle Park, N° 27709 EEU (Vol. 21-Number 1-2001).
- Cheeseman, Gloria S. y Selekmen, Janice. Trastornos ginecológicos “en Manual de educación sanitaria del paciente”. Ed. Doyma Barcelona.
- Dexeus, S: “Anticoncepción”. Ed. Salvat. Barcelona.
- Dexeus, S y Carrera, J. M.: “Patología Obstétrica”. Ed. Salvat. Barcelona.
- Ley Orgánica 9/1985 del 5 de Julio de la reforma del artículo 417 bis del Código Penal (BOE 2 de Agosto de 1985).
- Programación del centro de interés “Anticoncepción y aborto” (Harimaguada). Programa de Educación Afectivo-Sexual (Gobierno de Canarias-Consejería de Educación Cultura y Deportes. Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa).

“La Actividad Física y la Salud”

SAAVEDRA GARCÍA, J. M.*; RODRÍGUEZ GUIADO, F. A.**;

ESCALANTE GONZÁLEZ, Y.***

**Doctor y licenciado en Educación Física*

Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Extremadura

***Doctor y licenciado en Medicina y Cirugía*

Institut Nacional d'Educació Física de Catalunya. Universitat de Barcelona

****Licenciada en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*

Ayuntamiento de Millanes de la Mata

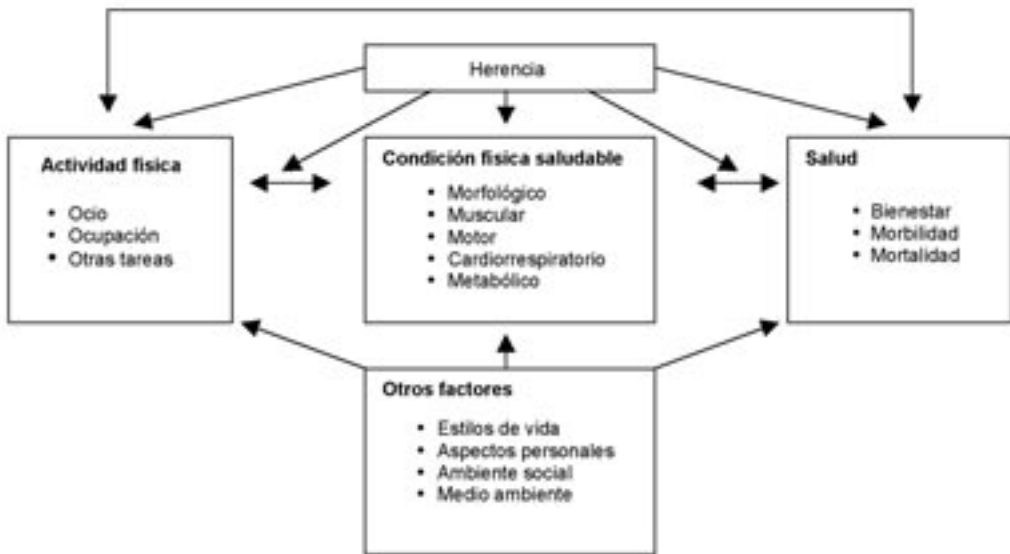
INTRODUCCIÓN

La salud puede definirse como “el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Real Academia de la Lengua, 1992). Cada persona tiene una idea propia de su nivel de salud, no obstante existen dos extremos opuestos, de un lado la salud positiva, que implica no sólo la ausencia de enfermedades, sino la capacidad de disfrutar plenamente de la vida. En el otro extremo se encuentra la salud negativa, caracterizada por la enfermedad (Rodríguez, 1994). No obstante la relación entre actividad física y salud es aceptada por la comunidad científica, y en base a esta relación (Figura 1), surge el término *condición física saludable*: estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas diarias habituales, disfrutar del tiempo de ocio activo y afrontar las emergencias imprevistas sin una fatiga excesiva, a la vez que ayuda a evitar las enfermedades hipocinéticas y a desarrollar el máximo de la capacidad intelectual y a experimentar plenamente la alegría de vivir (American College of Sports Medicine, 1991; Bouchard et al., 1994).

Cada día son mayores las evidencias de que la inactividad física y la falta de ejercicio están relacionados con la salud, así de este modo podemos citar los beneficios potenciales sobre la salud de la actividad física regular (Rodríguez, 1994):

- Disminución importante del riesgo de padecer una enfermedad de las arterias del corazón -cardiopatía coronaria- y, por tanto, de sufrir un infarto de miocardio (Mc Murray et al., 1998).

FIGURA 1. MODELO DESCRIPTIVO DE LAS RELACIONES ENTRE LA ACTIVIDAD FÍSICA, LA CONDICIÓN FÍSICA SALUDABLE Y EL NIVEL DE SALUD (BOUCHARD ET AL., 1994)



- Protección contra el riesgo de tener la tensión arterial elevada (Mc Murray et al., 1998).
- Ayuda en la prevención y control del exceso de peso o la obesidad, y en el mantenimiento del peso adecuado (Bouchard, 2000; Riebe et al., 2002).
- Ayuda en la regulación del nivel de colesterol, triglicéridos y otras grasas de la sangre -especialmente incrementando la fracción de colesterol “saludable” y disminuyendo la cantidad de triglicéridos-. El resultado es una protección contra la arteriosclerosis (Bouchard, 2000).
- Protección contra el riesgo de padecer una diabetes del adulto -o de tipo II, no insulino-dependiente-, con niveles elevados de azúcar en la sangre (Mazzeo et al., 1998).
- Reducción del riesgo de padecer osteoporosis, la disminución del contenido mineral del hueso con riesgo de fracturas y otras complicaciones (Ernst, 1998; Mazzeo et al., 1998; Daley y Spinks, 2000).
- Prevención y control del dolor de espalda.
- Mejora de las funciones intelectuales, del estado emocional y de la capacidad de relación social (Emery y Gatz, 1990).
- Mayor sensación de bienestar y reducción de la ansiedad, el estrés, los trastornos del sueño y la depresión.

- Mejora de la función y la estructura del aparato locomotor, que permite a las personas desplazarse, relacionarse con su medio y mantener su autonomía.
- Menores pérdidas funcionales -y más lentas- como consecuencia del envejecimiento.

OBJETIVOS

El objetivo de la presente propuesta es en primer lugar (i) valorar la condición física saludable de una población en concreto, para posteriormente (ii) intervenir en la actividad física practicada de forma regular y aumentar la mencionada práctica.

METODOLOGÍA

Al conocer los beneficios potenciales sobre la salud de la práctica regular de actividad física, parece muy interesante conocer el nivel de condición física saludable de una población en concreto, como punto de partida: “conocer en donde estamos, para saber hacia donde queremos ir”.

A la hora de decidir que pruebas utilizaríamos para valorar la condición física saludable, estudiamos diferentes baterías: batería AAPHERD (American Alliance of Health, Physical Education, Recreation and Dance, 1980), batería CAHPER (Canadian Association for Health, Physical Education and Recreation, citada por Shephard, 1982), y batería Eurofit para adultos (Conseil de l'Europe, 1995). La valoración de algunos de estos factores requieren la medición de parámetros más propios del ámbito médico-sanitario, otros requieren la realización de tareas motrices complejas (Rodríguez et al., 1998). Para salvar estos inconvenientes, Rodríguez y su grupo de colaboradores desarrollaron la batería AFISAL-INEFC (Tabla 1) en función de los criterios prioritarios de validez, fiabilidad, pertinencia, seguridad, aplicabilidad y economía; después de revisar y discutir las pruebas más utilizadas en este campo (Rodríguez et al., 1995a,b).

Se presenta a continuación una pequeña descripción de cada una de las pruebas, todas ellas están basadas en los trabajos de otros autores que, dada la extensión de este documento no podemos reseñar de forma completa, en caso de que fuese necesario, consultar las referencias de Rodríguez et al., (1995a,b):

a) Cuestionario de aptitud para la actividad física (C-AAF).

- Descripción: El examinado contesta las siete preguntas del cuestionario de aptitud.

TABLA 1. COMPONENTES, FACTORES Y PRUEBAS DE LA BATERÍA DE VALORACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA SALUDABLE EN ADULTOS AFISAL-INEFC (RODRÍGUEZ ET AL., 1995A,B)

Componente	Factor	Prueba
Aptitud general	Estado de salud	Cuestionario C-AFF
Morfológico	Composición corporal	IMC (índice de masa corporal)
		ICC (índice cintura-caderas) Adiposidad y porcentaje graso
Muscular	Flexibilidad	Flexibilidad anterior del tronco
	Fuerza máxima	Fuerza máxima de prensión
	Potencia	Fuerza explosiva del tren inferior (salto vertical)
	Resistencia	Fuerza resistencia abdominal (encorvadas lentas)
Motor	Equilibrio	Equilibrio estático monopodal sin visión
Cardiorrespiratorio	Resistencia cardiorrespiratoria	Prueba máxima de predicción VO ₂ max (caminar 2 km)

b) Valoración de la composición corporal.

- Descripción: El examinado se encuentra descalzo y con poca ropa (bañador o ropa interior ligera, preferiblemente de dos piezas en las mujeres). Esta prueba será valorada por un mujer.
 - Talla.
 - Peso corporal
 - Pliegues cutáneos: Tricipital y muslo anterior
 - Perímetros: Perímetro de cintura y glúteo.
 - (o de las caderas): perímetro al nivel de la máxima protuberancia posterior al nivel de los glúteos, aproximadamente situada anteriormente a nivel del pubis. El sujeto se coloca de pie, con los pies juntos y sin contraer voluntariamente los glúteos.

c) Fuerza máxima de prensión.

- Descripción: Posición inicial. El examinado, de pie. coge con una mano el dinamómetro graduado a su medida, manteniéndolo en línea con el

antebrazo. El brazo ejecutante está extendido al lado de su cuerpo, sin tocarlo. La palma de la mano está paralela al muslo. Desarrollo. El examinado flexiona los dedos de la mano con la máxima fuerza posible. Manteniendo la posición del dinamómetro en relación al antebrazo extendido, sin ninguna flexión, extensión o rotación de la mano.

d) Equilibrio estático monopodal sin visión.

- Descripción: Posición inicial. El examinado en posición erecta, con apoyo monopodal (sobre un pie) y los ojos cerrados. La pierna libre flexionada hacia atrás, cogida de la mano del mismo lado por el empeine del pie. La rodilla de la extremidad que soporta el peso estará extendida, y la planta del pie completamente en contacto con el suelo. Desarrollo. El examinado suelta el soporte e intenta mantener el equilibrio durante el máximo tiempo posible. Si pierde el equilibrio, retoma la posición inicial y vuelve a intentarlo hasta completar un minuto de equilibrio.

e) Fuerza resistencia abdominal.

- Descripción: Posición inicial. El examinado se coloca sobre la colchoneta en posición supina, con las rodillas en flexión de 90° con las plantas de los pies y la cabeza tocando la colchoneta. Los miembros superiores extendidos a los lados del cuerpo con las palmas de las manos en contacto con la colchoneta. La punta del dedo índice de cada mano se hace coincidir con el borde de la cinta adhesiva más próxima a la cabeza. Desarrollo. La prueba se inicia levantando la cabeza y a continuación la parte superior de la espalda, encorvando el tronco y al mismo tiempo, deslizando los dedos sobre la cinta adhesiva, desde el extremo proximal hasta el distal. En ese momento, el examinado vuelve a la posición inicial, deslizando los dedos en sentido contrario. Este movimiento de encorvamiento se repite 25 veces por minuto, siguiendo el ritmo indicado por un metrónomo fijado a 50 señales por minuto que indica las sucesivas posiciones, inicial y final, de cada ciclo de movimiento. La prueba finalizará cuando el examinado no pueda continuar, no realice correctamente el ejercicio o llegue a completar 75 repeticiones (3 minutos).

f) Flexibilidad anterior del tronco.

- Descripción: Posición inicial. El examinado se sienta apoyando la cabeza, la espalda y la cadera en la pared, con la cadera flexionada en ángulo recto con respecto a las extremidades inferiores, que se encuentran extendidas y juntas. Se coloca el cajón por el costado más amplio en contacto con los pies (90° de angulación del tobillo). Extiende las extremidades superiores hacia adelante, colocando una mano sobre la otra, en pronación, a la altura de la

regla, sin perder el contacto de la espalda con la pared. El examinador sitúa el punto cero de la regla, en relación a la punta de los dedos de la mano que están más próximos al cajón. Desarrollo. Desde la posición inicial, el examinado flexiona el tronco hacia adelante con un movimiento suave y progresivo, a la vez que desliza sus manos sobre la regla, para llegar con la punta de los dedos, lo más lejos que pueda. El examinado exhala el aire poco a poco mientras realiza el movimiento. Posición final. El examinado permanece inmóvil durante 2 segundos, lo más lejos posible.

g) Fuerza explosiva del tren inferior (salto vertical).

- Descripción: Posición inicial de salto. El examinado se sitúa de lado (escogido libremente) a la pizarra, a una distancia de 20 a 30 cm, en posición de pie, mirando hacia adelante y con los pies separados al nivel de las caderas. Los brazos caen libremente al lado del cuerpo. Desarrollo. El examinado salta vigorosamente con una acción sincronizada y libre de todo el cuerpo para tocar con la punta del dedo índice o medio de la mano más próxima a la pizarra, lo más alto posible. La marca más alta obtenida se denomina altura final.

h) Prueba submáxima de predicción del consumo máximo de oxígeno (caminar 2 kilómetros).

- Terreno: Llano con un circuito marcado de 2 km de longitud en vueltas de al menos 200 metros. En climas adversos, un circuito cubierto asegura unas condiciones ambientales más estables. Por ejemplo, una pista polideportiva marcada con conos o postes en sus esquinas.

BIBLIOGRAFÍA

American Alliance of Health, Physical Education, Recreation and Dance (1980). *Health-Related Fitness Test Manual*. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.

American College of Sports Medicine (1991). *Guidelines for exercise for testing and prescription*. Pennsylvania: Lea & Febiger.

Bouchard, C.; Shepard, R.J. y Stephens, T. (1994). *Physical activity, fitness, and health*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.

Bouchard, C. (2000). *Physical activity and obesity*. Champaign: Human Kinetics.

Conseil de l'Europe (1995). *Eurofit pour adultes. Evaluation de l'aptitude physique en relation avec la santé*. Tampere: Institute for Health Promotion Research.

Daley, M.J. y Spinks, W.L. (2000). Exercise, mobility and aging. *Sports Medicine*, 29: 1-12.

Emery, C.F. y Gatz, M. (1990). Psychological and cognitive effects of an exercise program for community-residing older adults. *Gerontologist*, 30: 184-188.

Ernst, E. (1998). Exercise for female osteoporosis. A systematic review randomised clinical trials. *Sports Medicine*, 25: 359-368.

Mazzeo, R.S.; Cavanagh, P.; Evans, W.J.; Fiatarone, M.; Hagberg, J.; MaAuley, E. y Startzell, J. (1998). American College of Sports Medicine position stand: Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30: 992-1008.

McMurray, R.G.; Ainsworth, B.E.; Harrell, J.S.; Griggs, T.R. y Williams, O.D. (1998). Is physical activity or aerobic power more influential on reducing cardiovascular disease risk factors?. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30: 1521-1529.

Real Academia Española de la Lengua (1992). *Diccionario de la lengua española (21ª ed.)*. Valora: R.A.E.

Rodríguez, F.A. (1994). *Valoració física, condició física y salud: Conceptos y criterios generales*. Curso de Doctotado: Valoració física y salud. Programa: Deporte, valoració física y valoració para la Salud. Universidade da Coruña.

Rodríguez, F.A.; Gusi, N.; Valenzuela, A.; Nàcher, S.; Nogués, J. y Marina, M. (1995). Bateria AFISAL-INEFC de valoració de la condició física relacionada con la salud en adultos. En *II Congreso de las Ciencias del Deporte, la Valoració Física y la Valoración*. Lleida: INEFC-Lleida, Universitat de Lleida

Rodríguez, F.A.; Gusi, N.; Valenzuela, A.; Nàcher, S.; Nogués, J. y Marina, M. (1995). Valoración de la condición física relacionada con la salud en adultos: la batería AFISAL-INEFC. En *VIII Congreso Europeo de Medicina del Deporte. VI Congreso Nacional de FEMEDE*. Granada: FEMEDE, p. 352.

Rodríguez, F.A.; Gusi, N.; Valenzuela, A.; Nàcher, S.; Nogués, J. y Marina, M. (1998). Valoración de la condición física saludable en adultos (I): antecedentes y protocolos de la Bateria AFISAL-INEFC. *Apunts: Educació Física i Esports*, 52: 54-75.

Shephard, M. (1982). *Physical activity and growth*. Chicago: Year Book Medical Publishers.

“Implantación de Proyectos de Salud con la Aportación de la Metodología del Plan Estratégico de la Mancomunidad de Servicios Sociales “Emiliano Álvarez Carballo”



GERVÁS PABÓN, F.*;
MOREIRA ÁLVAREZ, A. L.**
TORRADO LÓPEZ, A.***

**Trabajadora Social.*

Coordinadora de la Mancomunidad

***Licenciada Ciencias Ambientales.*

Coordinadora Proyecto Ciudades Saludables

****Diplomada en Pedagogía Terapéutica. Técnico Prevención en Drogodependencias*



El Plan Estratégico surge de la necesidad de dotar a la Mancomunidad de una estrategia para un desarrollo integral, basada en la cooperación de los agentes que en ella actúan.

El Plan permite la elaboración e implantación de un Plan de Acción conjunto, deseable, posible y con flexibilidad de adaptación a los cambios.

Entre los resultados obtenidos figuran los siguientes:

- Elaboración de Protocolos de coordinación interinstitucional.
- Aprobación de proyectos integrales.
- Organización de los recursos de la Mancomunidad.

Una vez que hemos integrado la Planificación Estratégica como metodología aplicable a la Administración Pública en el ámbito local podemos enumerar los beneficios potenciales que nos aporta:

- Clarifica el futuro.
- Identifica los temas prioritarios y los planifica según su urgencia.
- Ayuda a la toma de decisiones.
- Conduce los cambios del entorno y de circunstancias.

- Mejora la organización y el funcionamiento de las instituciones.
- Identifica y sitúa a la Administración en el territorio.
- Produce efectos sinérgicos.
- Proporciona una visión integral que posibilita una acción coherente en base a una prioridad presupuestaria.

En definitiva, las Administraciones Públicas se benefician de esta metodología porque el todo es más que la suma de las partes. Si la planificación estratégica resulta exitosa, los resultados serán mayores y también el número de agentes implicados. Con ello, los objetivos se alcanzarán con mayor facilidad, lo que en definitiva favorece no sólo el trabajo, sino también la imagen pública de las administraciones.

LOS CIEGOS Y EL ELEFANTE

*“Cuenta una vieja historia hindú que un viejo santón hizo llevar un elefante a la plaza del pueblo e hizo que cuatro hombres ciegos tocaran el elefante y trataran de describir de qué se trataba. El primero de ellos tocó la pata y afirmó que se trataba de un tronco de un árbol. El segundo tocó la cola y sostuvo que era una cuerda. El tercero tocó una oreja y dijo que se trataba de la hoja de un gran árbol. El cuarto tocó la trompa del elefante, asegurando que era una serpiente”.*⁶

Cada ciego hizo del elefante su valoración analítica y racional de la situación. Sus descripciones no sólo no coinciden, sino que son totalmente contradictorias. Como ninguno de los ciegos puede ver el animal completo, cada cual ve una parte del mismo e ignora las demás. Sin embargo, el elefante no puede llegar jamás a tenerse yuxtaponiendo un tronco de un árbol, una serpiente y una hoja de un árbol grande. Sin el desarrollo de una perspectiva global no se puede reconocer la cuestión. Esta perspectiva no se puede conseguir de la misma manera que se exploran las partes individuales, no es el resultado lineal de observaciones independientes. Requiere una percepción que relacione los componentes para identificar el problema de forma integrada y coherente.

⁶ Recreación de la fábula de John Godfrey Saxe. Recogida por Henry Mintzberg, 1990 y Robert Ornstein, 1975.

INTRODUCCIÓN

La Mancomunidad de Servicios Sociales “Emiliano Álvarez Carballo” la componen cuatro poblaciones enmarcadas en la comarca de Jerez de los Caballeros (Badajoz), al suroeste de Extremadura: Barcarrota (3994 hs), Salvaleón (2233 hs), Valle de Matamoros (527 hs) y Valle de Santa Ana (1264 hs). Esto supone un total de 8.018 habitantes. Los sectores de la Agricultura y Ganadería son los más importantes, aunque también el sector servicios se ha consolidado en los últimos años. La población ha descendido gradualmente en todos los municipios, fenómeno habitual en Extremadura, donde los municipios más pequeños disminuyen en habitantes y las ciudades aumentan. Esto ha repercutido de forma directa en el desarrollo de la zona, dejando además unas pirámides de población en las que **la zona más gruesa es la de los mayores de 65 años**. La Mancomunidad de Servicios Sociales existe desde el año 1996, y además del Servicio Social de Base presente en los cuatro municipios desde 1989, se llevan a cabo diversos programas, como el de **Atención a la Familia y a la Infancia, Prevención en Drogodependencias, Ciudades Saludables, Garantía Social, Agente de Desarrollo Tecnológico y Plan Estratégico de Servicios Sociales**.

OBJETIVOS Y ALCANCE DEL PLAN ESTRATÉGICO

El Plan Estratégico de Servicios Sociales es un proyecto de futuro para el conjunto de la población de la Mancomunidad de Servicios Sociales “Emiliano Álvarez Carballo”. La **misión** es la de constituir un marco de referencia común a las iniciativas de las organizaciones y colectivos, y que se establezca, a partir de su elaboración, un sólido sistema de cooperación entre todos los agentes sociales. **La idea central es la creación de un Sistema de Servicios Sociales articulado, formado por una multiplicidad de organizaciones, tanto públicas como privadas, implicadas en la Acción Social**. Partimos de dos ideas fundamentales:

- La necesidad de adaptar el trabajo en servicios sociales a las necesidades cambiantes de la población.
- La necesidad de conseguir un sistema más conexionado y mejor organizado que permita e implique la participación de todos los agentes sociales, institucionales, políticos y económicos.

La implantación de este modelo metodológico surge de la necesidad de dotar a la Mancomunidad de una estrategia para su desarrollo, así como de unos mecanismos y nuevas formas de hacer que por su arraigo en el propio entorno permitan superar las dificultades que se presenten y permitan a su vez persistir en la necesidad de integrar

a todos los municipios que la forman, a través de sus agentes, en **un Plan de Acción conjunto, deseable y posible**, que genere sinergias y tenga una gran flexibilidad de adaptarse a los cambios que se van produciendo y sobre todo que sea capaz de integrar una cooperación consistente, mutuamente interesada y con amplitud de miras.

El Plan Estratégico de Servicios Sociales utiliza como logotipo una **Hormiga** porque esta figura representa un esfuerzo conjunto de la Comunidad, y es símbolo de Unión, Precisión, buena administración y Trabajo.

CÓMO SURGE EL PLAN

La idea parte del equipo técnico de la Mancomunidad de Servicios Sociales, quienes nos planteamos: **MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA MANCOMUNIDAD** (Programa de atención a la Familia y a la Infancia, Programa de Prevención de Drogodependencias, Servicio de Información, Valoración y Orientación, Servicio de Atención a los Mayores). Para ello partimos de **dos ideas fundamentales**:

- **Adaptar el trabajo a las necesidades cambiantes de la población:** implantábamos los proyectos y trabajábamos desde los despachos, sin contar con la población y agentes y por tanto sin conocer y dar respuestas a las necesidades de la población.
- **Conseguir un sistema de trabajo más conexionado y mejor organizado** que permita e implique la participación de todos los agentes sociales, institucionales, políticos y económicos. Consideramos necesaria esta participación para trabajar de forma integral.

QUÉ HACEMOS

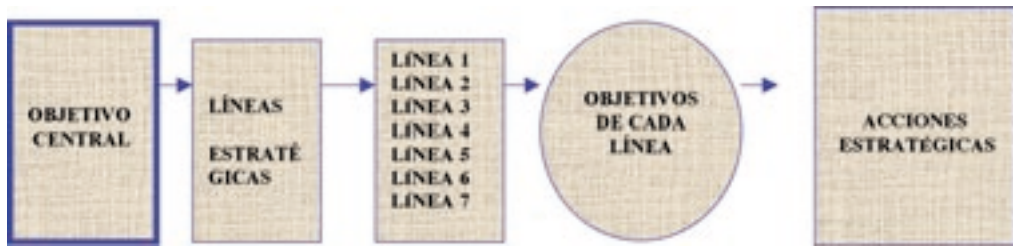
- 1.- Mantenemos una primera **reunión con los responsables políticos** de la Mancomunidad y los Alcaldes de los Ayuntamientos que la integran con el objetivo de conseguir su apoyo a la hora de plantear el proyecto del Plan.
- 2.- El Equipo Técnico de la Mancomunidad mantiene entrevistas con todos los agentes (un total de 80) de todos los sectores: educación, salud, empleo, asociaciones, vivienda..., con el objetivo de informar del proyecto, conocer los recursos de que disponen, informar del trabajo que desarrollamos en la Mancomunidad, conocer sus demandas, el grado de implicación en el proyecto y posibles puntos de unión.

- 3.- Organizamos las “**I JORNADAS DEL PLAN ESTRATÉGICO**” en las que participaron un total de 80 agentes de la zona, los objetivos de las jornadas fueron:
- Informar de las **Conclusiones del Estudio de Necesidades Sociales** realizado en la Mancomunidad y de las **Conclusiones de las Entrevistas** mantenidas por el equipo técnico de la Mancomunidad con los agentes sociales, económicos, institucionales y políticos.
 - Posibilitar un primer contacto entre todos los agentes implicados, para ello se formaron grupos de trabajo por áreas.
 - Conocer sus demandas.
 - Crear la Comisión Directiva del Plan Estratégico.

CÓMO NOS ORGANIZAMOS

- 1.- **CONTRATACIÓN COORDINADORA DEL PLAN ESTRATÉGICO**, cuyas funciones son: dirección técnica del plan, coordinar las iniciativas que se desarrollen y planificación y organización de las comisiones de trabajo.
- 2.- **CREACIÓN DE LA COMISIÓN DIRECTIVA** compuesta por: 4 representantes políticos de la mancomunidad, 4 agentes sociales de los municipios de la mancomunidad y 2 técnicos de la Mancomunidad. (Coordinadoras de la Mancomunidad y del Plan Estratégico). La función principal es la de impulsar y aprobar el plan.
- 3.- **CREACIÓN DE COMISIONES DE TRABAJO** compuestas por los agentes sociales, económicos e institucionales y cuya función principal es proponer las acciones estratégicas y adquirir compromisos de cooperación.
- 4.- **CREACIÓN DE LA COMISIÓN TÉCNICA** compuesta por diez técnicos de las distintas áreas de intervención: empleo, desarrollo local, administración local, formación, mayores, salud y servicios sociales generales y especializados. La función principal es la planificación y organización del plan. Su trabajo ha consistido en elaborar el borrador del documento del plan, elaborar los proyectos y planificación de las acciones a desarrollar.

ESQUEMA DEL PLAN ESTRATÉGICO



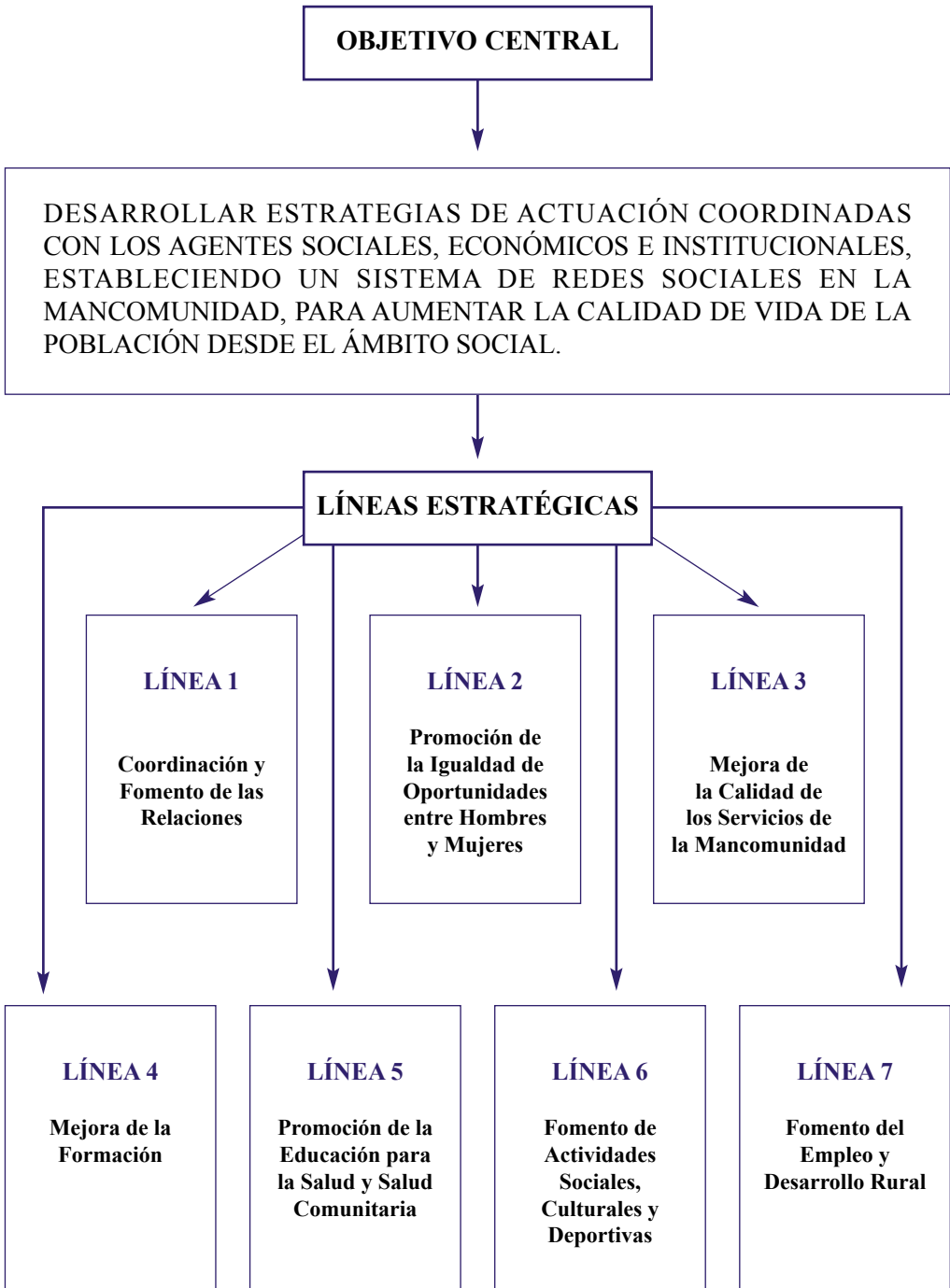
El **Objetivo Central** del Plan se determinó después de haber definido unos objetivos generales que justificaban el Plan Estratégico. Este objetivo central articula las **líneas estratégicas** y los objetivos de línea del plan. Los objetivos estratégicos se organizan entorno al objetivo central, constituyendo un proyecto de futuro para la Mancomunidad.

Paralelamente el equipo técnico, a partir del diagnóstico de situación y del objetivo central, elabora a su vez un listado de propuestas de actuación que se completan con las elaboradas por los agentes en las reuniones que se mantienen en las distintas comisiones de trabajo.

Del conjunto de las propuestas se desarrolló un proceso participativo primero y de estudio por parte del equipo técnico para proceder a su selección. Asimismo el Equipo Técnico elaboró el documento en el que se concretan los **objetivos estratégicos de cada línea** y los criterios prioritarios para su establecimiento. Para ello se utilizó la siguiente metodología:

- Análisis del conjunto total de las propuestas (elaboradas por el equipo y propuestas por los agentes).
- Agrupación de las propuestas, identificando el objetivo que da sentido estratégico a cada agrupación temática de ellas. Una vez realizada la selección de **acciones** de cada Línea Estratégica, procedimos a la priorización de las mismas.

DESARROLLO DEL ESQUEMA DEL PLAN ESTRATÉGICO



Siguiendo el esquema presentado anteriormente, desglosaremos los objetivos y acciones estratégicas de la **LÍNEA 5: PROMOCIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SALUD COMUNITARIA** y presentaremos dos de las acciones estratégicas prioritarias que se encuentran en fase de implantación: **Prevención en Drogodependencias**: “Prevenir para Vivir” y **Ciudades Saludables**.

OBJETIVO I de LÍNEA 5: PROMOVER LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ACCIONES ESTRATÉGICAS:

- 5.1.1.- Coordinación con Centros de Salud, Asociaciones y demás agentes y entidades implicadas en la promoción de la salud.
- 5.1.2.- Realización de campañas de Educación para la Salud de temas específicos: prevención de drogodependencias, educación afectivo sexual, enfermedades de transmisión sexual, higiene, alimentación y ocio y tiempo libre.
- 5.1.3.- Formación de Mediadores de Educación para la Salud, y formación de todos los agentes implicados de una u otra forma en la **PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS**.

OBJETIVO II de LÍNEA 5: SENSIBILIZAR A LA POBLACIÓN EN SALUD MENTAL

ACCIONES ESTRATÉGICAS:

- 5.2.1.- Coordinación de todos los agentes implicados en la zona en temas de Salud Mental.
- 5.2.2.- Organización de Charlas, Jornadas,... para difusión de recursos.
- 5.2.3.- Coordinación con otros agentes sociales para mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus familiares.
- 5.2.4.- Fomento de asociacionismo de personas y familiares implicados en alguna enfermedad mental.

OBJETIVO III de LÍNEA 5: ACERCAR LOS SISTEMAS DE SALUD A LA POBLACIÓN Y MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE LA MANCOMUNIDAD

ACCIONES ESTRATÉGICAS:

- 5.3.1. Coordinación con la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura para establecer un acuerdo de colaboración y mejorar los sistemas de salud.

- 5.3.2. Elaboración de una guía sanitaria que recoja información de todos los servicios existentes y facilite su acceso.
- 5.3.3. Creación de un Punto de Información para la Salud en cada Municipio.

OBJETIVO IV. MEJORAR LA SALUD MEDIOAMBIENTAL

ACCIONES ESTRATÉGICAS:

- 5.4.1. Implantación del Proyecto: “**CIUDADES SALUDABLES**”.

IMPLANTACIÓN DE DOS PROYECTOS ENCUADRADOS DENTRO DEL PLAN ESTRATÉGICO

1.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS: “PREVENIR PARA VIVIR”.

Uno de los servicios de la Mancomunidad es el servicio de Convivencia e Inserción Social el cual incluye este Programa de prevención en Drogodependencias. Un programa de prevención del consumo de drogas cuyas características lo convierten en un instrumento eficaz que se integra en toda la comunidad. Partimos de la necesidad de crear hábitos saludables. Sus objetivos generales son:

- Informar para prevenir y prevenir para promocionar el bienestar físico, psíquico y social.
- Sensibilizar sobre la importancia de la educación en la Prevención y el papel que juega el educador en este campo, ofreciendo colaboración en cada programación escolar.

La necesidad de este programa viene dada por las características de la población destinataria. Una población en la que, según el Estudio de Necesidades Sociales y el Diagnóstico de Salud, hay abusos de alcohol, escasa motivación para seguir estudiando y alto nivel de desempleo, sobre todo. Actualmente se está llevando a cabo dentro de este programa de prevención el proyecto: “Prevenir para vivir”. Es una iniciativa en el ámbito de la prevención de las drogodependencias en el medio escolar. Un programa elaborado por la Consejería de Sanidad y Consumo y de Educación de la Junta de Extremadura basado en la importancia de la escuela en el tema de prevención. Importancia que viene marcada por la actuación preventiva que ejerce la escuela sobre aquellos factores de riesgo y a la vez la función de potenciar otro tipo de factores que protegen a las personas de estos mismos riesgos. Como en cualquier programa, es importante saber que es lo que se está haciendo. Pues bien, lo que se desarrolla dentro del programa de prevención es:

1. Asesorar en materia de prevención a través de sesiones informativas sobre prevención en las Escuelas de Padres y Madres, a través de programas radiofónicos, folletos y revistas de ámbito local y mancomunado.
2. Apoyar al profesorado y al alumnado a través de contactos y reuniones en las que se verán aquellos temas que desde la prevención trabajará el profesorado y que serán de especial interés para el alumno, teniendo en cuenta la edad, los factores de riesgo y las características del entorno principalmente.
3. Establecer reuniones de coordinación con los agentes para marcar unas líneas a la hora de trabajar diferentes temas relacionados con la prevención: ocio y tiempo libre, comunicación, habilidades sociales.
4. Desarrollar actividades en las que se formen a jóvenes mediadores en temas de prevención.
5. Los resultados se verán principalmente a través de la participación de padres, madres, profesores, jóvenes y agentes en lo mencionado anteriormente.

También tenemos una visión de futuro de cara a la prevención y por ello con el Proyecto “Prevenir para Vivir” pretendemos incorporarlo dentro del currículo en todos los colegios de la Mancomunidad y, con respecto al Programa de Prevención se trabaja desde las comisiones de trabajo aprovechando la estructura del Plan Estratégico para poder profundizar más en las diferentes alternativas que se les pueden ofrecer sobre todo a los jóvenes de nuestra Mancomunidad, previniendo desde el campo del ocio y tiempo libre, sobre todo.

2.- PROGRAMA DE CIUDADES SALUDABLES

La OMS inició en 1986 el Proyecto de “Ciudades Saludables”partiendo de la idea de que la sostenibilidad de las ciudades depende de la aplicación de estrategias urbanas integradas y relacionadas, no sólo con la protección y mejora de las condiciones ambientales sino con la mejora de la productividad y el crecimiento económico, la creación de empleo, la protección de la salud y de la seguridad humana,... y dirigidas, en definitiva, a la mejora de calidad de vida. La labor de velar por un desarrollo urbano integrado implica la necesaria actuación coordinada de los sectores mencionados junto con las Corporaciones Locales.

La Red Española de Ciudades Saludables (RECS) se crea en 1988 tras la firma del Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Federación Española de Municipios y Provincias y el Ayuntamiento de Barcelona. Además se han ido formando distintas redes autonómicas. Desde el Plan de Salud de Extremadura 2001-2004 se mantiene la estrategia contenida en el Proyecto “Ciudades Saludables” propugnando que a nivel operativo exista un compromiso institucional de los

Ayuntamientos por incorporar este programa en su cartera de servicios, como herramienta que posibilite desarrollar acciones para el cambio de las ciudades en el sentido de que favorezca la salud de sus habitantes y la habitabilidad.

La Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura se propone crear la *Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles*, con la finalidad de realizar actividades de promoción de la salud para mejorar la sanidad medioambiental de nuestras ciudades y establecer lazos de comunicación para el intercambio de experiencias entre los distintos municipios y/o mancomunidades de nuestra Comunidad Autónoma.

El Proyecto de “Ciudades Saludables” es una experiencia piloto en nuestra región, que se está llevando a cabo en Herrera del Duque, Almendralejo, Talayuela, Coria y la Mancomunidad de Servicios Sociales “Emiliano Álvarez Carballo”.

El objetivo general es promocionar la salud para conseguir, con el apoyo político y la cooperación intersectorial, mejorar la sanidad medioambiental de nuestras ciudades.

En el proceso de formación de la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles, coordinado desde el Servicio de Prevención y Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo, se distinguen cuatro fases:

- Compromiso político de Mancomunidad de Ayuntamientos.
- Análisis de la situación de salud de la zona.
- Puesta en marcha de las estrategias que conforman el Plan de Salud.
- Evaluación y seguimiento.

Desde julio de 2002 hasta enero de 2003 se ha elaborado el Diagnóstico de Salud de la Mancomunidad. Con posterioridad al Diagnóstico se han diseñado las estrategias y acciones que, en conjunto, formarán el Plan de Salud que en el futuro próximo se llevará a cabo.

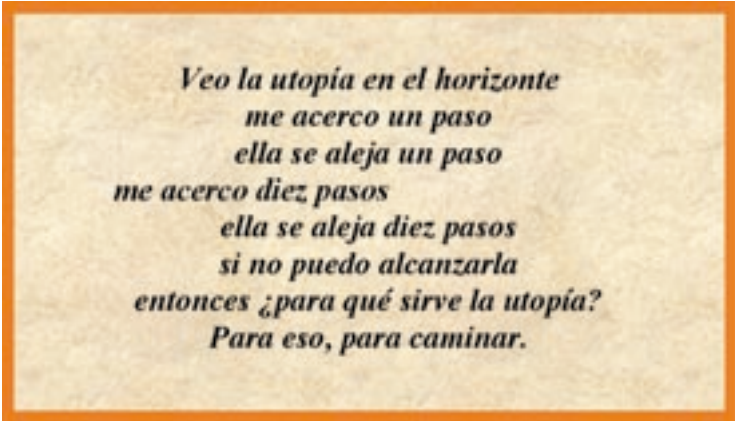
Una herramienta importante e imprescindible para la realización del Proyecto es la *participación ciudadana*. En el Diagnóstico de Salud se ha incorporado la opinión de: población de la Mancomunidad, técnicos, asociaciones, empresarios, políticos y agentes sociales como base de información cualitativa del Estudio a través de reuniones, encuestas y entrevistas. La participación ciudadana en el Plan de Salud

estará basada en las comisiones de trabajo de la estructura consolidada del Plan Estratégico de Servicios Sociales.

Entre las actividades y actuaciones propuestas a desarrollar englobadas en el Plan de Salud se llevarán a cabo visitas intergeneracionales al entorno natural, que incluirá dinámicas de educación ambiental y educación para la salud, incidiendo en la importancia de la educación desde las edades más tempranas. También están programadas las celebraciones del Día Mundial de la Salud, Día Mundial de la Alimentación, Día Mundial del Medio Ambiente y Día Mundial contra el SIDA.

Otras acciones estratégicas son las recogidas en la línea 5 desarrollada anteriormente, tales como: edición y distribución de material didáctico de apoyo a los contenidos de educación sanitaria: guía de educación alimentaria, posters y folletos sobre consejos para una alimentación saludable y una dieta equilibrada y variada y charlas para la población en general y colectivos y agentes sociales.

Sea como fuere, lo cierto es que nuestra pretensión es la de recorrer un camino que contribuya de la mejor forma posible al bienestar social de la población. Y como decía Eduardo Galeano.



*Veo la utopía en el horizonte
me acerco un paso
ella se aleja un paso
me acerco diez pasos
ella se aleja diez pasos
si no puedo alcanzarla
entonces ¿para qué sirve la utopía?
Para eso, para caminar.*

BIBLIOGRAFÍA

Comunidad de Madrid: Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (2001-2003). Julio 2001.

Revistas de Servicios Sociales y Política Social del Consejo General de Diplomados en Trabajo Social (nº: 35, 40, 47, 48, 50, 55 y 57).

Junta de Castilla-León, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Universidad de Valladolid: La Intervención Integral en municipios menores de 20.000 habitantes. 1996.

Ayuntamiento de Barcelona: Plan Integral de Desarrollo de los Servicios Sociales. 1996.

Gobierno de La Rioja: Manual de Programas Básicos de Servicios Sociales Comunitarios en La Rioja. 2000.

Diputación de Guipúzcoa: Plan Estratégico de los Servicios Sociales Comunitarios de Guipúzcoa. 1999.

J. M. Pascual i Esteve: La Estrategia de las Ciudades. Diputación de Barcelona, Ed: Traducciones OTC, 1999.

Diputación Provincial de Granada: Avances en Política Social. 1995.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Comunidades Autónomas y F.E.M.P.: El Sistema Público de Servicios Sociales. Ponencia Técnica de Evaluación del “Plan Concertado”, 1997.

“Unas buenas razones para disfrutar educando a tus hijos”

ÁNGEL GUTIÉRREZ CALDERÓN, M^a PAZ CASILLAS MUÑOZ,
JUANA DÍAZ DÍAZ, PILAR LÓPEZ GÓMEZ
Asociación Miajadeña de Ayuda al Toxicómano. (AMAT)

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

De entre los distintos contextos en los cuales se han desarrollado intervenciones de tipo preventivo a las manifestaciones de la conducta problema del adolescente, el ámbito familiar es uno de los que ha recibido una atención prioritaria por diversos motivos. En primer lugar, por la propia finalidad educativa de la familia, que establece entre sus objetivos la promoción del desarrollo integral de la persona; de ahí que se destaque la necesidad de trascender lo que supone el mero cuidado, incorporando a la educación la adquisición de capacidades y destrezas que faciliten al individuo abordar de modo adaptativo la diversidad de situaciones que se plantean en su vida cotidiana y en su relación con el medio.

Existen, además de lo anterior, razones concretas que hacen de la familia un medio idóneo para desarrollar actuaciones preventivas y de promoción de la salud. Así, han sido reiteradamente citadas las ventajas que aporta el ser el primer grupo social transmisor de valores y actitudes, la posibilidad de actuar como referentes e impregnar con nuestro estilo de comportamiento todo lo que pensamos y hacemos, la virtualidad de aclimatarnos a los cambios que se producen en ellos a medida que crecen y se desarrollan. Todo ello ha hecho que se hayan diseñado innumerables propuestas para desarrollar en el ámbito familiar, en detrimento de otros contextos que, si bien requieren de la articulación de acciones conjuntas, presentan una serie de dificultades que hacen que los esfuerzos invertidos en realizar prevención de conductas de riesgo resulten menos productivos en relación coste-beneficio.

Programas familiares-Ventajas del propuesto.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

El programa aquí presentado constituye una aproximación a la promoción de la salud que se centra en los principales factores psicológicos y sociales que propician

el inicio en el desarrollo de conductas de riesgo en la adolescencia, y es el resultado de la adaptación.

Teniendo en cuenta la filosofía subyacente del programa, podemos decir que la presente intervención surge como una propuesta preventiva familiar de apoyo a iniciativas de prevención basadas en la escuela.

Si bien el planteamiento de origen de este programa familiar coincide con otros programas dirigidos a padres con el objetivo primordial de reforzar las intervenciones preventivas familiares centradas en el desarrollo de la competencia personal y social de los adolescentes, en el programa “Unas buenas razones para Disfrutar Educando a tus hijos” se pretende integrar, además, ciertos aspectos de interés en prevención que pertenecen a aquellas intervenciones fundamentadas en educar a los padres para mejorar el desarrollo personal y social de los hijos.

Se trata de un programa de entrenamiento en habilidades parenterales, que centra su potencial en la prevención de conductas problema en adolescentes, debido a que en la totalidad de sus componentes se actúa sobre las conductas familiares que han sido identificadas como precursoras del consumo de drogas y de otras conductas de riesgo.

En función de estas dos ideas, el programa para padres “Unas buenas razones para Disfrutar Educando a tus hijos” se focaliza, fundamentalmente, en la prevención de las conductas de riesgo, y por extensión, del consumo de drogas, en los adolescentes, siendo su principal propósito enseñar a los padres cómo reducir los factores de riesgo principales en el desarrollo de tales conductas al inicio de la adolescencia, y cómo incrementar aquellos factores de protección dentro de la familia que, por el contrario, inhiben la aparición de las conductas de riesgo en sus hijos.

El programa no trata de transmitir una programación científica a los padres para ser excelentes educadores, sino de abrir su mente a nuevas formas de relacionarse con sus hijos. Este programa constituye un Modelo de Educación, cuyos contenidos esenciales se han centrado en la presentación de los pilares básicos que sustentan la labor educativa de los padres. Se trata de un proceso educativo diseñado para intervenir ante los diferentes niveles de riesgo en los que se sitúa la familia.

“Unas buenas razones para Disfrutar Educando a tus hijos” contempla las principales **pistas de concepto relativas al rol de padres**, con la finalidad de aportar trazados acerca del comportamiento que les toca llevar a cabo en calidad de padres, en lo referente al significado de la **Educación de los hijos** y de las **Estrategias para hacerla posible**. De esta forma el programa pretende apaciguar el miedo y la inseguridad que sienten los padres en las ocasiones en las que tratan de atenuar su

sentido de la responsabilidad, sintiéndose culpables o exigiéndose demasiado como educadores.

La clave del programa es mostrar, como hemos indicado, un proceso educativo que ordene en la mente de los padres ideas y pistas relevantes que resuelvan el jeroglífico de la educación y les convierta en **guías**, capaces de manejar recursos relacionados con la comunicación, que faciliten la construcción personal, la identidad y la autonomía de los hijos y les faculte para un crecimiento hacia la autonomía, para una adecuada percepción de los riesgos y para un apropiado manejo de los mismos.

OBJETIVOS

General

- 1.- Que los padres influyan en los riesgos que pueden soportar sus hijos, en relación con los problemas de conducta y puedan ofrecer elementos de protección desde el entorno familiar a través de estilos educativos adecuados.

Específicos

- 1.- Establecer pautas que permitan evidenciar una postura familiar clara ante las conductas de riesgo.
- 2.- Aportar pistas de concepto relativas al rol de padres, referidas a la educación de los hijos y a las estrategias para hacerla posible.
- 3.- Facultar a los padres para manejar conflictos propios de la convivencia familiar con adolescentes.
- 4.- Fortalecer los vínculos familiares.

VARIABLES A MODIFICAR

El diseño del programa para padres y madres preocupados por las conductas de riesgo se ha basado en la concepción teórica basada en los siguientes modelos: *Modelo de promoción de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1986)*, *Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977)*, *Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980)*, *Modelo de Desarrollo Social (Catalano y Hawkins, 1980)*, *Modelo Secuencial (Kandel, 1978)*, *Modelo de Entrenamiento en Habilidades para la Vida (J.B. Botvin, 1999-2000)*. Tras una revisión exhaustiva del conjunto de

trabajos existentes sobre las variables familiares que se pueden considerar predictoras del inicio y del mantenimiento de los comportamientos problemáticos, hemos seleccionado para este programa aquellas que han demostrado tener mayor poder predictivo.

Así, el programa pretende incidir en las variables familiares que mayoritariamente se han relacionado con el desarrollo de conductas de riesgo en adolescentes. Concretamente, **el estilo educativo carente de supervisión y apoyo, un bajo grado de comunicación entre padres e hijos, y una baja supervisión o control parental** son factores de riesgo de los trastornos de conducta, la delincuencia y el abuso de sustancias.

Entre otros factores de riesgo destaca también la **existencia de conflictos familiares**. De forma inversa, otras características familiares como el apoyo por parte de los padres a las competencias o capacidades de sus hijos, el calor y afecto familiar, y la presentación de unas expectativas o normas prosociales claras, pueden servir como “factores de protección” del desarrollo de conductas desadaptadas en los hijos, incluido el consumo de drogas.

Las variables seleccionadas son las siguientes:

Prácticas educativas de los padres o estilo educativo de los padres

El estilo educativo de los padres está referido al conjunto de conductas que deben desempeñar en su calidad de padres, es lo que se entiende como rol de padres. Ese rol es un estilo de comportamiento que impregna todo lo que los padres piensan y transmiten a los hijos.

Una vez asumido que los padres deben aceptar que su responsabilidad en el proceso educativo de los hijos es esencial, aunque no única, deben ordenar su mente y en su ánimo algunas pistas rectoras que han de constituirse en sus claves para una adecuada intervención práctica con ellos.

El aprendizaje de los padres a este respecto va a incluir lo que le sucede a los hijos en diversas franjas de edad, y cómo ha de ser la propia evolución del estilo de relación con ellos. Al tiempo que el niño crece, los padres también deben “evolucionar” en su estilo de trato, sintonizando con su desarrollo, acompasando formas y contenidos, etc.

Las principales claves de acción que, desde la comunicación de los hijos, se pretenden aportar desde el trabajo con esta variable son: los recursos de supervisión y los recursos de apoyo.

Mantener un equilibrio entre autoridad y afecto, es decir, utilizar la firmeza cercana como estrategia educativa, dará como resultado aparecer ante los hijos como ese adulto de confianza que tanto necesitan.

Habilidades para gestionar un conflicto familiar

Los conflictos son, probablemente, el factor más desequilibrante y generador de estrés en las relaciones familiares. Lejos de concederles el mismo valor que a los momentos gratificantes, las situaciones difíciles con los hijos, son consideradas desde una perspectiva emocional, como disparadores de ruptura, lastre de la relación, y causantes de ansiedad, depresión e impotencia.

Sin embargo, tanto desde el punto de vista sociológico como evolutivo, los conflictos son inevitables y necesarios para la madurez de la relación paterno-filial.

La clave del trabajo con la presente variable se centrará en dar sentido al conflicto y a los recursos que los padres pueden utilizar para hacer frente a los desencuentros familiares y sobrevivir psicológicamente disfrutando de la interacción familiar.

Cohesión familiar

Si atendemos a los estudios realizados en torno la función de los vínculos afectivos en el seno familiar, podemos afirmar que unas relaciones entre padres e hijos caracterizadas por la falta de cercanía afectiva y la falta de implicación parental con los adolescentes constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de conductas problemáticas.

La utilización de recursos de comunicación y la aceptación de los hijos tal y como son, se constituyen en la base para desarrollar un clima familiar armonioso y estable.

Habilidades para la utilización de recursos de apoyo

Los recursos de apoyo son las estrategias que los padres pueden utilizar en los procesos de comunicación y relación con sus hijos, y cuyo objetivo principal consiste en mostrar cercanía, seguridad y confianza (relación empática).

Los padres han de actuar ejerciendo como guías, a través de conductas expresas de referencia y apoyo, que son junto con las de supervisión, las que verdaderamente propician y facilitan su construcción personal, su identidad y autonomía.

Habilidades para la utilización de los recursos de supervisión

Los recursos de supervisión consisten en el conjunto de mecanismos comunicativos que permiten establecer y mantener una estructura concreta de relaciones, trabajos y exigencias, etc., dentro de la familia, y la supervisión necesaria para su cumplimiento y paulatina modificación cuando fuese necesario. Persiguen el fin de inculcar en los hijos una serie de principios que orienten su conducta.

Manejar recursos de supervisión contribuye a que tanto los padres como los hijos tengan claro en cada momento qué se puede hacer y qué no puede hacerse, qué cosas están permitidas y cuáles no se van a consentir nunca, en aspectos familiares, etc.

La utilización de recursos de supervisión es un factor en la convivencia de padres e hijos que tranquiliza a éstos y los relaja. Es la referencia exacta de su comportamiento, el patrón, la pauta, y sobre ella van a edificar a lo largo del resto de su vida todo su entramado de identidad personal acerca de las expectativas, exigencias, consecuencias, obligaciones mutuas, premios y reconocimientos, etc., comenzando por el propio entorno familiar y generalizándose, poco a poco, en los restantes escenarios vitales con los que se topan.

Habilidades para la educación en la aceptación de sentimientos

La educación de los hijos en el reconocimiento, denominación, aceptación y control racional de los sentimientos, es una de las tareas más apasionantes que deben acometer los padres. Cuando los hijos se sienten bien, tienden a comportarse bien, porque hay una relación directa entre el mundo emocional y el de las razones y el comportamiento. Por el contrario, la incomprensión de los hijos de sus propias emociones y sentimientos -y por tanto de las emociones de quienes les rodean- hace que su proceso de aprendizaje y su maduración se vea seriamente resentido.

Las emociones funcionan como experiencias subjetivas intensas, que forman parte y ayudan a definir y organizar las experiencias de las personas. De ahí, que sea importante hacer crecer a los hijos en el manejo de todos los ámbitos emocionales para que su relación con el mundo, sus exigencias y sus contrariedades, sea fructífera.

Habilidades para la toma de decisiones

Puede definirse como la capacidad de tomar decisiones autónomas y responsables, considerando las ventajas e inconvenientes de las opciones disponibles y asumiendo las consecuencias.

Establecer normas es una base necesaria para dar al niño mayor autonomía y libertad. En el momento en que los hijos son conscientes de que ante una norma

tienen suficiente libertad para ajustarse a ella o incumplirla, van introduciendo la capacidad de TOMAR DECISIONES que les afectan, lo cual lleva consigo, una elección de las consecuencias prefijadas.

Habilidades para la interacción social

Las habilidades sociales no sólo tienen repercusión en la calidad de las relaciones que el niño establece con otras personas, sino que también influyen decisivamente en la forma en que asimila las normas y los roles sociales.

Los individuos con dificultades para la interacción social, para hacer amigos, para gestionar conflictos, quedan más fácilmente fuera de los circuitos de interacción grupal, reciben a menudo etiquetas descalificadoras de sus iguales y encuentran como única vía para alcanzar el prestigio ante los demás el comportamiento contrario a las normas, facilitando su progresiva marginación y la disminución de la autoestima.

CONTENIDOS DEL PROGRAMA

MÓDULO I. ROL DE PADRES.

MÓDULO II. LAS NORMAS.

MÓDULO III. RECURSOS DE APOYO: LA ESCUCHA.

MÓDULO IV. EDUCACIÓN EN LA ACEPTACIÓN DE SENTIMIENTOS: LAS EMOCIONES.

MÓDULO V. PREPARACIÓN DE LOS HIJOS PARA HACER PACTOS.

MÓDULO VI. LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES.

MÓDULO VII. LA EDUCACIÓN EN EL JUEGO Y EL TIEMPO LIBRE.

MÓDULO VIII. LOS ADULTOS Y EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE LOS HIJOS.

MÓDULO IX. LA GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS EN LA RELACIÓN PADRES-HIJOS.

MÓDULO X. PREVENCIÓN. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO. CLAVES DE ACCIÓN PARA LOS PADRES.

METODOLOGÍA DEL PROGRAMA

Pautas para el manejo del programa

El programa “Unas buenas razones para Disfrutar Educando a tus hijos” recoge las principales pistas de concepto relativas al rol de padres, referidas a qué se entiende por Educación y cuáles son las Estrategias para hacerla posible. Constituye una intervención consistente en 10 sesiones de formación para padres, de las cuales 5 son básicas y otras 5 son optativas.

Los monitores del programa, que aplican esta intervención, reciben un entrenamiento específico, que les proporciona información acerca de cómo aplicar el contenido de las sesiones, modelos adecuados de actuación para desarrollar una dinámica participativa durante las sesiones y pistas para resolver posibles problemas en el desarrollo de las mismas.

Como hemos mostrado anteriormente, este programa constituye un Modelo de Educación, cuyos contenidos esenciales se han centrado en la presentación de los pilares básicos que sustentan la labor educativa de los padres. El contenido impartido en las 10 sesiones de que consta el programa es el que presentamos a continuación. Para la ejecución de un curso de padres las 10 sesiones diseñadas se han dividido en 5 sesiones de carácter básico u obligatorio que se desarrollarán con todos los grupos de padres y en 5 sesiones opcionales, de las cuales cada grupo elegirá una que incorporará a las 5 obligatorias en un solo curso:

Componente	Módulo	Sesiones
Estilos educativos	Rol de padres	Básica
Recursos de comunicación	Normas	Básica
	Recursos de apoyo: la escucha	Básica
Control emocional	Educación en la aceptación de sentimientos: las emociones	Básica
	Preparación de los hijos para hacer pactos	Básica
Hábitos alimentarios	La educación de los hijos en los hábitos alimentarios saludables	Optativa
Ocio	La educación en el juego y en el tiempo libre	Optativa
	Los adultos y el rendimiento escolar de los hijos	Optativa
	La gestión de los conflictos en la relación padres-hijos	

Conductas de riesgo	Prevención. Comportamientos de riesgo. Claves de acción para los padres	Optativa
---------------------	---	----------

Presentación del material preventivo

El programa de Prevención de conductas de riesgo en el ámbito familiar “Una buenas razones para Disfrutar educando a tus hijos” está compuesto por una Carpeta de Padres y un Manual de Monitor.

• La Carpeta de Padres:

Constituye material de apoyo para los padres. En él se les presenta información sobre los distintos temas tratados en el programa y se proponen actividades que deben realizar.

• La Guía para Monitores:

Pretende facilitar el desarrollo de un proceso de reflexión y análisis de situaciones cotidianas con padres y madres, que les permita comprender la importancia del papel que desempeñan los padres como agentes preventivos.

La guía no se limita a ofrecer un repertorio de conceptos sobre la familia y la prevención, sino que constituye una herramienta complementaria al manual del curso de formación de padres.

Su objetivo es el de aportar claves de manejo y orientación destinadas a que la figura del monitor cumpla de modo óptimo su función de conductor de este proyecto.

Las acciones del monitor resultan primordiales para aportar los cimientos necesarios al conjunto del proyecto formativo, promoviendo la participación e implicación de las familias y favoreciendo mediante dinámicas de aprendizaje diseñadas al efecto, la comprensión, profundización y fijación de sus contenidos.

La guía presenta un procedimiento de trabajo, útil como instrumento de sistematización de la labor del animador a lo largo de toda la aplicación del programa.

No se plantea como una opción cerrada, sino como una guía práctica susceptible de mejora con cuantas aportaciones puedan complementarla, añadiendo calidad y condiciones de mayor adaptación a la realidad en la que el animador tenga que aplicarla.

Manejo del manual del monitor (Estructura de las sesiones)

El monitor, tendrá un número concreto de encuentros o sesiones con los participantes en el curso, en los que debe dar tiempo a repasar todos los contenidos recogidos en el manual para familias.

Para ello, se ha dividido la guía del monitor en idénticos bloques a los de la carpeta de padres, teniendo cada uno el siguiente esquema de ordenación:

- **Planteamientos conceptuales**
 - Introducción.
 - Contenidos clave de aprendizaje.
 - Exposición de conceptos.
 - Dinámica central.

- **Estructura de la sesión**
 - Revisión de tareas.
 - Dinámica central de la sesión.
 - Asignación de tareas.

- **Dinámicas utilizadas**
 - Dinámica de expectativas.
 - Role playing.
 - Cuchicheo.
 - Debate.
 - Philips 4x4.
 - Modelado.

- **Papel del mediador**

COMUNICACIONES EN LA MESA DE ÁMBITO SANITARIO



“Educando en Diabetes en nuestra Zona de Salud de Trujillo”

EMILIA REDONDO SÁNCHEZ*, PATRICIA TORRICO PÉREZ*

**DUE Centro de Salud de Trujillo*

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de diabetes, lo estamos haciendo de una enfermedad crónica, en la que en gran medida el éxito o el fracaso de su control y la aparición o no de complicaciones, está en un porcentaje muy elevado “en manos del enfermo”.

Por ello, consideramos que debido a las características de la enfermedad se requiere una implicación activa, no sólo de los profesionales sanitarios, sino también del propio paciente, dotando a éstos de un conocimiento suficiente de la enfermedad, con sus posibles complicaciones agudas y crónicas, de forma que entienda el sentido y la necesidad de cumplir el tratamiento prescrito por el profesional sanitario.

Debido a esto un grupo de profesionales del Centro de Salud de Trujillo hemos decidido poner en marcha unas jornadas de Educación para la Salud dirigidas a enfermos crónicos de Diabetes y en algunos casos a sus cuidadores principales.



JUSTIFICACIÓN

La decisión de poner en marcha un grupo de trabajo que desarrolle Educación para la Salud con diabéticos de nuestra zona queda justificada por varias razones, siendo las principales:

1. La prevalencia de diabetes existente en nuestra zona de salud es del 5%, de los que 20% del total son insulino dependientes, el 70% tienen tratamiento oral (A.D.O.) y el 10% están controlados con dieta. Además el 89.62% de nuestros diabéticos son mayores de 60 años.

2. La mayoría de nuestros diabéticos a pesar de que dicen “que cumplen” el tratamiento prescrito por el médico (insulina, dieta, fármacos), no están bien controlados: hemoglobinas glicosiladas altas, hipoglucemias, complicaciones crónicas (nefropatías, pie diabético, accidente cerebrovascular...).
3. Alto coste sanitario, que es de los más elevados entre todas las enfermedades crónicas, sobre todo debido a las complicaciones crónicas citadas anteriormente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Capacitar al diabético para llevar a cabo una vida normal en la medida que le sea posible. **AUTORRESPONSABILIDAD.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Que el diabético conozca en qué consiste la enfermedad, cuáles son sus signos y sus síntomas.
- Que conozca cuáles son los pilares fundamentales sobre los que se basa el tratamiento de la diabetes y los lleve a cabo: dieta y ejercicio.
- Que se adhiera al tratamiento farmacológico pautado: antidiabéticos orales, insulina.
- Que esté capacitado para reconocer y actuar ante situaciones de emergencia, por ej.: hipoglucemia.
- Motivarlo para que lleve un autocontrol.
- Que lleve un buen control metabólico, a fin de prevenir las complicaciones de la diabetes mellitus.

METODOLOGÍA

El grupo de educación para la Salud en Diabetes se formó hace aproximadamente 3 años. Está integrado por un equipo multidisciplinar que incluye 1 médico, enfermeros, 1 fisioterapeuta y 1 Trabajadora Social.

En principio, se realizó un trabajo con todos los contenidos de las charlas, que nos sirviera de guía durante las jornadas.

Inicialmente trabajamos con los diabéticos de Trujillo y como todo salió bien y la población mostró interés, continuamos con los demás pueblos de la zona de Salud.

La captación de diabéticos (o en algunos casos cuidadores) fue realizada en las consultas de Enfermería o Medicina, explicándoles en qué consistían las jornadas, cuánto duraban... y entregándoles unos impresos para confirmarnos su asistencia.

Los grupos eran reducidos, de aproximadamente 10-12 personas.

Se impartían 5 charlas por cada grupo de aproximadamente 50 minutos que incluían contenidos teóricos (exposición) , prácticos y resolución de dudas.

El uso de este método, ha supuesto:

- Compartir ideas, experiencias y recursos.
- Potenciar la participación de los enfermos, fomentando el compromiso colectivo.

Al comienzo de cada una de las charlas se entregó un díptico informativo.

CONTENIDOS

Los contenidos de cada sesión han sido:

1. Concepto de la diabetes, cuáles son los signos y síntomas, cómo se diagnostica.
2. Cuáles son las complicaciones tanto agudas como crónicas que pueden aparecer si padece diabetes. ¿Cómo las podemos prevenir? En esta sesión se incluye el pie diabético con una práctica específica de cómo deben cuidar el mismo.
3. Dieta y el ejercicio: se explica la importancia que tienen en el tratamiento de la diabetes. En cuanto a la dieta se habla de la dieta semáforo, dietas prefijadas y la dieta que podríamos considerar como ideal, dieta por raciones. También se dan recomendaciones generales de formas de cocinar, edulcorantes, bebidas. Los pacientes comentan recetas.
4. Tratamiento farmacológico, insulino terapia y autocontrol: tipos de medicamentos orales, tipos de insulina, cómo administrarse la insulina y cómo



y cada cuánto realizar autocontroles de glucosa en sangre (con glucómetro) y en orina. Diabéticos en situaciones especiales: embarazo, viajes, infecciones...

- Aspectos psicosociales de la diabetes en la que la Trabajadora Social explicará cómo afecta la Diabetes a la integridad biopsicosocial de la persona, factores sociales que influyen, la importancia de la familia y con qué sistemas de apoyo cuenta el paciente.

RECURSOS

Los recursos con los que hemos contado para llevar a cabo estas jornadas han sido:

- Humanos: enfermeros, médico, fisioterapeuta y trabajadora social
- Económico financieros: no ha sido subvencionado por ningún ente público.
- Materiales: bolígrafos, folios, fotocopidora, retroproyector, vídeo y TV, ordenador, pizarra.



EVALUACIÓN

Se realiza una evaluación cualitativa y cuantitativa.

Tras cada una de las charlas se rellenó una ficha de asistencia y se pasó un cuestionario antes de comenzar las sesiones y después de terminarlas, para así realizar una evolución cualitativa (valoración de conocimientos antes y después) y cuantitativa (número de participantes).

Año	Indicador Cuantitativo
Año 2001	$\frac{17}{17}$ de sesiones previstas / $\frac{17}{17}$ de sesiones realizadas $100 / 100 = 100\%$ $\frac{37}{37}$ de asistentes previstos en sesiones / $\frac{37}{37}$ de asistentes reales $373 / 373 = 100\%$
Año 2002	$\frac{17}{17}$ de sesiones previstas / $\frac{17}{17}$ de sesiones realizadas $100 / 100 = 100\%$ $\frac{38}{32}$ de asistentes previstos en sesiones / $\frac{32}{32}$ de asistentes reales $333 / 239 = 14,7\%$



“Efectividad de la Educación Sanitaria Grupal a diabéticos en el ámbito de la Atención Primaria”

ESCUADERO, I.*; GONZÁLEZ, J. R.**; PEREIRA, M. J.***;
PÉREZ, M. J.****; MORA, S.*****; CALLE, P.**

* *Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.*

*Médico titular en el EAP Plasencia Sur. Actualmente,
Director Asistencial de Atención Primaria del Área Plasencia.*

** *Enfermero titular en el E.A.P. “Plasencia Sur”.*

*** *Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.*

*Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
Unidad de Medicina Preventiva del Hospital Virgen del Puerto y
de la Gerencia del Área de Plasencia.*

**** *Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.*

Actualmente, médico del COPF Plasencia.

***** *Médico en el EAP “Plasencia Sur”.*

INTRODUCCIÓN

Si bien la educación para la salud es una de las herramientas más efectivas para mejorar el grado de control de la diabetes y la calidad de vida de los diabéticos¹, no está claramente esclarecido el papel que puede jugar la educación grupal en esta enfermedad.

Existen bastantes trabajos en la literatura internacional que aportan datos de su efectividad en cuanto a mejoras en los conocimientos sobre la enfermedad y en el grado de control de la misma, pero no siempre son concordantes y, en general, son pocos aún los estudios realizados en España, siendo prácticamente nulos en nuestra Comunidad Autónoma.

Por otra parte, es necesario adaptar las herramientas de medida de conocimientos sobre la enfermedad para mejorar su aplicabilidad en nuestro medio. También quedan por esclarecer aspectos concretos de los programas educacionales grupales, así como de los subgrupos de diabéticos a los que se dirigen, que puedan hacer que la efectividad de los programas sea mayor.

OBJETIVOS

- Medir el impacto de un programa estructurado de educación sanitaria grupal a diabéticos 2, en el ámbito de la Atención Primaria en nuestro medio, sobre los conocimientos acerca de la enfermedad y sobre los indicadores del grado de control de la misma.
- Determinar características de los participantes que pueden influir en los resultados que se obtengan con un programa de esta índole, de cara a orientar los programas y la formación de los grupos para maximizar la efectividad.
- Evaluar la experiencia de puesta en marcha de un programa de educación grupal a diabéticos en un centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO

- Estudio de intervención, con medida de las principales variables antes y después de la misma.

ÁMBITO

- EAP “Plasencia Sur” (Cáceres). El estudio se ha realizado con población urbana de la ciudad de Plasencia.

SUJETOS

- 60 diabéticos tipo 2 de dos consultas de medicina de familia, organizados en 6 grupos de 8-12 personas.
- Captación en las consultas programadas de enfermería y de medicina siguiendo los criterios generales para la formación de grupos establecidos en el Programa de Educación Grupal a Diabéticos del Área de Plasencia. Los criterios para la inclusión fueron: voluntad de participar; haber transcurrido al menos 6 meses desde el diagnóstico de la enfermedad; haber recibido educación diabetológica individual básica. Criterios de exclusión: trastorno psicológico importante; mala aceptación de la enfermedad; falta de motivación mínima para aprender. Para constituir cada uno de los grupos no se tuvo en cuenta el tipo de tratamiento que seguían los diferentes miembros, pero sí su edad y sus características culturales generales, con el fin de constituir grupos

mínimamente homogéneos para una dinámica grupal más favorable y para facilitar el abordaje de los temas.

- Las sesiones se desarrollaron entre el 1 de octubre de 2000 y el 1 de abril de 2002.

MEDICIONES E INTERVENCIÓN

• MEDICIONES

- *Variables independientes:*

- Edad, sexo, tipo de tratamiento previo a la intervención (dieta, antidiabéticos orales, antidiabéticos orales más insulina, insulina solamente) y asistencia las sesiones.
- Puntuación obtenida en el cuestionario de conocimientos de Bueno JM (Escala de Conocimientos en Diabetes, ECODI), peso, tensión arterial sistólica (T.A.S.), tensión arterial diastólica (T.A.D.), HbA1c y colesterol total preintervención. De todas ellas se recogió de las historias clínicas la última medición en los 6 meses previos a la intervención (salvo la puntuación del cuestionario ECODI que debía ser de 4 semanas previas a la intervención como máximo).

- *Variables dependientes:*

- Puntuación obtenida en el cuestionario ECODI, peso, tensión arterial sistólica (T.A.S.), tensión arterial diastólica (T.A.D.), HbA1c y colesterol total postintervención. De todas ellas se recogió de las historias clínicas la primera medición realizada a los 2-6 meses tras la finalización de las sesiones educativas, aprovechando las visitas programadas para el control de la enfermedad (salvo la puntuación del cuestionario ECODI que debía ser de 4 semanas posteriores a la intervención como máximo). La HbA1c se recogió además a los 10-12 meses tras la intervención.
- Se crearon dos subgrupos homogéneos para el análisis en función de cada una de las siguientes variables: edad, nº sesiones a las que asiste, puntuación ECODI preintervención, peso preintervención, T.A.S. preintervención, T.A.D. preintervención, HbA1c preintervención y colesterol total preintervención.

• INTERVENCIÓN

- 4 Sesiones educativas de dos horas de duración cada una, basadas fundamentalmente en las aportaciones de los pacientes a los distintos temas

planteados en el guión como fuente para la discusión, empleando dinámicas de grupo. Se empleó diverso material de apoyo (alimentos reales, alimentos de imitación, material de autoanálisis, material de administración de insulina, fármacos antidiabéticos orales, material audiovisual, etc.) aportado por el EAP y por los propios usuarios. El contenido y las características de cada una de las sesiones figura en el Programa de Educación Grupal a Diabéticos del Área de Plasencia. Las sesiones fueron impartidas por el médico y el enfermero de cada cupo, sin que se mezclaran los profesionales ni los participantes de las dos consultas, manteniendo así la continuidad de la asistencia por los mismos profesionales. Se fomentó la asistencia de familiares, especialmente de los más implicados en la alimentación de la familia.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

ANÁLISIS

- Estudio descriptivo inicial de los grupos.
- Análisis bivariado mediante pruebas de comparación de medias (t de Student) para las variables cuantitativas que cumplieran criterios de normalidad (prueba de Kolmogorov-Smirnov) y mediante pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) para las que no los cumplieran. Para las variables cualitativas se realizó comparación de proporciones (Chi cuadrado).
- Para las pruebas de contraste de hipótesis se fijó $\alpha = 0,05$, bilateral. La estimación de intervalos se realizó con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS GRUPOS (**figura 1, tabla 1**):
 - La media de edad fue 66,18 años (desviación estándar, d.e.: 11,12), con un 70% (n=42) de mujeres y 30% (n=18) de hombres.
 - 70% (n=42) de los participantes fue de uno de los cupos y 30% (n=18) del otro (grupos diferentes, no se mezclaban los de ambos cupos).
 - El nivel cultural puede considerarse bajo en la práctica totalidad de los casos, tratándose de personas sin estudios o con estudios primarios.
 - El 10% (n=6) seguía tratamiento sólo con dieta, 61,7% (n=37) con antidiabéticos orales, 10% (n=6) con antidiabéticos orales más insulina y 18,3% (n=11) con insulina sin otros fármacos hipoglucemiantes.

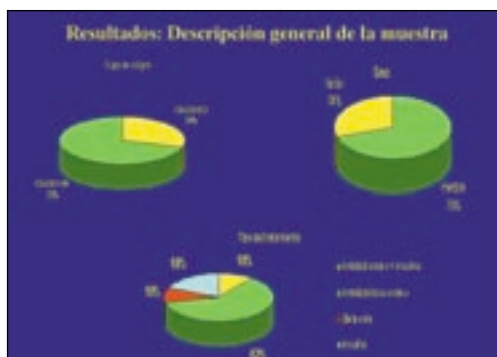
- El porcentaje de asistencia a las sesiones (**figuras 2 y 3**) es decreciente a lo largo de las cuatro de cada ciclo, percibiéndose un descenso de la asistencia más marcado entre la 2ª y la 3ª sesión.

TABLA 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA AL INICIO DEL ESTUDIO

	Media	Desv. típica
Edad (años)	66,19	11,12
Punt ECODI	16,83	4,55
Peso (kg)	73,19	12,29
Colesterol (mg%)	212,51	34,01
T.A.S. (mm Hg)	140,74	21,70
T.A.D. (mm Hg)	78,06	9,46
HbA1c (%)	7,19	1,19

T.A.S.: tensión arterial sistólica

T.A.D.: tensión arterial diastólica



• **RESULTADOS DE LAS MEDICIONES PREVIAS Y POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN (Tabla 2).**

- **Se observaron mejoras con significación estadística** en la media de puntuación del cuestionario de conocimientos ECODI (mejoría de 2,86 puntos; $p=0,000$), así como en la media del peso (disminución de 1,57 kg; $p=0,000$), del colesterol total (disminución de 12,16mg%; $p=0,01$) y de la HbA1c medida a los 2-6 meses (disminución de 0,58; $p=0,000$), todas ellas con relevancia clínica.
- **Se observaron mejoras sin significación estadística** en la T.A.D. (disminución de 1,20 mm Hg; $p=0,553$); en la T.A.S. (disminución de 7,17 mm Hg; $p=0,115$) y en la HbA1c a los 10-12 meses postintervención (mejoría de 0,112; $p=0,531$).

TABLA 2. VARIACIONES EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EN EL GRADO DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD TRAS LAS SESIONES EDUCATIVAS

	Diferencia promedio	IC 95% diferencia		P
		Inferior	Superior	
Punt ECODI preintervenc - Punt ECODI postintervenc	-2,87	-3,82	-1,92	0,000
Peso preintervención - Peso postintervención (kg)	1,57	0,86	2,28	0,000
Colesterol preintervenc - Colesterol postintervenc (mg%)	12,16	3,13	21,20	0,010
T.A.S. preintervención - T.A.S. postintervención (mm Hg)	7,17	-1,87	16,21	n.s.
T.A.D. preintervención - T.A.D. postintervención (mm Hg)	1,21	-2,91	5,33	n.s.
HbA1c preintervención - HbA1c a los 6 meses (%)	0,58	0,29	0,88	0,000
HbA1c preintervención - HbA1c a los 10-12 meses (%)	0,14	-0,33	0,61	n.s.

T.A.S.: tensión arterial sistólica

T.A.D.: tensión arterial diastólica

• **PRINCIPALES VARIABLES PREVIAS A LA INTERVENCIÓN ASOCIADAS AL GRADO DE ASISTENCIA.**

- No se detectó asociación entre ninguna de las características de los pacientes (sexo, edad, nivel de conocimientos, gº de control de la enfermedad) y el grado de asistencia a las sesiones, salvo el peso previo a la intervención (79,5 kg los que acudieron a 1-2 sesiones; 70,0 kg los que acudieron a 3-4 sesiones; $p=0,009$).

• **CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES ASOCIADAS SIGNIFICATIVAMENTE AL GRADO DE MEJORA OBTENIDO EN LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD Y EN EL GRADO DE CONTROL DE LA MISMA (tabla 3).**

- En el grupo que acudió a 3 ó 4 sesiones descendió más la HbA1c que en el que acudió a 1 ó 2 sesiones (-0,80 frente a -0,13; $p=0,03$).
- En los individuos que partían con colesterol previo >220 mg% el descenso fue mayor que en los que partían con colesterol ≤ 220 mg% (25,22mg% frente a 1,52mg%; $p=0,02$).
- Los diabéticos con puntuación más baja en el cuestionario de conocimientos ECODI preintervención (≤ 17) mejoraron más su puntuación que los que tenían mejor puntuación de entrada (≥ 18) (4,72 puntos de mejoría en los primeros frente a 1,4 puntos en los segundos; $p<0,000$). También los primeros mejoraron más en cuanto a la TAS (-14,58 mm Hg frente a 3,33 mm Hg; $p=0,043$).
- Los participantes con T.A.D. preintervención >80 mm Hg presentaron descensos mayores de la T.A.D. (-16,66 mm Hg frente a 2,82 mm Hg; $p=0,000$) que los del grupo con T.A.D. ≤ 80 mm Hg.
- Aquellos diabéticos con HbA1c preintervención más alta (>7) mejoraron más su HbA1c que los que la tenían más baja de entrada (≤ 7) (-1,07 de mejoría frente a -0,09; $p=0,000$) y también descendió más su colesterol (-20,27 mg% frente a -1,40 mg%; $p=0,034$). En cambio el peso descendió más en los que tenían HbA1c de partida más baja (disminución de 2,55kg frente a 0,85kg; $p=0,02$).

En conjunto obtuvieron mejoras más importantes aquellos diabéticos que partían de un peor control de la enfermedad y de menos conocimientos acerca de ella. La mejora en la HbA1c se asoció con el grado de asistencia a las sesiones.

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES EN RELACIÓN CON LAS VARIACIONES EN EL GRADO DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD Y CONOCIMIENTOS

	T.A.S.		T.A.D.		Peso		Punt ECODI		HbA1c		Colesterol	
	Dif pre-post	p	Dif pre-post	p	Dif pre-post	p	Dif pre-post	p	Dif pre-post	p	Dif pre-post	p
Hombre		n.s		n.s		n.s		n.s		n.s		n.s
Mujer												
<63 años		n.s		n.s		n.s		n.s		n.s		n.s
≥63 años												
Peso ≤70kg		n.s		n.s		n.s		n.s		n.s		n.s
Peso >70kg												
Dieta o dieta+AO		n.s		n.s		n.s		n.s		n.s		n.s
Ins sólo o ins+AO												
Asist 1-2 ses		n.s		n.s		n.s		n.s	-0,13	0,030		n.s
Asist 3-4 ses									-0,80			
Colesterol >220mg%		n.s		n.s		n.s		n.s		n.s	-25,22	0,020
Colesterol ≤ 220mg%											-1,52	
Punt ECODI ≤ 17	-14,58	0,043		n.s		n.s	4,72	<0,000		n.s		n.s
Punt ECODI ≥18	3,33						1,40					
T.A.S.>140 mm Hg		n.s		n.s		n.s		n.s		n.s		n.s
T.A.S. ≤140 mm Hg												
T.A.D. >80 mm Hg		n.s	-16,66	0,000		n.s		n.s		n.s		n.s
T.A.D. ≤80 mm Hg			2,82									
HbA1c>7%		n.s		n.s	-0,85	0,020		n.s	-1,07	0,000	-20,27	0,034
HbA1c≤7%					-2,55				-0,09			

Ins: insulina
 A.O.: Antidiabéticos orales
 T.A.S.: tensión arterial sistólica
 T.A.D.: tensión arterial diastólica
 n.s.: no significación estadística

CONCLUSIONES

Hemos realizado un estudio de intervención con un programa estructurado de educación diabetológica grupal para intentar aportar más datos a la cuestión de si dicho tipo de intervención, con las herramientas disponibles, aplicado en nuestro medio, da lugar a mejorías en el conocimiento de la enfermedad por parte del diabético y en el grado de control de la misma.

En el diseño del estudio no se ha planteado la existencia de grupo control, ni el muestreo aleatorio ni sistemático, lo que constituye su principal limitación para la generalización de los resultados. De todos modos, si se hubiera planteado, al tratarse de poblaciones pequeñas, habría sido difícil controlar el factor de confusión poblacional.

Se han observado mejorías con significación estadística en la puntuación del cuestionario de conocimientos ECODI, así como en buena parte de las variables que miden el grado de control de la enfermedad: peso, HbA1c y colesterol a los 2-6 meses; todas estas mejoras han sido relevantes clínicamente. Junto a ello hay mejorías no significativas en la T.A., así como en la HbA1c al año de la intervención. Aunque la falta de significación podría deberse al tamaño pequeño de la muestra, es un resultado concordante con otros estudios, y también apunta a la necesidad de una repetición periódica de las sesiones educativas para mantener las mejoras conseguidas.

Los pacientes que más mejoran el control de su enfermedad son los que parten de un nivel de conocimientos medido por el test ECODI más bajo, así como de un nivel de T.A.D., HbA1c y colesterol sérico más elevados. Este hecho, también detectado en otro estudio fuera de nuestro país, pudiera parecer esperable a priori, puesto que se trata de los pacientes con mayor margen de mejora relativa, pero también se podría pensar que el subgrupo con menos conocimientos y peor control inicial sea el menos motivado o el que tenga mayores dificultades y, por tanto, el más difícil de mejorar. En cualquier caso, es claro que se trata del que más puede beneficiarse de la intervención.

De igual modo se observa que las mayores mejoras en el nivel de HbA1c se consiguen en el subgrupo que ha acudido a 3 ó a 4 sesiones frente al que ha acudido sólo a 1 ó 2 sesiones, a pesar de que no se han encontrado diferencias paralelas entre estos dos subgrupos en el nivel de conocimientos por el cuestionario ECODI.

Las mejoras globales obtenidas, el hecho de que se consigan en los diabéticos que más lo necesitan y la muy buena impresión subjetiva del resultado del programa obtenida por los profesionales, basada a su vez en las impresiones recogidas de los

participantes, así como en la mejoría de la actitud, de la motivación y de los conocimientos que éstos han mostrado en las consultas asistenciales posteriores a la intervención, hacen pensar que el programa educativo aplicado es realmente efectivo.

Se han buscado variables de los usuarios a tener en cuenta por los profesionales a la hora de orientar la aplicación del programa para obtener los mejores resultados. Por una parte se han encontrado las ya descritas, es decir, se benefician más los diabéticos con menos conocimientos y con peor control de la enfermedad; esto puede constituir ya un criterio a la hora de priorizar hacia quién dirigir los esfuerzos. En cuanto a características relacionadas con la asistencia, la única variable de los usuarios, previa a la intervención, relacionada de forma estadísticamente significativa ha sido el peso, de forma que han presentado mayor asistencia los individuos con menor peso; parece aventurado obtener conclusiones al respecto.

Habrà que tener en cuenta que la asistencia, a menudo difícil de mantener en este tipo de intervenciones, parece tener su punto crítico en nuestro programa en el paso de la 2ª a la 3ª sesión, de forma que los que acuden a la 3ª sesión suelen hacerlo también a la 4ª.

Es recomendable extremar las medidas que incrementen la motivación al finalizar la 2ª sesión, ofreciendo las mayores facilidades de horario y día de asistencia para la 3ª sesión así como no distanciar mucho la 3ª de la 2ª; probablemente también habrá que revisar los contenidos y las dinámicas grupales llevadas a cabo en la 2ª sesión.

Son necesarios aún más estudios en nuestro medio, con mayor tamaño de muestra para una mayor potencia, y si fuera posible con grupo control y asignación aleatoria, que confirmen o rebatan los resultados obtenidos en este trabajo. También habrá que tener en cuenta otras variables implicadas para así poder afinar el diseño del programa educativo de forma que pueda ser orientado para obtener el máximo beneficio.

La educación grupal puede, por tanto, ser una herramienta útil, además de gratificante, para la difícil labor que tienen encomendada los Equipos de Atención Primaria de ayudar a sus pacientes a mantener un buen control de las enfermedades crónicas, con la mayor autonomía posible.

BIBLIOGRAFÍA

Grupo de Estudio de la Diabetes en la Atención Primaria de Salud (GEDAPS). Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la Atención Primaria. Ediciones Harcourt S.A. 1999.

Bernárdez-Zerpa I, Comí R, Martín A, Rojas J. Modificaciones clínicas en pacientes con educación diabetológica grupal. *Aten Prim* 1999; 24 (9): 549-549.

Lozano MJ, Armalé. Educación a diabéticos tipo 2: ¿por qué no en grupos?. *Aten Primaria* 1999; 23 (8): 485 – 492.

González A, Blanco MA. Educación grupal a diabéticos. *Aten Primaria* 1999; 24 (9): 546 – 547.

García C, Amaya L, Almenara J, Dávila J. Evaluación de la efectividad de la Unidad de Educación Diabetológica del Hospital de Algeciras. *Rev Esp Sal Pública* 1996; 70: 45-50.

Sáenz J, García J, Bas RA, Villafafila RJ, Gené J, Reig P. Efectividad de la educación sanitaria grupal a diabéticos tipo II, no insulino dependientes. *Aten Primaria* 1992; 10 (5): 785-788.

Miller CK, Edwards L, Kissling G, Sanville L. Nutrition education improves metabolic outcomes among older adults with diabetes mellitus: results from a randomized controlled trial. *Prev Med* 2002 Feb;34 (2):252-9.

Jiang YD, Chuang LM, Wu HP, Shiao SJ, Wang CH, Lee YJ, Juang JH, Lin BJ, Tai TY. Assessment of the function and effect of diabetes education programs in Taiwan. *Diabetes Res Clin Pract* 1999 Nov;46 (2):177-82

Garrard J, Mullen L, Joynes JO, McNeil L, Etwiler DD. Clinical evaluation of the impact of a patient education program. *Diabetes Educ* 1990 Sep-Oct;16 (5):394-400

Mazucca SA, Moorman NH, Wheeler ML, Norton JA, Fineberg NS, Vinicor F, Cohen SJ, Clark CM Jr. The diabetes education study: a controlled trial of the effects of diabetes patient education. *Diabetes Care* 1986; 9 (1):1-10

GA D'Eramo-Melkus, J Wylie-Rosett, and JA Hagan. Metabolic impact of education in NIDDM. *Diabetes Care* 15: 864-869.

Rubin RR, Peyrot M, Saudek CD. Effect of diabetes education on self-care, metabolic control, and emotional well-being. *Diabetes Care* 12: 673-679.

Bloomgarden ZT, Karmally W, Metzger MJ, Brothers M, Nechemias C, Bookman J. Randomized, controlled trial of diabetic patient education: improved knowledge without improved metabolic status. *Diabetes Care* 10: 263-272

Programa de Educación Grupal a Diabéticos. Gerencia del Área de Plasencia y Grupo de Trabajo de Educación a Enfermos Crónicos del Área de Plasencia. 2002.

Bueno JM. Estudio de validación de una escala de educación diabetológica en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1993; 11 (7).

“Estudio descriptivo sobre el grado de implantación de la Educación Diabetología Individual en Atención Primaria”

MORALEJO VICENTE, R. M.*; FUENTES SERRADILLA, E.**;
ESCUDERO SÁNCHEZ, I.***; PERAL BAENA, L.****;
MANRIQUE GARCÍA, R.*****; MATEOS VILLAYANDRE, C.*****

**Coordinadora de la Unidad Docente. G.A.S. de Plasencia.*

***Farmacéutico de Área. G.A.S. de Plasencia.*

****Director Médico Asistencial de Atención Primaria. G.A.S. de Plasencia*

*****Directora de Enfermería de Atención Primaria. G.A.S. de Plasencia.*

******Director Médico de Atención Especializada. G.A.S. de Plasencia.*

******Técnico de Salud. G.A.S. de Plasencia.*

INTRODUCCIÓN

Partiendo de la consideración de que la Educación Sanitaria es un elemento esencial, de eficiencia confirmada, en el tratamiento de la Diabetes Mellitus (DM), constituyendo un recurso terapéutico tan básico como la dieta, la insulina y el ejercicio físico; y considerando que la Educación Diabetológica Individual (EDI) es el pilar fundamental del proceso educativo en los pacientes diabéticos, nos propusimos, desde la Gerencia del Área de Salud de Plasencia, potenciar la Educación Diabetológica Individual (EDI).

Como en todo proceso de mejora, el primer paso es conocer y analizar la situación de partida, es decir, conocer y analizar la realidad de la EDI en el Área para mejorarla. Con este objetivo general nos planteamos realizar un estudio que nos permitiera conocer el grado de implantación de la EDI estructurada en Atención Primaria, analizar las deficiencias e identificar las oportunidades de mejora al respecto.

OBJETIVOS

- Conocer el grado de implantación de la EDI estructurada en Atención Primaria en el Área de Plasencia.
- Detectar las deficiencias e identificar las oportunidades de mejora.

ÁMBITO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Se diseñó un estudio descriptivo transversal, siendo el ámbito del estudio el Área de Salud de Plasencia, con 114.596 habitantes distribuidos en 14 zonas básicas de salud.

Dado que se pretendía conocer la realidad del Área, la selección de la muestra debía ser tal que los resultados obtenidos tuvieran una representatividad de Área. Para ello seguimos la metodología utilizada en estudios similares por otros grupos como el Grupo de Estudio de la Diabetes en la Atención Primaria de Salud (GEDAPS):

- Muestreo sistemático estratificado a partir del registro específico de diabéticos.
- Selección de 5 diabéticos por Unidad Básica Asistencial (UBA) en cada EAP (nunca menos de 30 diabéticos por equipo).
- Tamaño muestral: 506 diabéticos.

Así mismo definimos como “sujetos de estudio” los pacientes incluidos en el Servicio de Atención a Pacientes Crónicos Diabéticos a 30 de Septiembre de 2002, excluyendo:

- Pacientes diagnosticados de diabetes tipo 1.
- Pacientes diagnosticados de Alteración de la Tolerancia a la Glucosa (ATG).
- Pacientes diagnosticados de Glucemia Basal Alterada (GBA).
- Pacientes en cuya historia clínica no constaba el tipo de diabetes.

La muestra definitiva de nuestro estudio fue de 455 diabéticos tipo 2.

MEDICIONES E INTERVENCIONES

Se trataba de medir el porcentaje de cumplimiento de los contenidos educativos de la EDI.

Definimos previamente los contenidos educativos que íbamos a valorar, agrupados en las tres fases de la EDI. (Esquema 1).

Esquema 1. Contenidos educativos.

FASE INMEDIATA:

- Generalidades de Diabetes
- Normas del Equipo
- Plan dietético básico
- Consejo antitabáquico
- Educación sobre ADO (Si Procede)
- Educación sobre Insulina (Si Procede)
- Técnica Inyección (Si Procede)
- Hipoglucemia (Si Procede)
- Técnica autoanálisis (Si Procede)

FASE DE AMPLIACIÓN:

- Ampliar dieta.
- Ejercicio.
- Peso adecuado.
- Cuidado de pies.
- Viajes, deportes... (Si procede).
- Enfermedades intercurrentes (Si procede).
- Detección de cetosis (Si procede).

FASE DE PROFUNDIZACIÓN:

- Manejo dietas en UV.
- Complicaciones a largo plazo.
- Autocontrol (Si procede).
- Uso correcto libreta autoanálisis (Si procede).
- Asociación de diabéticos.

Analizamos el cumplimiento de estos contenidos revisando las historias clínicas de los 455 diabéticos seleccionados, revisión que se realizó durante el mes de Noviembre de 2002.

Consideramos cumplido el contenido cuando constaba en la historia clínica al menos una intervención educativa con ese contenido. También se consideraron cumplidos los contenidos que no procedían en cada caso.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se expresan en la tabla 1 (porcentaje de cumplimiento), en la que se puede apreciar que los contenidos con mayor grado de implantación son:

- Educación sobre ejercicio físico, con un porcentaje de cumplimiento del 70,99%.
- Educación sobre insulina, con un porcentaje de cumplimiento del 70,33%.
- Consejo antitabaco, con un porcentaje de cumplimiento del 63,08%.
- Normas dietéticas básicas, con un porcentaje de cumplimiento del 61,32%.

Los contenidos con un menor grado de implantación son:

- Educación sobre enfermedades intercurrentes (1,98%).
- Educación sobre viajes, deportes y otras actividades (3,08%).
- Educación sobre complicaciones a largo plazo (3,52%).
- Educación sobre detección de cetosis (5,75%).

Destaca la implantación prácticamente nula de los siguientes contenidos educativos:

- Información sobre Asociaciones de Diabéticos.
- Manejo de dietas basadas en unidades de volumen.
- Información sobre las normas de funcionamiento del equipo asistencial.

TABLA 1. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO

CONTENIDOS	Porcentaje de Cumplimiento	IC 95 % ()	
¿Incluido en Educación Grupal?	0,88	0,02	1,74
Normas del Equipo	0,44	-0,17	1,05
Plan dietético básico	61,32	56,84	65,79
Consejo antitabáquico	63,08	58,64	67,51
Educación sobre ADO	45,93	41,35	50,51
Educación sobre Insulina	70,33	66,13	74,53
Técnica Inyección	58,46	53,93	62,99
Hipoglucemia	25,27	21,28	29,27
Técnica autoanálisis	20,22	16,53	23,91
Ampliar dieta	23,08	19,21	26,95
Ejercicio	70,99	66,82	75,16
Peso adecuado	31,21	26,95	35,47
Cuidado de pies	13,19	10,08	16,30
Viajes, deportes...	3,08	1,49	4,66
Enfermedades Intercurrentes	1,98	0,70	3,26
Detección de Cetosis	5,71	3,58	7,85
Manejo dietas en UV	0,44	-0,17	1,05
Complicaciones a largo plazo	3,52	1,82	5,21
Autocontrol	16,48	13,07	19,89
Uso correcto libreta autoanálisis	10,55	7,73	13,37
Asociación de Diabéticos	0,22	-0,21	0,65

Para analizar mejor los resultados, expresamos el porcentaje de cumplimiento de los contenidos educativos agrupados en las tres fases de la EDI:

- Fase inmediata (Gráfico 1).
- Fase de ampliación (Gráfico 2).
- Fase de profundización (Gráfico 3).

GRÁFICO 1. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO. FASE INMEDIATA

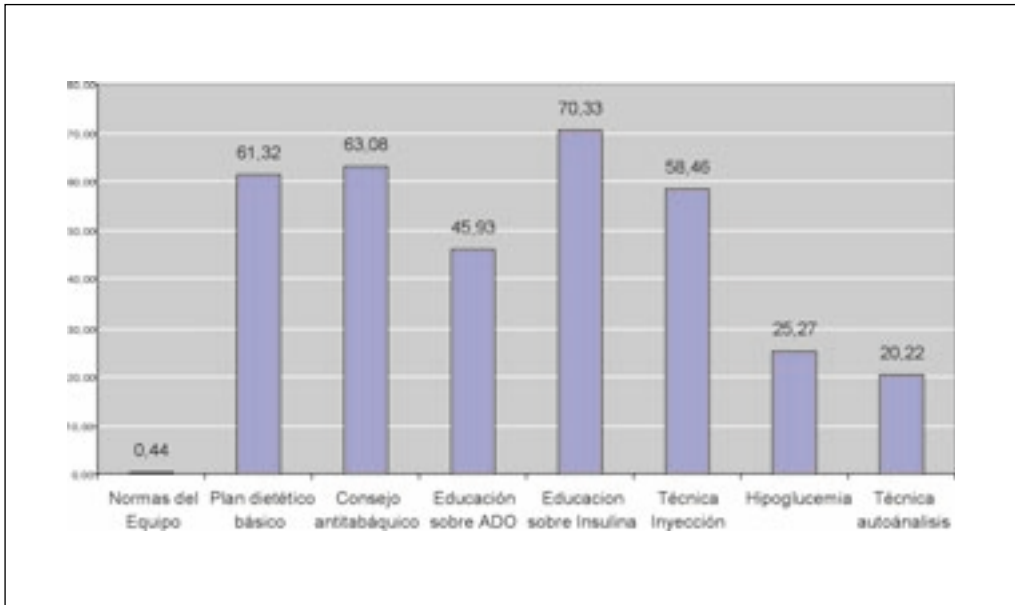


GRÁFICO 2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO. FASE DE AMPLIACIÓN

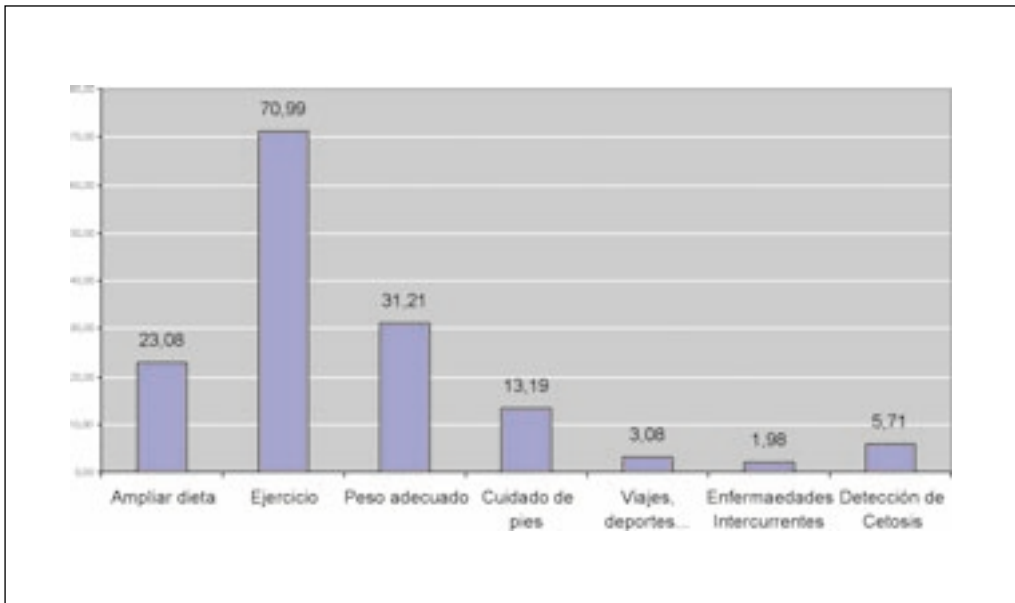
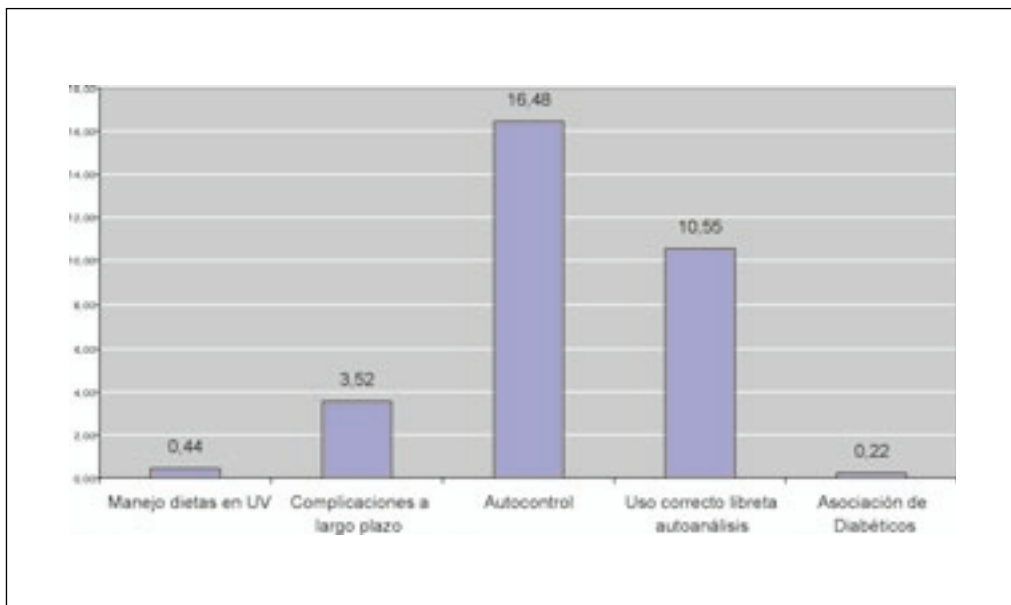


GRÁFICO 3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO. FASE DE PROFUNDIZACIÓN

Así mismo, analizamos (mediante diagramas de pareto) qué contenidos educativos acumulaban la mayoría de los incumplimientos, obteniendo los siguientes resultados:

- En la Fase Inmediata, el 55% de los incumplimientos son atribuibles a tres contenidos: Normas del equipo; técnica de autoanálisis; hipoglucemia (gráfico 4).
- En la Fase de Ampliación el 52% de los incumplimientos son atribuibles a tres contenidos: enfermedades intercurrentes; viajes, deportes, etc; detección de cetosis (gráfico 5).
- En la Fase de Profundización el 63,1% de los incumplimientos son atribuibles a tres contenidos: Asociación de diabéticos; manejo de dietas basadas en unidades de volumen; complicaciones a largo plazo (gráfico 6).

GRÁFICO 4. DIAGRAMA DE PARETO. FASE INMEDIATA

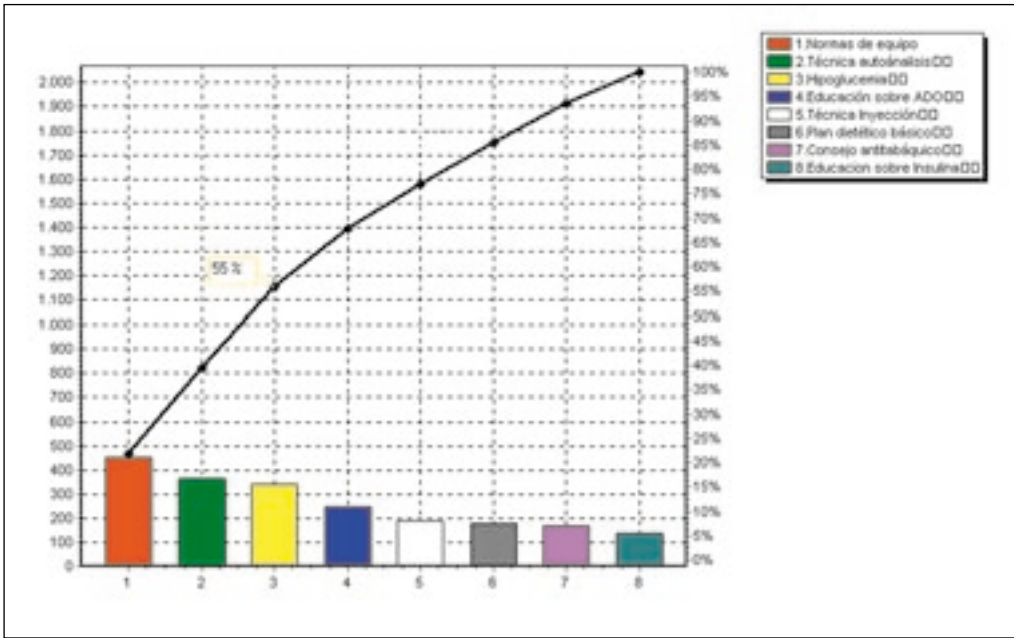


GRÁFICO 5. DIAGRAMA DE PARETO. FASE DE AMPLIACIÓN

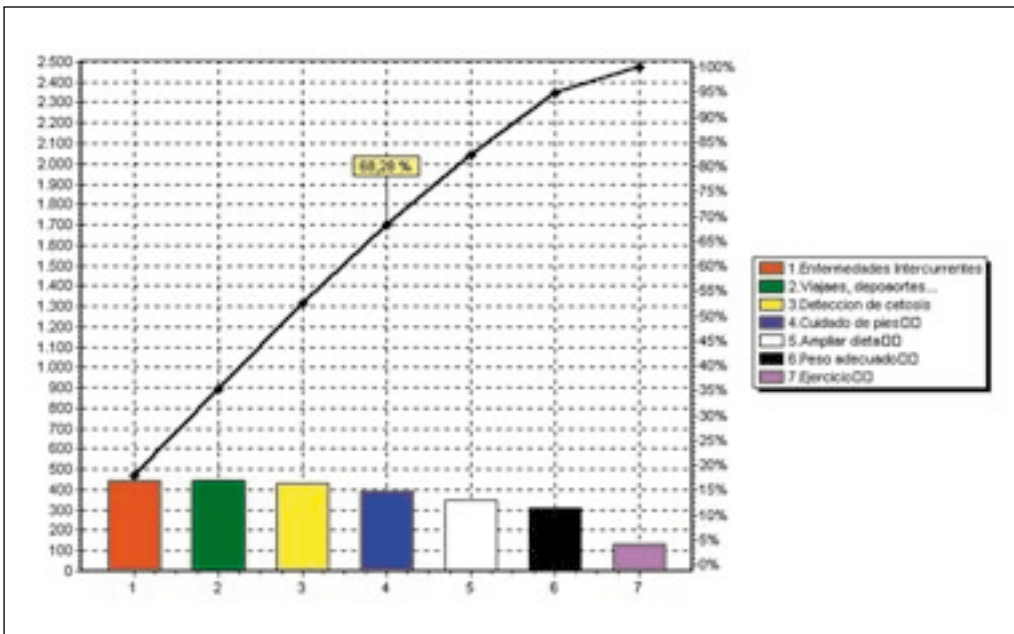
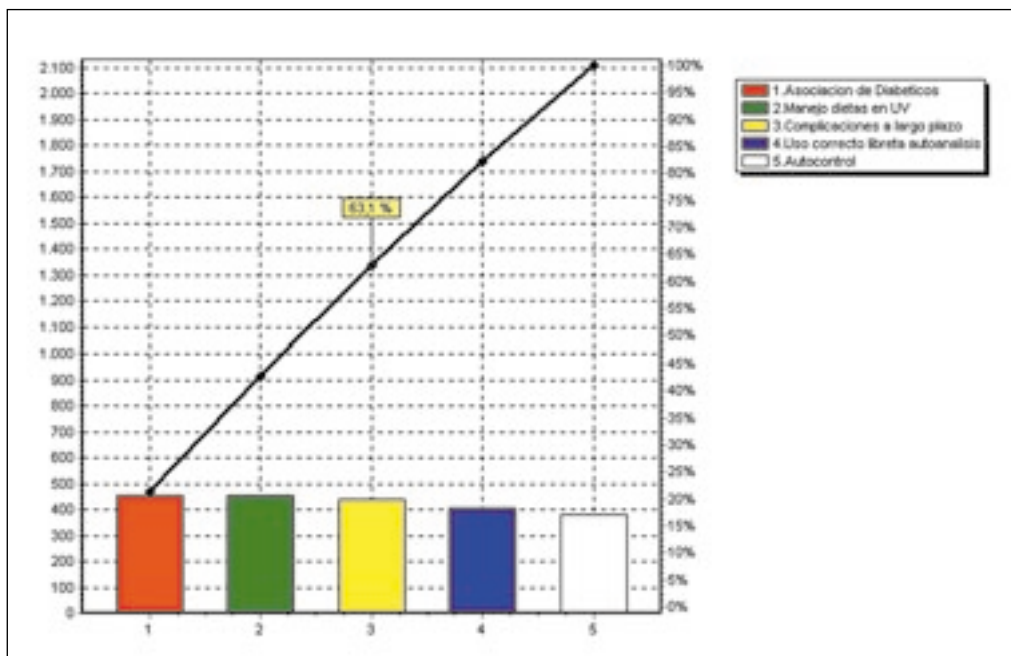


GRÁFICO 6. DIAGRAMA DE PARETO. FASE DE PROFUNDIZACIÓN.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos podemos concluir que:

- La EDI estructurada tiene un grado de implantación bajo en nuestra Área de Salud
- Se precisan planes de mejora de la calidad para incrementar estos resultados.

Entre las estrategias para la mejora continua de la calidad en la EDI, nos planteamos y ponemos en marcha las siguientes:

- Elaboración e implementación del Protocolo de EDI.
- Diseño de un sistema adecuado de registro.
- Formación de Educadores en Diabetes.
- Reevaluación (Ciclo de Garantía de Calidad).

Finalmente concluimos que la utilización de la Hoja de Registro (anexo I) se plantea como medida correctora de aplicación inmediata.

ANEXO I. HOJA DE REGISTRO DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA INDIVIDUAL.

HOJA DE REGISTRO DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA INDIVIDUAL						
Usuario:		C.I.P.:				
Médico/Enfermero:						
E.A.P.:		Fecha Diagnóstico:/...../.....				
Incluido en Educación Grupal: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha:/...../.....						
FECHA						
CONTENIDOS	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
FASE INMEDIATA						
Generalidades de Diabetes						
Normas del Equipo						
Plan dietético básico						
Consejo antitabáquico						
Educación sobre ADO (SP)						
Educación sobre Insulina (SP)						
Técnica Inyección (SP)						
Hipoglucemia (SP)						
Técnica autoanálisis (SP)						
Frecuencia de autoanálisis						
FASE DE AMPLIACIÓN						
Ampliar dieta						
Ejercicio						
Peso adecuado						
Cuidado de pies						
Autoanálisis (SP)						
Viajes, deportes... (SP)						
Enfermedades Intercurrentes (SP)						
Detección de Cetosis (SP)						
FASE DE PROFUNDIZACIÓN						
Manejo dietas en UV						
Complicaciones a largo plazo						
Autocontrol (SP)						
Uso correcto libreta autoanálisis (SP)						
Asociación de Diabéticos						
I: Impartido; A: Asimilado; B: Buen cumplimiento; R: Regular cumplimiento; M: Mal Cumplimiento; NP: No procede.						

BIBLIOGRAFÍA

Bueno JM. *Estudio de validación de una escala de educación diabetológica en Atención Primaria. Atención Primaria* 1993; 11 (7).

Bloomgarden ZT, Karmally W, Metzger MJ, Brothers M, Nechemias C, Bookman J. Randomized, controlled trial of diabetic patient education: improved knowledge without improved metabolic status. *Diabetes Care* 10: 263-272.

Cano Pérez J.F, Tomás Santos P, y el grupo GEDAPS: “Diabetes Mellitus en Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica”. Capítulo 37. Ed. Harcourt, 4ª ed. 1999

División de A.P. del Instituto Catalán de la Salud, Consejo Asesor sobre la Diabetes en Cataluña. Asociación Catalana de Diabetes. Grupo de estudio de la Diabetes en la A.P. (GEDAPS) y la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. “Guía práctica para el autoanálisis de glucemia capilar en la diabetes”. Documento de consenso 2001.

Fernández I, Franch J, Martín J.L, Navarro J, Grozco D y Vázquez P: “Programas Básicos de Salud: Diabetes Mellitus”. Ed. Ediciones Doyma S.A., 1988.

Figuerola D.: “Diabetes”. Ed. Salvat. 2ª edición. 1990.

García C, Amaya L, Almenara J, Dávila J. Evaluación de la efectividad de la Unidad de Educación Diabetológica del Hospital de Algeciras. *Rev Esp Sal Pública* 1996; 70: 45-50.

Garrand J, Mullen L, Joynes JO, McNeil L, Etwiler DD. Clinical evaluation of the impact of a patient education program. *Diabetes Educ* 1990 Sept-Oct; 16(5): 394-400.

Gerencia de Atención Primaria Área VII de Madrid. “Protocolo de Diabetes Mellitus”. Marzo 1991.

Grupo de Estudio de la Diabetes en la Atención Primaria de Salud (GEDAPS): “Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la Atención Primaria de Salud. 3ª Edición. Madrid. Ed. Harcourt 2000.

Trilla Soler M.C, Plana Fernández M y Espulga Capdevila A: “Educación Sanitaria”, en Martín Zurro, A: “Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica”. Capítulo 28. Ed. Harcourt. 4ª edición 1999.

Trilla Soler, M: “Diabetes Mellitus tipo 2. Manual para Equipos de Atención Primaria”. Novo Nordisk Pharma, S.A. 1993

“Mujeres de 40 y tantos”

GONZÁLEZ CALVO, M.*; RODRÍGUEZ BORREGUERO, S.*; ACEVEDO GRAJERA, A.*;
CAÑAMERO SOSA, M. M.**; FERNÁNDEZ TRIGOSO, R.**; REAL HERNÁNDEZ, C.***;
PÉREZ JIMÉNEZ, M. C.****; ASENSIO, S.*****; VILLEGAS ZANCADA, N.*****;
MARTÍN MARTÍN, P.*****; PAREJO QUINTANO, E.*****,
MORA GONZÁLEZ, M. A.*****; MARTÍNEZ ÁLVAREZ, L. F.*****
**Médicos Centro de Salud de Miajadas. **Enfermeras Centro de Salud de Miajadas.
Matrona Centro de Salud de Miajadas. *Médico del COPF de Miajadas
*****Psicóloga. *****Auxiliar de Enfermería en el equipo de Fisioterapia.
*****Fisioterapeutas*

OBJETIVOS

Fomentar en la mujer perimenopausica hábitos saludables, a través de conocimientos que la capaciten para adoptar una actitud responsable frente a la salud.

Aumentar su autoestima.

Mejorar su Bienestar físico ,así como su calidad de vida.

METODOLOGÍA

Historiar a la mujer con el fin de valorar factores de riesgo.

Analizar sus conocimientos previos mediante encuesta.

Reuniones informativo-educativas, que incluyen dinámicas de grupo.

Ergonomía Doméstica.

Técnicas de relajación.

Evaluación.

RESULTADOS

La mujer, adquiere cambios y mejoras en sus hábitos cotidianos.

Disminuyen las fracturas secundarias a osteoporosis.

Disminuye la Morbimortalidad por Cardiopatía isquémica.

Fomenta su autoestima.

Evitar la incontinencia urinaria.

CONCLUSIONES

El climaterio, constituye un problema sociodemográfico de primer orden, no sólo por el aumento de esperanza de vida entre las mujeres, (estas suponen $\frac{1}{4}$ de la población mundial); sino especialmente porque $\frac{1}{3}$ de la vida de la mujer transcurre en periodo posmenopáusico.

TEMA 1: ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA FEMENINA. DEFINICIÓN Y CONCEPTO DE MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

- Exponer conceptos básicos sobre Anatomía y Fisiología, aclarando ideas erróneas.
- Definir menopausia y Climaterio de modo independiente.
- Aumentar su conocimiento sobre los cambios anatomo-fisiológicos que tienen lugar en esta etapa, con el fin de que participen activamente en el desarrollo del programa.

TEMA 2: CAMBIOS A CORTO PLAZO Y SUS MANIFESTACIONES

- Ayudar a la mujer a conocerse mejor.
- Enseñarle a descubrir sus cualidades.
- Informar sobre los cambios y sus consecuencias durante el Climaterio.

TEMA 3: CAMBIOS QUE APARECEN MÁS TARDE. VIDA MADURA. PREVENCIÓN DE OSTEOPOROSIS. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROBLEMAS GENITOURINARIOS

- Dedicarnos atención, resaltar aquello que nos agrada o desagrada, aprender a descubrir y escuchar lo que llevas dentro de ti.
- Tomar conciencia de nuestra responsabilidad sobre nuestra salud física y mental.
- La menopausia es una oportunidad para hacer balance y despegar de nuevo. Vista así, la menopausia es un gran regalo.
- Información clínica sobre los cambios genitourinarios, osteoporóticos y cardiovasculares.

TEMA 4: HÁBITOS DE VIDA. ACTIVIDADES HIGIÉNICO-DIETÉTICAS EN MENOPAUSIA. PREVENCIÓN DEL CÁNCER FEMENINO

- Mejorar la calidad de vida de la mujer climatérica.
- Alcanzar un cómodo y habitual manejo dietético.
- Aumentar conocimientos sobre las dificultades al respecto.
- Un buen conocimiento de actividades higiénico-dietéticas en climaterio, constituye un pilar fundamental en el tto. integral de la mujer.

Nuestra sociedad de bienestar prioriza un consumo desenfrenado, constituyendo un gran obstáculo para la consecución de la salud. Esto afecta especialmente a la mujer climatérica, dada su déficit hormonal y la sintomatología psicoafectiva que le es inherente.

En cuanto a la prevención de cáncer femenino, destacar que en nuestra Comunidad Autónoma, el cáncer de mama, es el tumor maligno más frecuente en la población femenina. Su detección precoz reduce en un 30-40% la mortalidad por cáncer de mama.

Con respecto al cáncer de cervix resaltar su incidencia que es de 4-9 casos por 100.000, que a pesar de ser escasa constituye un problema de salud pública por la etiopatogenia cada día mejor establecida y por el nº de casos detectados en mujeres jóvenes.

La prueba es totalmente inocua y fácil de realizar. La detección precoz para lesiones preinvasivas asegura casi el 100% de curaciones.

Finalmente el cáncer de endometrio presenta su máxima incidencia a los 60 años. La edad de riesgo oscila entre los 45 y 65, siendo raro antes de los 40.

TEMA 5: ASPECTOS PSICOLÓGICOS. ACTITUD FRENTE AL PROPIO CUERPO. TIEMPO LIBRE. RELACIONES SOCIALES, LA FAMILIA, MITO: NIDO VACÍO...

¿Qué les sugiere la palabra MENOPAUSIA?

- relación sexual sin problemas
- tranquilidad
- tiempo libre
- estorbo
- nervios
- enfermedad
- depresión
- cosas malas
- problemas de sueño

Con todo ello concluimos:

- Muchos de los problemas atribuibles a la menopausia tienen que ver con su estilo de vida.
- Que la irritabilidad, la tensión acumulada tiene relación con los problemas de sueño, así como con los problemas con su pareja, familia y amigos.
- La menopausia es un buen momento para tomar contacto con sus necesidades.
- La mujer ha olvidado cuidarse a sí misma.
- El ser humano tiene una dimensión biológica, psicológica y social interconectadas, de manera que los cambios en una de ellas repercute en las demás.

MENOPAUSIA = PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD PERSONAL

La metodología es participativa. El trabajo está centrado en “soluciones” modelo que pretende promover cambios basándonos en los recursos de las personas.

TEMA 6: SEXUALIDAD. AUTOESTIMA. LA PAREJA. EL CAMBIO EN LOS HOMBRES

- Hablar abiertamente de sexo y sexualidad.

- Eliminar mitos y conceptos erróneos respecto al sexo.
- Aumentar el amor a sí misma.

La sexualidad ejerce un importante papel en nuestra salud CORPORAL-ANÍMICA, al mismo tiempo es una mezcla de comunicación, actividad que repercute en el aumento de la vitalidad.

La sexualidad en el climaterio constituye un amplio arco de fenómenos emocionales, corporales, intelectuales y éticos que configuran la existencia del individuo.

Debemos luchar con el estigma que identifica la actividad sexual y coito.

Mitos sexuales como “vejez asexual” coartan la libertad de disfrute en el climaterio y la senectud. Es tiempo de buscar formas de vida y de amar nuevas que todavía no están en nuestras mentes.

AMOR CORPORAL Y ESPIRITUAL = TERNURA EROTISMO Y SEXO

ANDROPAUSIA

La insuficiencia testicular empieza a manifestarse en la 3ª década de la vida del hombre, acompañada de síntomas parecidos a la mujer.

Hay pocos hombres dispuestos a cuestionarse su propia historia y su educación. Aunque con ello ganarían tanto como las mujeres y con ellas una nueva forma de vida en pareja: COMUNICACIÓN-RELACIÓN.

TEMA 7: TRATAMIENTOS MÉDICOS. TERAPIA HORMONAL. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Existen tratamientos que mejoran la calidad de vida de la mujer menopáusica, al mismo tiempo que evitan la cronificación de procesos que implicarían una incapacidad física importante.

Por otra parte, el riesgo de embarazo en la perimenopausia implica importantes problemas de salud para la madre y para el niño.

TEMA 8: POSIBILIDADES DE AUTOAYUDA. CUIDADOS ALTERNATIVOS. MIRAR AL FUTURO.

- Ofrecer a la mujer aprendizajes nuevos que le permitan poner en práctica conductas que la ayuden a reorientar su estilo de vida.

- Orientar sobre cuidados higiénicos y estéticos.
- Ofrecer un abanico de actividades dentro y fuera del hogar.
- Dar a conocer hábito de vida sana y autocuidados.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LA MENOPAUSIA

- Prevención de algias y mantenimiento de la capacidad funcional.
- Higiene postural y ergonomía doméstica.
- Rehabilitación y reforzamiento del suelo pélvico.
- Técnicas de autocontrol: relajación y respiración.

BIBLIOGRAFÍA

Menopausia en atención primaria. Dr. Santiago Palacios. Fundación Europea Mujer y Salud.

Menopausia. La otra Fertilidad. Silvia Schneider. Ed. Urano.

La conquista de la Felicidad. Olga Restomar. Biblioteca de la Salud.

Reeducación del periné. Dominique Glore. Ed. masson.

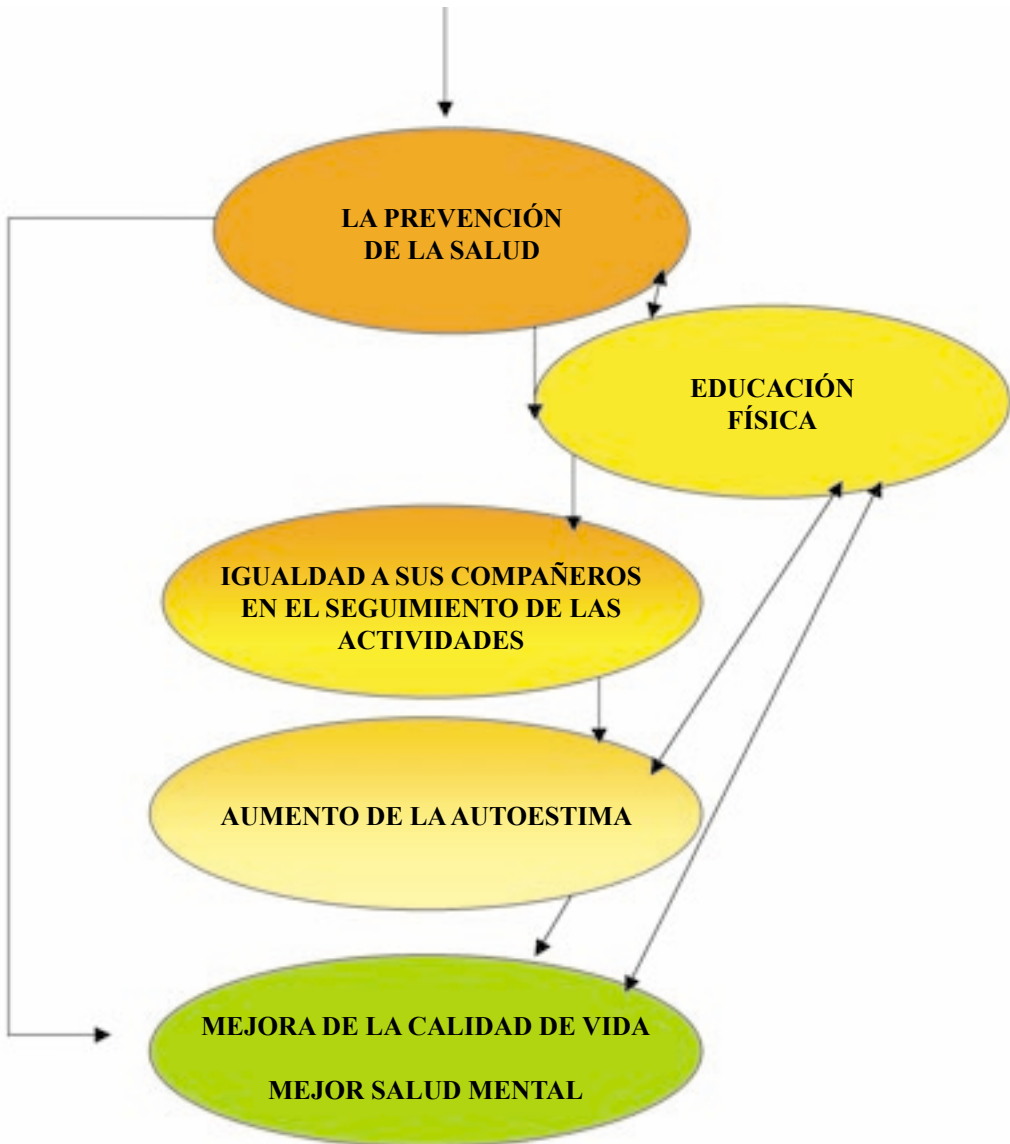
Enciclopedia de los alimentos. Dr. Pamplona Roger.

Climaterio I y II. Laboratorio Roche.

Post-menopausia y enfermedad cardiovascular. Dr. Cabero Roura.

“Educación para la Salud desde un planteamiento interdisciplinar dirigido a alumnos con deficiencias auditivas”

FRANCISCA FERNÁNDEZ VILLARES
E.O.E.P. Deficiencia Auditiva. Cáceres



INTRODUCCIÓN

Partiendo de una parte:

- De la definición de *Salud Pública* como “ciencia y/o arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos de la sociedad destinados a proteger, promover y restaurar la salud de una comunidad (dependiendo del desarrollo económico, social y tecnológico de la época)”, y

De otra:

- De sus tres funciones, principalmente de *la promoción*, que abarcaría todas las actividades que intentan conseguir el mejor estado de salud posible, mejorando las condiciones de vida del individuo, pero esencialmente de *la prevención como función elemental de la Salud Pública*.

A la vez:

- Que en muchos programas y servicios de prevención y promoción de la salud, como actividades que forman parte de la Salud Pública de nuestra sociedad actual y posiblemente con más necesidad en el futuro, la intervención va a demandar la presencia de *distintos servicios tanto sanitarios, sociales como educativos*, que coordinen sus esfuerzos y se dirijan a promover, proteger y restaurar la salud de la comunidad en la que nos insertamos.

Teniendo en cuenta estas tres premisas, planteamos la planificación de una Unidad Didáctica de Educación Física que se establezca como marco desde el que se pueda trabajar en un programa de promoción y prevención de la Salud.

Trataremos de plantear la prevención de la salud, en el marco de la Salud Pública, desde la materia de Educación Física. Se contempla el seguimiento de estos aprendizajes como marco concreto de prevención de la salud mental, dirigida especialmente a los a.c.n.e.e. con deficiencias auditivas severas y profundas.

Si partimos de la definición que la OMS establece, que entiende por salud el estado de bienestar bio-psico-social, para conseguir este objetivo o facilitar su consecución, en el caso de los alumnos con deficiencias auditivas que hemos señalado, se propone la realización de una Unidad Didáctica en Educación Física, para el primer ciclo de Educación Primaria.

Se ha llegado a la conclusión de que gran parte de la curación y por tanto de la salud depende de la *actitud* con que la población afronte la voluntad de mantenerse sana.

Hay que tener en cuenta, que este nuevo cambio de actitudes tiene que establecerse también desde el campo de la educación, con la educación en valores, así como la información y el conocimiento, a través de la colaboración y coordinación entre los diferentes profesionales, por ello se han señalado la interdisciplinariedad desde la que se puede trabajar la Educación para la Salud.

El problema de la salud va más lejos, ya que la salud pública implica también convivencia y participación social, educación y bienestar.

En definitiva, hemos de darnos cuenta de que la salud y la enfermedad son algo más en la vida que disfunciones orgánicas o perturbaciones psicológicas.

Propone Vincens Vich (1995) diferentes factores que inciden y colaboran en la salud, la participación del individuo, el conocimiento, información, la atención, la conciencia, *la unión de la mente y el cuerpo*, su mutua influencia e interrelación, la interrelación con el entorno, la totalidad o globalidad con el medio que nos rodea, la indivisibilidad, la interrelación, la teoría de sistemas de Bertalanffy.

PLANTEAMIENTO DE LA U.D. DE E.F. EN EL PRIMER CICLO DE E. P.

1. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Como contenido o centro de interés de la U.D. se ha elegido el juego, y en concreto un juego conocido, “el pañuelo”.

Se ha escogido el juego para que a través del mismo el cuerpo y el movimiento sean los ejes básicos como corresponde a la actividad educativa en el área de Educación Física, estaremos con ello vivenciando el conocimiento del propio cuerpo y de sus posibilidades lúdicas, expresivas y comunicativas, y a la vez que los alumnos/as comprenden su conducta motriz, que también adquieran la comprensión del propio cuerpo porque está presente en esos juegos.

Pero además, pretendemos subrayar esencialmente que los objetivos conseguidos a través de nuestra U.D. no se limiten a los aspectos *perceptivos y espacio-temporales* sino que, y especialmente, se trabajen los aspectos expresivos, comunicativos, afectivos y cognoscitivos, que a través de este área de Educación Física y en la aplicación de la U.D. se desarrollen las capacidades de nuestro alumnado, que *se sientan bien con su propio cuerpo*, que se mejore y se utilice eficazmente, pero sobre todo que se consiga la máxima interrelación, valoración del otro, poder desarrollar y alcanzar objetivos que en otros campos estarían más limitados, que se consiga el conocimiento del cuerpo y de sus posibilidades, llegando

al reconocimiento del autoconcepto, pero ante todo que valoremos nuestra actividad desarrollada y la del otro. En el grupo-clase está integrado un alumno sordo profundo, y precisamente en este área y con esta U.D. pretendemos que se encuentre en el máximo de igualdad en todos los campos con respecto a sus compañeros, por ello en el desarrollo de los juegos -bien porque se le expliquen previamente las normas a seguir o bien porque las observe en los compañeros que participen antes que él-, va a evolucionar “igual” que los demás, sin más adaptaciones que las de cualquier otro niño/a, naturalmente sin entrar en el campo competitivo.

Con este planteamiento anteriormente expuesto, contribuiremos a la consecución de los objetivos generales de la educación en esta Etapa, es decir, *socialización, autonomía, aprendizajes instrumentales básicos*, y la mejora de las *posibilidades expresivas, cognitivas, comunicativas, lúdicas y de movimiento*, con lo que se contribuirá a la máxima integración y desarrollo de las capacidades de nuestro alumno sordo.

Igualmente, la actividad física desarrollada a través de las sesiones desarrollará la exploración del entorno y las relaciones lógicas entre los alumnos en base a las relaciones con los objetos del juego -los pañuelos-, con el medio en los desplazamientos de una u otra forma, con los otros alumnos y consigo mismo.

Por otra parte, para poder desarrollar correctamente las capacidades motrices y las habilidades básicas que nos proponemos con la U.D. hemos de conocer el nivel evolutivo de nuestro alumnado para poder tomarlo como punto de partida, por eso comenzaremos con esta evaluación cero, pero ha de tenerse en cuenta que hemos de programar nuestra actuación educativa por delante de lo que son capaces de realizar -el campo de desarrollo próximo de Vigotsky-, siempre teniendo en cuenta el nivel de partida.

Hemos elegido los juegos porque en esta edad del primer ciclo de E.P. contribuyen al aprendizaje espontáneo y además pueden realizarse muchos de los aprendizajes y destrezas.

2. LA VINCULACIÓN DE LA UNIDAD DIDÁCTICA CON EL CURRÍCULO

En la presente programación de esta U.D. se determina el tercer nivel de concreción de la planificación del área de Educación Física: primer nivel, el recogido en el R.D. 1344/1991 en el que se establece el currículo de Educación Primaria; el segundo nivel, el recogido en el Proyecto Curricular del Centro en el que vamos a desarrollar esta U.D.; y el tercer nivel, la U.D. con la programación de aula, que recoge y explicita las intenciones educativas contenidas en el Proyecto Curricular del Centro, es decir, en esta programación se planifica y concreta la práctica educativa

que se pone en práctica a continuación en el aula, recogiendo y atendiendo a los criterios de secuenciación y temporalización de los objetivos y contenidos que previamente se han establecido por el grupo de profesores que dan clase en el Ciclo de la E.P. en la que la vamos a aplicar, y que en nuestro Centro han quedado ya básicamente recogido en el Proyecto Curricular y aprobado por el Consejo Escolar del Centro.

3. CONSIDERACIONES PREVIAS DE APLICACIÓN

El planteamiento de nuestra U.D. que diseña la inmediata aplicación en el aula de las enseñanzas del área de Educación Física para el primer Ciclo de E.P., arranca de la necesidad de incorporar a la planificación educativa o programación dirigida a nuestro grupo de alumnos/as, aquellos conocimientos, destrezas y capacidades que, *relacionados con el cuerpo y su actividad motriz contribuyan al desarrollo personal y a la mejor calidad de vida de nuestro alumnado.*

Por tanto, nos planteamos como objetivo que nuestro alumnado *aprenda a conocer su cuerpo y a utilizar sus posibilidades de movimiento de forma responsable*, ayudándole a adquirir conocimientos, destrezas, actitudes y hábitos que además les permitan mejorar sus condiciones de calidad de vida y salud, valorando a la vez las posibilidades del ámbito de lo motriz como medio de enriquecimiento personal y de *relación social e interpersonal*, en nuestro caso esto último de forma prioritaria porque como ya hemos indicado forma parte de nuestro grupo un alumno sordo profundo.

Igualmente, se incluirá en nuestra propuesta de U.D. la atención a la formación de *hábitos de higiene y salud*, a los hábitos de comportamiento (volvemos a subrayar este apartado por la necesidad de interiorizar las normas de los juegos propuestos y con ello normas de comportamiento, etc., para nuestro alumno sordo que tiene más dificultad en la interiorización de normas), y a los hábitos de la práctica de la actividad física.

Y es que hemos de tener en cuenta en nuestra programación la orientación actual del Área de Educación Física en la Etapa de Educación Primaria, que no gira en torno a las diversas técnicas que podamos enseñar a nuestro alumnado sino que ha de tener en cuenta y dirigirse al *desarrollo de todas las potencialidades del cuerpo, de la salud y del comportamiento del alumno en el mantenimiento de ellas, utilizando como ejes fundamentales el cuerpo y el movimiento.*

Repetimos que hemos tenido en cuenta, atendiendo a las características del déficit auditivo de nuestro alumnos sordo profundo y su incidencia en su desarrollo personal y educativo, las finalidades educativas a las que contribuye la Educación Física y que

quedan recogidas en el Diseño Curricular Base (MEC, 1.989) y en la reglamentación posterior, que son propias de la Educación Primaria: **socialización y autonomía**, precisamente con los alumnos con déficit auditivo profundo que tienen limitaciones en el dominio del lenguaje y siendo éste la herramienta de socialización, quedaría limitada por ello a la vez la socialización, y si a la vez es el lenguaje la base de la interrelación con los demás y de la interrelación, asimilación de los aprendizajes en cualquier otro campo educativo, fomentando dicha socialización estaremos contribuyendo a la adquisición de los aprendizajes en general y especialmente pues para nuestro alumno sordo. Proponemos a través de la programación del área de Educación Física y su contribución en estas finalidades citadas, facilitar la adquisición de los aprendizajes instrumentales básicos (estamos fomentando la socialización, la interrelación con los demás, con el entorno, el encontrarnos en “igualdad” de posibilidades entre sordos y oyentes, en resumen que a través de estas actividades se consigan *experiencias positivas* que incidan en la automotivación de nuestro alumno, que establezca un autoconcepto positivo y que refuerce su *autoestima*, al sentirse con la autonomía necesaria para realizar las actividades como los demás, sin necesidad de adaptaciones especiales o singulares para él), tratando de mejorar -para todo el grupo pero especialmente para este alumno con necesidades educativas especiales- a partir del desarrollo de *sus posibilidades lúdicas y de movimiento, aumentar sus capacidades expresivas, comunicativas, y como resultado sus capacidades cognitivas, consiguiendo favorecer la adquisición de los objetivos nucleares propios de su grupo y nivel de referencia*, 2º de la Etapa de Educación Primaria.

Nos proponemos conseguir lo anteriormente expuesto basándonos en que la enseñanza de la Educación Física durante la Etapa de Educación Primaria ha de mantener la relación entre *desarrollo motor y desarrollo cognitivo*. Y es que en este sentido, la actividad física integra o contiene un gran campo educativo en cuanto que establece la posibilidad de exploración del entorno, motiva al establecimiento de las relaciones lógicas entre el propio sujeto -en este caso nuestro alumnado- y las *interacciones* que éstos mantienen con los objetos, con el medio, con los otros y consigo mismo. A partir de aquí, cada uno de nuestros alumnos va construyendo sus nociones temporales, topológicas, espaciales y de resolución de problemas, en las actividades que presentamos en los juegos programados, y que se realiza con otros -en equipo- o de forma individual, en diferentes situaciones motrices. Observamos como estamos a través del desarrollo motor favoreciendo el desarrollo cognitivo de nuestro alumnado, y especialmente de nuestro alumno c.n.e.e., tratando de que a través de la actividad física que programamos consiga desarrollar *todas las capacidades* que son el objetivo de la acción educativa: *capacidades cognitivas, de autonomía, psicomotrices, de interrelación y de integración social*.

Nos proponemos mediante esta actividad física que, especialmente nuestro alumno sordo conozca y compruebe su eficacia motriz, las posibilidades de su propio

cuerpo en todos los campos que anteriormente hemos expuesto, que mejore su capacidad para estructurar, organizar y decidir su actuación en los juegos, que aumente su dominio motriz, asimile las normas, las ponga en práctica, y que con todo ello adquiera una mayor *autonomía personal, seguridad y autoconfianza*. Todo lo cual le va a permitir establecer una imagen de sí mismo más real (autoconcepto), que le servirá de referencia para decidir lo que no es capaz de hacer pero también *lo que sí puede hacer* (creerá y conseguirá los objetivos propuestos, *mejora de su autoestima*), y que al conseguir una imagen positiva de sí mismo por su capacidad en los aspectos motores, le va a favorecer su desarrollo integral, llegando a un mayor nivel de autonomía e independencia para desde sí mismo establecer una mayor interrelación con los demás, y desde esta interrelación favorecer su desarrollo cognitivo.

Para, en definitiva, alcanzar un mayor bienestar bio-psico-social.

La U.D. se establece a partir de:

a) Los juegos: Nuestra planificación la estructuramos con esta propuesta porque los juegos son un elemento esencial y propio de la actividad física en esta etapa, como juegos motrices que permiten trabajar como estamos exponiendo, los objetivos propios del área de Educación Física, atendiendo a un enfoque *individual* (de aquí su utilidad en la educación integral de nuestro alumno sordo), explorando pero a la vez siendo conscientes de las posibilidades del propio cuerpo, creativo social, pero sobre todo *reglado-social*, sobre todo para facilitar la adquisición e interiorización de normas (campo en los que frecuentemente tienen dificultades los alumnos sordos profundos). Con estos juegos se establecen la regulación y aceptación de las normas que conlleva cada juego, el unir los esfuerzos con los demás componentes del equipo, la cooperación con los otros, etc.

b) La expresión y comunicación: Nos proponemos favorecer especialmente este campo partiendo de la participación del niño sordo en los juegos con los demás compañeros/as de su grupo-clase. Si toda la programación educativa trata de apoyarse en el desarrollo de la comunicación oral y escrita (proceso de enseñanza/aprendizaje), y en este campo el niño sordo profundo tiene limitaciones con respecto a sus compañeros, trataremos de que se desarrolle la expresión y la comunicación a través del cuerpo y del movimiento, en nuestro caso concreto a través del movimiento y el desarrollo motriz proponemos el objetivo de favorecer la interrelación con los demás y por tanto y como consecuencia *la comunicación* apoyándonos en cualquier vía, oral, signado, natural - expresión corporal, etc.

Partimos de los juegos propuestos pero deseamos conseguir con la programación de la U.D. de Educación Física que integre todos los contenidos anteriormente

propuestos, pero esencialmente dirigidos a *desarrollar los aspectos expresivos del movimiento y la utilización funcional del propio cuerpo*, ya que en este Ciclo la comunicación y expresión no verbal deben tener un tratamiento curricular integrado y globalizado.

De otra parte, y de forma específica en el campo de la Educación Física, nos proponemos presentar al alumnado y de que éste adquiera, nuevas opciones motrices, afianzar de forma correcta las destrezas y habilidades básicas para que en un futuro puedan adquirir y aprender habilidades más específicas y complejas. Para poder presentar opciones motrices nuevas hemos de conocer necesariamente la situación o nivel evolutivo en el que se encuentra nuestro alumnado, por ello hay que tener en cuenta el momento de su desarrollo y etapa evolutiva, las características de la misma, y a la vez a través de un test inicial, conocer su desarrollo motor, a partir de lo anterior, situar nuestra intervención educativa pero, repetimos, planificándola siempre por delante de las posibilidades de actuación que el alumno es capaz de ejercer por sí solo, y siempre adecuándola a las características propias de los alumnos, sus ritmos de aprendizaje, los niveles de maduración, las diferencias morfo-funcionales, sexuales, fisiológicas, etc.

El proceso de enseñanza y aprendizaje que se planifica en esta Unidad Didáctica, sigue la secuencia de adquisición de las habilidades y destrezas que partiendo de lo global y amplio se dirige a lo específico y especializado, siempre teniendo en cuenta el nivel de partida que ha quedado registrado en nuestra primera sesión, para así poner como base las adquisiciones motoras ya adquiridas para desde aquí adquirir otras nuevas, sin lagunas y evolucionando y desarrollando las capacidades de forma constructiva (de acuerdo con las orientaciones del MEC).

Desde otro punto de vista, hemos estructurado la actividad física esencialmente a través de los juegos que planificamos, de acuerdo con el planteamiento metodológico que debe tener la Educación Física en la Educación Primaria y que ha de ser esencialmente lúdico, ya que a través del juego se favorece el aprendizaje espontáneo de habilidades y desarrollo de capacidades dinámicas.

En definitiva, el área de Educación Física durante la E.P. se orienta (Vázquez Gómez, B.; pg. 27, Texto 2 del curso de Especialización en Educación Física para la Educación Primaria, se orienta hacia el desarrollo de *las capacidades y habilidades instrumentales* que perfeccionen y aumenten las posibilidades de movimiento de los alumnos y las alumnas; hacia la profundización en el conocimiento de la conducta motriz como organización significativa del comportamiento humano; y hacia el desarrollo de *actitudes, valores y normas* (aspecto fundamental en la educación de los alumnos sordos) con referencia al cuerpo y a la conducta motriz. Subrayando que “la enseñanza en esta área implica, tanto mejorar las posibilidades de acción de los

alumnos, como propiciar la *reflexión sobre la finalidad, sentido y efectos de la acción misma*".

4. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA

Hemos elegido el tema de la Unidad Didáctica con el objetivo de conseguir el desarrollo educativo *integral* de nuestro alumnado y especialmente de nuestro alumno sordo, partiendo -de acuerdo con Benilde Vázquez Gómez-, de que el individuo está constituido como unidad psicofísica en la que *el cuerpo* es un factor básico de la conducta (hemos expuesto anteriormente el planteamiento de la adquisición de normas y actitudes a través de la práctica de los juegos que se proponen), y en la utilización del cuerpo y el movimiento en el caso del alumno sordo, para establecer una "igualdad" de oportunidades que le conduzca a un desarrollo de todas sus capacidades y a conseguir una mayor autonomía para llevarle a tomar sus *propias decisiones*, formarse como persona, interrelacionarse con los demás, formar parte de la misma "sociedad" que los demás, los mismos juegos.

En esta situación de poder participar "con" e "igual" que todos los demás, vamos a tratar de plantear la *automotivación* que conduzca a una mejor actitud frente a la adquisición de conocimientos propios de la etapa educativa en la que nos situamos, esta automotivación viene no sólo por la mejora del autoconcepto al ver como "es capaz" de conseguir los mismos objetivos que los demás o mejor, sin ninguna adaptación; pero además esta automotivación parte o se apoya en una autoestima reforzada en base a vivencias y experiencias positivas. A este ciclo y nivel al que dirigimos la programación, se encuentra -de acuerdo con la teoría de Piaget-, en el paso del estadio preoperacional (2-7 años) al estadio de las experiencias concretas (7-12 años), y que en esta edad (6-8 años) en que se está iniciando la construcción de la autoestima basada especialmente en lo que los demás piensan de nosotros y en base a lo externo, la realización de una actividad física no sólo como disfrute sino también como exponente del dominio motriz (se está viendo cómo se realizan los juegos diversos), va a ser para este alumno importantísimo para su autoestima la participación en campos como en estos juegos en los que el alumno sordo no tiene limitaciones específicas en razón de su déficit auditivo, pudiéndose subrayar la valoración que de él tienen los demás y por ende el propio refuerzo de su autoestima.

Por otra parte, y de acuerdo con las características propias de esta etapa y a las que debemos adecuar la programación del proceso de enseñanza, las actividades físicas que se desarrollan en los juegos propuestos son fundamentalmente *vivenciales* y a partir de estas vivencias plantear el desarrollo psico-físico de cada alumno.

Seguimos con este planteamiento las nuevas concepciones educativas que conceden especial importancia a la Educación Física, siguiendo a Ommo Gruppe

(1976) “ésta no sólo aporta tareas específicas en la educación del hombre sino que representa una forma determinada de llevarse a cabo la formación y la educación humana” (cit. por Vázquez Gómez, B., pg. 29, Curso de Especialización en Educación Física para la Educación Primaria, Texto 2).

Se plantea pues la formación y desarrollo de las capacidades de nuestro alumnado a partir de la actividad física, concibiendo esta propuesta como una respuesta integral de educación porque la Educación Física cumple objetivos, contenidos y procedimientos que se dirigen a esta educación integral y apoyada en las propias vivencias del alumno, siendo y preparando para la vida, porque las actividades físicas, repetimos, son algo fundamentalmente vivencial. En este contexto planteamos la actuación autónoma de nuestro alumno sordo profundo. Deseamos su máxima integración, y ello a partir del conocimiento y dominio de las técnicas corporales utilizadas en los juegos, destrezas, etc., hasta la adquisición de hábitos (que le van a ayudar a la adquisición espontánea de conocimientos ya que como se ha expuesto en otro lugar, el juego es una actividad propia de esta etapa cronológica) y cuidados corporales (mantenimiento y adquisición de las habilidades básicas), que le van a permitir tomar decisiones propias -la autonomía que pretendemos que adquiera-, y valorar su importancia respecto de sí mismo y de los demás.

En resumen, planteamos la programación de la Educación Física para conseguir *la educación total* en especial de nuestro alumno sordo, proponiéndonos como objetivo facilitar el desarrollo de todas sus capacidades apoyándonos en experiencias educativas centradas en el cuerpo y el movimiento.

Si de una parte estamos planteando las características de nuestro alumnado de ocho años, y las características especiales de nuestro alumno sordo, y adecuar a estas características del alumnado del primer ciclo de E.P., y de otra parte, planteamos la Educación Física a partir de los juegos -como actividad física propia de esta edad- que proponemos en la U.D., estamos planteando estrategias pedagógicas centradas en el alumno que de acuerdo con Benilde Vázquez Gómez (pg. 39, U.D. 1.1 “La innovación en Educación Física: justificación y alcance”, del segundo Texto del Curso de Especialización en Educación Física para la Educación Primaria), son:

- “- Una visión integral de la personalidad del alumno.
- Una atención especial a la experiencia propia en el aprendizaje.
- Un énfasis en el compromiso motor del alumno.
- Una consideración del “tiempo” y “ritmo” en el aprendizaje del alumno.

- Presentación de experiencias gratificantes, donde se alcancen diversos niveles de éxito.”

Desde el área de Educación Física y a través de los juegos vamos a intentar educar y desarrollar las capacidades *motrices* de nuestro grupo de alumnos, pero no sólo esto sino que a la vez que se mejoran sus posibilidades de acción debemos propiciar y favorecer la *reflexión* (capacidades cognitivas) *sobre la finalidad, sentido y efectos de la acción misma*.

Pero, y de forma especial, trataremos de desarrollar las funciones de la Educación Física en el ámbito de *la influencia que tiene el movimiento en el desarrollo de otras capacidades personales, cognitivas, afectivas, comunicativas, morales y sociales*, por tener entre nuestros alumnos a un niño sordo profundo.

No olvidando naturalmente los otros dos ámbitos en los que se asigna a la E.F. el desempeño de funciones como:

- El desarrollo de la condición biológica y el mantenimiento de una buena forma física, y
- Las que orientan la E. F. hacia la adquisición de habilidades y destrezas útiles en la vida diaria

En definitiva planteamos nuestra actuación educativa teniendo presente el carácter social que acompaña al desarrollo motor del niño y apoyándonos en que propicia una socialización que va a favorecer la interrelación y comunicación con los demás, que le va a llevar a nuestro alumno sordo a comunicarse, a partir de la comunicación adquirir más conocimientos, y estos conocimientos a un mejor desarrollo de sus capacidades cognitivas.

Queremos apoyarnos en experiencias positivas que le lleguen a través de las actividades físicas que desarrolla en la ejecución de los juegos que se proponen, que con la programación de esta Unidad del área de Educación Física se pongan en práctica experiencias educativas que si bien están centradas en el cuerpo y el movimiento vamos a alcanzar los objetivos que nos proponemos no sólo en el ámbito de la acción (mejorando las capacidades motrices) sino también y especialmente con nuestro a.c.n.e.e., en el campo del conocimiento y en el de los hábitos y actitudes favorables al propio cuerpo y a las actividades físicas en general que incluyan tanto los aspectos de eficiencia motriz o instrumentales como los expresivos y de *relación* del movimiento humano.

Y es que con la realización de las actividades físicas que proponemos en nuestra Unidad deseamos que se pongan en práctica los principios básicos para la renovación

de la escuela, que recogidos por Benilde Vázquez Gómez (idem cit. anterior, pg. 42-46), proponen:

- **Actividad propia:** De lo que anteriormente hemos expuesto se deduce la importancia que dedicamos a que especialmente nuestro alumno sordo consiga una autorrealización corporal que le va a facilitar el desarrollo de todas sus capacidades, como consecuencia de la generación, decisión y control de su propia actividad física en los juegos. A través de éstos tratará de resolver los problemas motrices que se le presenten, aplicará una táctica individual o colectiva para llevarlos a buen término, etc., y esta resolución conllevará el aumento de la motivación para el alumno.

- **Autonomía:** El fomento de la autonomía es un objetivo prioritario en la actuación educativa con este alumno, autonomía que le permita el seguimiento de cualquier proceso de enseñanza, y precisamente desarrollar su autonomía corporal, llegar a constatar que su déficit auditivo (físico) no es una rémora para el desempeño de estas actividades físicas a desarrollar en la U.D., que por una parte no le limita en su ejecución (aumento de la autoestima), pero por otro ser consciente de que sigue siendo el mismo, sigue siendo sordo profundo (autoconcepto) y no por ello está en inferioridad de condiciones con respecto a los demás, es decir reforzar la autoestima afianzar y conseguir objetivos, ser capaces de alcanzarlos, pero sin perder la propia identidad, seguimos siendo iguales y diferentes, todos y cada uno de nosotros.

- **Autocontrol:** Todas las actividades que programamos se centran en el alumno como protagonista de la acción, y el mismo alumno/a debe aprender a controlar su actividad y los resultados de la misma en la actividad que está realizando. Tanto el alumno que actúa en un momento dado del juego como los demás compañeros pueden darse cuenta del desarrollo de la actuación, por tanto en este campo se conocen las posibles limitaciones, pero también a través de la retroalimentación, la posibilidad de mejorar controlando la ejecución. A la vez que contribuye al establecimiento del autoconcepto pero también la autoestima, los demás también observan la actividad física que se desarrolla y los resultados de la misma.

- **Creatividad:** Con las actividades propuestas estamos planteando las denominadas “habilidades abiertas”, en las que cada niño/a debe adaptarse continuamente a las demandas del juego y resolver las dificultades que se presentan para alcanzar el objetivo que se establece en cada actividad (encontrar al compañero, quitarle el pañuelo, reconocer las voces, etc., según el juego), pueden decidirse por conductas no previstas, cada uno va a correr como quiera, moverse a su gusto, sólo tiene que alcanzar o procurarlo el objetivo o fin del juego y seguir las normas acordadas. En este sentido, si bien deben conseguirse algunas “habilidades cerradas” automatizando algunas acciones o conductas como adquirir velocidad en la carrera, cambiar de ritmo ante diferentes sonidos (el pandero), etc., lo que se desea conseguir

es que el alumno aporte una conducta nueva que le permita resolver los problemas de acción que se le presentan (no dejarse coger el pañuelo, etc.).

- **Interés:** Este es uno de los principios prioritarios para nuestra programación. Nuestro objetivo final y esencial que pretendemos alcanzar con la puesta en práctica de esta Unidad Didáctica es que todo nuestro alumnado, pero muy especialmente nuestro *alumno sordo profundo*, es que consiga a través del área de Educación Física su *automotivación* no sólo para la Educación Física, que planteamos como objetivo cercano ya que al verse desarrollando las “mismas” actividades que los demás y además sin ninguna adaptación específica, y por último -aunque posiblemente contamos con esta características para facilitar la consecución de los objetivos que nos planteamos-, es que dadas las características de este alumno, con un buen dominio de las destrezas y habilidades básicas, va a poder realizar las actividades y conseguir los objetivos de cada sesión, y por tanto los que planteamos en la U.D., con más facilidad que otros compañeros de su grupo y nivel. Sobre este planteamiento deseamos que se refuerce su autoconcepto, que mejore su autoestima, que *la realización de estas actividades físicas sean para él experiencias motrices gratificantes en todos los niveles*, y que a partir de aquí se fomente su automotivación ante *cualquier proceso de enseñanza/aprendizaje*, lo que nos lleve de una parte a que *crea* en la posibilidad de *poder alcanzar cualquiera de los objetivos que se plantean en el quehacer educativo, que facilite la asimilación de los conocimientos, y de otra parte, consigamos aumentar el nivel de su rendimiento escolar.*

- **Individualización:** En primer lugar, la individualización de la enseñanza es un principio básico en la educación como ésta es entendida en nuestro sistema educativo, es un principio en el que se apoya y basa todo el planteamiento de la actividad física, ya que hemos de partir siempre de las características del alumno, sus experiencias previas, sus conocimientos, etc., y precisamente dentro de la misma edad cronológica las características corporales, los niveles de desarrollo y crecimiento, las experiencias motrices previas y el ritmo cinético son completamente distintos de un niño a otra, que es de todo punto imprescindible individualizar la enseñanza de la Educación Física; pero, en tercer lugar puesto que para el niño sordo hay que adaptar todos los procesos de enseñanza/aprendizaje, individualizar la enseñanza, ahora en este campo (por eso venimos repitiendo que el niño sordo se va a encontrar “igual” que los demás en el desarrollo de estas actividades), para **todos** hay que realizar una “adaptación” -si podemos denominarla así-, porque para todos hay que adecuar las actividades, *adaptarla a las características propias y no sólo para él, en definitiva al ser necesaria la individualización para todos, ya no es sólo para el niño sordo, él es uno más, y posiblemente de los que menos adaptaciones hay que diseñar para que alcance los objetivos que nos planteamos en la U.D.*

- **Socialización:** Otro principio prioritario en el diseño de nuestra actividad física dirigida a un grupo de alumnos/as que integra a un alumno sordo profundo. Dadas las características de este alumno, y al tener limitado el dominio del lenguaje oral, que es esencialmente la herramienta que utilizamos para interrelacionarnos con los demás, y a través de esta interrelación lograr no sólo asimilar conocimientos (interrelación con los demás, con el entorno), sino integrarnos en la sociedad de la que formamos parte. La comunicación como vía de socialización. Y precisamente nos planteamos como objetivo mejorar la comunicación del alumno sordo con sus compañeros, aumentar su interrelación, fomentar su socialización a través de las actividades físicas de nuestra Unidad Didáctica, consiguiendo mejorar la interiorización de normas y reglas, normas y reglas que necesitamos para integrarnos en la sociedad, y que tantas dificultades tienen las personas sordas para interiorizarlas. Por ello, vamos a planificar la consecución de estos objetivos a partir de los juegos y el movimiento. El movimiento humano es el medio más natural de relación que tenemos, y no sólo con el *medio físico* (el entorno), sino *fundamentalmente con el medio social*.

“El juego motriz ... es un buen campo de socialización no sólo de conductas motrices (socio-motrices), sino también como todo juego, de conductas sociales globales. Como sabemos, *a través del juego el niño aprende a ser protagonista y a depender menos de sus mayores, su conducta debe estar regulada por él mismo en función de las circunstancias y de las conductas de los demás*. Pero además, las actividades físicas (como es el caso de nuestros juegos) en el niño raramente se hacen en solitario, sino en grupos”, lo que naturalmente exige “*espíritu de **solidaridad y cooperación**, convirtiéndose en un buen medio de aprendizaje de las relaciones sociales*” (Vázquez Gómez, B., 1.999, pg. 45).

Planteamos pues la programación de Educación Física dirigida a conseguir una educación total, la *educación integral* de cada uno de nuestros alumnos y especialmente facilitar este desarrollo educativo integral de nuestro alumno sordo.

Y es que en la Etapa de Educación Primaria, el área de Educación Física se dirige y subordina a las finalidades y objetivos propios de esta etapa.

Autonomía, socialización y aprendizajes básicos, añadiendo a las prácticas escolares tradicionales el aprendizaje corporal que está en la base de todas las demás.

Desde esta educación *integral* que se enmarca y parte de la materia de Educación Física, y precisamente al fomentar la *autoestima* del alumno sordo, estamos fomentando la salud psíquica, en este sentirse igual que sus compañeros en el campo de esta disciplina, estamos de una parte facilitando la consecución de los objetivos educativos que nos hemos planteado desde el currículo propio de su grupo y nivel de

referencia, pero por otro lado, desde esta materia se está contribuyendo a que se evite, no se presente esa ansiedad típica que las hipoacusias profundas suelen producir en el aspecto psicológico.

Y es que las hipoacusias severas y profundas tienen efectos sobre la personalidad que se manifiesta a través de unas conductas y comportamientos con unos rasgos específicos.

Así, si en un niño normoyente el sentido de la audición le conecta con el mundo tanto de forma consciente como inconsciente, al relacionarlo con el mundo que le rodea, en el niño sordo profundo estas posibilidades de relación se limitan de tal forma que hace que la personalidad del niño se estructure con características especiales y en este sentido, al no tener la posibilidad de expresarse verbalmente puede producir frustraciones que se manifiestan con rabietas o comportamientos violentos.

Otra característica de la conducta de los niños sordos profundos es la *inestabilidad*. Si el niño normoyente aunque esté realizando una actividad puede estar a la vez a través de la audición conectado y dándose cuenta del mundo o entorno, en un niño sordo profundo este proceso no tiene lugar y tiene que interrumpir p.e. el juego para atender y darse cuenta de lo que sucede alrededor y para recibir otros estímulos.

Estas características o aspectos señalados, hace que en el niño pueda manifestarse *la ansiedad*.

Esta ansiedad se exterioriza cuando no comprende bien lo que ocurre, lo que se le dice, pero que en el planteamiento de nuestro trabajo es precisamente lo que se trata de que no aparezca, pues se plantea un marco de actividades a través del juego, en las que va a participar y aportar de forma semejante (o incluso superior) a la de sus iguales.

En definitiva, se está planteando desde la materia de Educación Física la prevención de la salud, y concretamente de la salud psíquica, mental, del alumno sordo profundo.

BIBLIOGRAFÍA

Coll Barragán, R. y ot.: *Evaluación e intervención logopédica en las deficiencias auditivas*. Madrid: UNED; 2002.

López, F. y ot. (Coord.): *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Ed. Pirámides; 1999.

Marchesi, A.; Coll, C.; Palacios, J.: *Desarrollo psicológico y educación*. Vol. III. Madrid: Alianza Edit.; 1990.

Coll Barragán, R. y ot.: *Evaluación e intervención logopédica en las deficiencias auditivas*. Madrid: UNED; 2002.

Vázquez Gómez, B.: *Curso de Especialización en Educación Física para la Educación Primaria*. Vol. I,II,III. Madrid: U.N.E.D.; 1999.

“Sida y Drogas, ¿Nos Afectan?”

SALGUERO HERRERA, I. M.
Educadora Social. I.E.S. “Meléndez Valdés”

1.- JÓVENES Y PREVENCIÓN

Para decidir si al joven hay que prestarle una atención diferente hay que considerar que éste pasa por un periodo de transición y que su itinerario puede ser modificado, estimulado, alterado o dificultado por las condiciones en las que se desarrolla. Por ello, se deben planificar acciones sobre su día a día que, sumadas, consigan un desarrollo integral de la persona. Esas acciones tienen una especial importancia en la adolescencia, ya que es en esta etapa donde la socialización, la construcción de la identidad y las dificultades para incorporarse a la sociedad son mayores.

En general, son pocos los adolescentes que acuden a los servicios dedicados a abordar los problemas de salud o a atender las necesidades sociales. Sin embargo, se puede decir que muchos pasan en algunos momentos, por situaciones que les llevan al conflicto. Todos forman su futura personalidad, adquiriendo conocimientos, experiencias, saludables o no, que determinarán su edad adulta, con más o menos integración social, con mayor o menor nivel de conflictos, con hábitos de salud o con estilos de vida más o menos saludables, etc.

Dado que la adolescencia es la etapa más importante en la formación de la personalidad futura, conjuntamente con la obligatoriedad de la escolarización hasta los 16 años, el largo periodo que pasan en ellos, y las relaciones entre iguales que se dan, hacen que el papel de los Institutos de Enseñanza Secundaria sea imprescindible, respecto al aprendizaje relacionado con las conductas sociales y los aprendizajes tanto sociales como actitudinales.

Por lo tanto, es primordial que los I.E.S. hagan frente a todas aquellas problemáticas relacionadas con la salud que se detecten en el alumnado, desarrollando actividades que favorezcan el desarrollo físico y psicológico de éstos, potenciando las conductas saludables, hábitos de higiene, educación sexual, prevención de drogodependencias,..., y así proporcionar los recursos y habilidades necesarias para enfrentarse a las posibles situaciones de riesgo que pudieran producirse.

Por último, mencionar que tanto el papel de la familia como el de los servicios de la comunidad, son fundamentales para que el Centro escolar sea capaz de ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades o problemáticas, que puedan surgir con respecto al alumnado en cualquier área.

2.- LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL AULA

Dentro de los temas transversales la Educación para la Salud es uno de los temas sobre los que un centro educativo debe tratar para prevenir, entre otras problemáticas, el abuso de drogas. Dentro del aula, la Educación para la Salud educa a los alumnos ayudándoles a crear formas de vida sanas.

Para llegar a esto, se necesita un aprendizaje continuado en el tiempo y debe ser competencia de todo el Centro, estando presente en las decisiones del Proyecto Educativo, el Proyecto Curricular y las Programaciones de Aula.

La Educación para la Salud (EPS) puede considerarse desde dos perspectivas:

- Desde el punto de vista de la prevención, se les dan instrumentos a las personas para evitar problemas de salud, a través del propio control ante situaciones de riesgo, y/o evitando sus posibles consecuencias.
- Desde el punto de vista de la promoción de la salud, capacitando a las personas para que pueda adoptar formas de vida saludables.

Dentro del aula, las características claves para que un programa de EPS sea efectivo debe:

- Utilizar un aprendizaje activo.
- Reforzar los valores individuales y las normas grupales.
- Promover el desarrollo de habilidades, fundamentalmente sociales.

Una de las estrategias especialmente efectiva es el trabajo con un grupo de iguales, ya que los contenidos y estrategias se ciñen a las personas a quien va dirigido específicamente, consiguiendo así una mayor motivación. Dentro del aula, los alumnos valoran especialmente la información que se obtiene dentro del grupo, por lo tanto, el profesor debe tener un papel de facilitador, para que el alumno haga suyo el aprendizaje, y así obtener unos resultados eficaces.

La metodología que se debe aplicar tiene que potenciar la adquisición de habilidades sociales y la comunicación, y deben incidir en la toma de decisiones y sobre todo en la autoestima.

3.- CÓMO SE ABORDAN DESDE NUESTRO CENTRO

El objetivo de la Educación es conseguir el desarrollo integral de la persona, por lo cual prevenir tanto el consumo de cualquier droga como el contagio de enfermedades de transmisión sexual, que limitan la libertad y el desarrollo integral, es tarea prioritaria.

Dadas las múltiples problemáticas tanto sociales como conductuales dentro del colectivo juvenil, es conveniente abordar éstas desde el Centro educativo. Se pretende en primer lugar, detectar cuáles son las problemáticas a resolver con más urgencia. Cada una de estas problemáticas se afrontarán a través de diferentes proyectos, éstos se realizarán atendiendo a las condiciones y necesidades de los alumnos.

Las principales necesidades que se han detectado dentro del colectivo juvenil, y que creemos importantes solucionar, son la desinformación sobre el consumo de drogas (legales e ilegales) y el VIH/SIDA. Los principales medios con los que contamos se fundamentan en la educación sanitaria y en la adquisición de hábitos que eliminen los comportamientos de riesgo. Sólo un aprendizaje en momentos tempranos de la vida puede garantizar conductas que eliminen las prácticas de riesgo.

Es necesario intervenir con información y educación en la adolescencia, ya que se produce una modificación en la vida personal e interpersonal del individuo, además es en esta edad cuando se inician las relaciones sexuales que incrementan el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, y el contacto que los jóvenes inician en el mundo de la droga y que podría conducir a desarrollar conductas de alto riesgo.

El estado actual de los conocimientos, actitudes y conductas de los jóvenes en relación al consumo de drogas y al VIH/SIDA, se caracteriza por los siguientes aspectos:

1. Todavía existe cierto grado de desconocimiento, respecto a ambos temas. Con respecto al consumo de drogas, sí reconocen los distintos tipos de drogas, pero no sus efectos, y menos aún sus riesgos. Respecto al VIH/SIDA, la mayoría jóvenes de nuestro centro no se ven como personas de riesgo, ya que muchos de ellos aún desconocen las vías de contagio.
2. Se detectan opiniones y actitudes contradictorias.

Todo esto me lleva a considerar la necesidad de poner en marcha actividades de información y educación para la salud con jóvenes de nuestro centro.

Para ello se ha creado un programa de Educación para la Salud dedicado exclusivamente a la prevención de drogas y contagio del VIH./SIDA, que se ha denominado “SIDA y drogas, ¿nos afectan?”. Aunque hay que señalar que gran parte del programa lo centramos en la prevención de drogas, debido a que en los últimos años el consumo ha aumentado y las edades de inicio son cada vez más tempranas.

4.- ACTIVIDADES DEL I.E.S. MELÉNDEZ VALDÉS

En función de las edades de los alumnos, las actividades y/o proyectos de “Educación para la Salud” que se llevarán a cabo serán:

Concurso de dibujo y redacción de
Accidentes domésticos



Prevenir para vivir

- Concurso Ministerio de Sanidad, *¿Vivo seguro?*. Con motivo de que en la semana de la recepción de la propuesta del concurso, un joven de la localidad sufrió un grave accidente doméstico, nos pareció muy oportuno tratar este tema con chicos de 1º y 2º de la E.S.O.
- Programa “*Prevenir para vivir*”. Los resultados de varias investigaciones han demostrado la poca eficacia de la información y las estrategias represivas, poniendo de manifiesto que tales medidas -para ser efectivas- deben acompañarse de actuaciones destinadas al desarrollo de los individuos y de los grupos en el marco de la Educación para la Salud, además los programas integrales de prevención deben involucrar a la familia, las escuelas, las comunidades y los medios de divulgación para reducir el abuso de drogas.

El programa prevenir para vivir promueve la prevención del consumo de drogas mediante el desarrollo afectivo, intelectual y social, y ofrece los instrumentos necesarios para canalizar la acción educativa de la familia y la comunidad, es decir,

da la posibilidad de que la intervención sea: centro educativo – familia, centro educativo – alumno, familia – alumno.

Centro educativo - Alumno



Charlas informativas: S.I.D.A.,
métodos anticonceptivos, etc.



Grupo teatral (representación tema SIDA).

3º y 4º E.S.O.: La adolescencia es una etapa de grandes cambios en la vida del ser humano. La persona adolescente atraviesa por una serie de eventos importantes que abarca la dimensión biológica, social, psicológica, espiritual y sentimental, desde nuestro Centro se intenta dar respuesta a través de diferentes charlas o temas tratados en tutoría, a todos aquellos temas que afectan directamente al joven, y que les provocan más inquietud. Aquellos que creemos son más importantes son los que se enmarcan en el área de la salud, tales como el SIDA/VIH, métodos anticonceptivos, o hábitos saludables. Las charlas informativas son realizadas por diferentes profesionales, todos ellos de la rama sanitaria o social.

Temas tratados en tutorías: educación sexual.
Grupo teatral (representación tema SIDA).



Programa “Y tú, ¿qué piensas?”

Edad 16-19 años: En esta etapa nos centramos especialmente, siempre hablando del área salud, en la educación afectivo sexual. Ésta se dirige a la formación integral de la persona, ya que constituye un instrumento fundamental para favorecer los cambios de actitudes y como estrategia para mejorar la calidad de vida, ya que se tratan temas como la igualdad entre sexos, la autoestima, la comunicación, la responsabilidad compartida y otros valores y habilidades relacionadas con la formación de la sensibilidad de las personas, que constituye el aspecto más humano de la pedagogía.

Por otro lado, se lleva a cabo a través de las tutorías, el programa “Y tú, ¿qué piensas?”, consta de seis dossiers, cuyos temas son el tiempo libre, publicidad y moda, la vida en el grupo, jóvenes y adultos, relaciones personales y los jóvenes en el mundo. Con el desarrollo del programa pretendemos que los chicos y chicas reflexionen sobre todos estos temas, y que tomen su propia postura individual.

5.- RESULTADOS

Dado que nos encontramos a mitad del curso escolar, y el programa de Educación para la Salud aún no ha concluido, sólo podemos decir que se ha observado cierta mejora en los conocimientos, destacando especialmente el interés y la activa participación del alumnado ante los temas y actividades hasta ahora planteados.

6.- CONCLUSIONES

Partiendo de que aún se da cierto grado de desconocimiento e informaciones incompletas o erróneas recibidas desde otras fuentes, sobre los temas hasta ahora tratados, es obvio que se ha de seguir insistiendo, no sólo en este curso 2002 – 2003, sino a lo largo de los sucesivos años.

BIBLIOGRAFÍA

- COSTA, M; LÓPEZ, E (1996). Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide.
- SERRANO, M.I. (1998). La Educación para la salud del siglo XXI. Madrid: Díaz de Santos.
- CALLEJA, M.F. (1994). Prevención de drogodependencias. Modelo educativo y proyecto comunitario. Salamanca. Herpérides.
- VEGA, A. (1993). La acción social ante las drogas. Propuesta de intervención socioeducativa. Narcea. Madrid.
- BOLÍVAR BOTÍA, A. (1998). Educar en valores. Una educación de la ciudadanía. Junta de Andalucía. Sevilla.

“Evaluación de la Educación para la Salud en Extremadura y Revisión Bibliográfica”

GÓMEZ GALÁN, R*.; LÓPEZ GÓMEZ, M. J.**; ÁLVAREZ RAMOS, F.*;
REYES DE CASTILLA, J. A.*; CAÑAMERO BLANCO, A.*

**Centro Universitario de Mérida*

***Servicio Extremeño de Salud*

INTRODUCCIÓN

La sociedad actual ha generado nuevos problemas relacionados con la salud, y exigen de la ciudadanía una preparación más adecuada que les permita prevenirlos eficazmente, aprendiendo a autocuidarse, evitando hábitos alimenticios inadecuados, consumo abusivo de alcohol, de tabaco, vida sedentaria, exceso de tensiones, accidentes viales, consumo de drogas...

La EPS ha adquirido gran importancia en los últimos años, ya que se ha constatado que las enfermedades causantes de más muertes prematuras están relacionadas con estilos de vida y hábitos individuales. Trabajos previos sobre el tema muestran como los jóvenes tienen unos inadecuados conocimientos sobre EPS (1, 2, 3). Las consecuencias sociales de este déficit formativo e informativo son problemas de hábitos y actitudes no saludables (3, 4).

Con la EPS se pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de salud sanos, que aprendan a usar más juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y que estén capacitados para tomar individual y colectivamente las decisiones que impliquen la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en el que viven.

El periodo de enseñanza obligatorio, se considera el más adecuado para potenciar los estilos de vida saludables, para modelar las conductas que dañan la salud. El alumno no solo debe asimilar conocimientos, sino también aprender a actuar, a sentir y pensar. Para ello es necesario una enseñanza que le permita aprender a resolver problemas y adquirir actitudes y comportamientos.

Sin embargo, la tarea de educar para la salud no es sólo patrimonio del sistema de enseñanza. El ambiente familiar, la colaboración entre la familia y la escuela y de

esta última con los sanitarios, determinará el no proporcionar a los alumnos mensajes contradictorios.

El objetivo de este estudio, por tanto es determinar si la cualificación técnica de los docentes, respecto de los temas que conforman la EPS, es suficiente y adecuada para transmitir conocimientos y hábitos que incrementen la salud del alumnado o, si por el contrario, debieran recibir apoyo formativo continuado por parte de profesionales expertos en cada una de las áreas que engloban la EPS.

METODOLOGÍA

Se ha efectuado un estudio cualitativo en el que se combinaron dos de las principales técnicas cualitativas de investigación científica, los grupos de enfoque que utilizamos con los alumnos [un Grupo de Enfoque (GE) es básicamente una sesión informal en la que participantes que representan a la población diana discuten varios aspectos sobre un tema o asunto específico, en éstas el investigador tiene menos protagonismo y el investigado más iniciativa (5, 6)] y el grupo nominal para los profesores [entendiéndose por Grupo Nominal (GN) la reunión de un conjunto de individuos considerados expertos en el tema a tratar que trataran de identificar los problemas y necesidades de salud, así como clasificar los mismos por orden de importancia (6)].

Las técnicas cualitativas de investigación, se presentan hoy necesarias para conocer más a fondo actitudes, creencias y valores de grupos en estudio, así como, para conocer los comportamientos de riesgo de los jóvenes (5, 6); todo ello se ha combinado con una revisión bibliográfica sobre EPS.

El estudio se llevó a cabo durante el periodo de febrero a mayo de 2001. Los participantes representan a la población diana que nos interesaba. El muestreo aleatorio se ha realizado por tiraje al azar mediante una tabla de números aleatorios, de la concreta forma que se detalla a continuación:

Para los grupos de enfoque se constituyeron 25 grupos de alumnos (entre 5 y 8 componentes), en total eran 150 alumnos seleccionados aleatoriamente de entre 10 centros (públicos y concertados) también seleccionados aleatoriamente de entre los 21 existentes en Mérida (Badajoz), la muestra quedó constituida por 60 alumnos de sexto de primaria y 90 de primero y segundo de ESO, grados en los que se imparten dicha materia.

Para los grupos nominales se seleccionó aleatoriamente un profesor por cada uno de estos 10 centros, de entre todos los profesores que imparten esta materia.

A pesar de que el desarrollo de estas técnicas nos permite huir de la limitación de los cuestionarios cerrados, nos permitimos al finalizar las sesiones de trabajo con los grupos pasar un cuestionario (de elaboración propia para la ocasión con 18 ítems para los 25 grupos de alumnos y de 10 ítems para el grupo nominal de profesores) que nos sirviese como herramienta de validación y ratificación de los resultados obtenidos con las técnicas cualitativas.

Los distintos moderadores (personas cálidas, motivadoras y empáticas) habían sido adiestrados en las normas más elementales para este tipo de técnicas estudio (reglas durante las reuniones, evitar coincidencia de amigos, familiares, vecinos dentro de los grupos, de tal manera que si estas circunstancias se daban dentro del grupo las personas eran sustituidas por otras).

Las variables que se trataron fueron actitud, conocimientos, satisfacción, metodología, y contenido del programa. Las tres primeras se trataban en los grupos de enfoque por los alumnos y las restantes por el grupo nominal de los profesores.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos nos permiten determinar que los jóvenes tienen inadecuados conocimientos y una actitud positiva respecto a la EPS. Así como que los profesores transmiten sus propias experiencias personales y puntos de vista sobre los temas, dejando bastante alejada la objetividad y preparación que debiera exigirse.

GRUPOS DE ENFOQUE DE ALUMNOS

Las edades comprendidas de los alumnos están entre los 11 y 15 años, cuya distribución por sexos es prácticamente del 60% varones y el 40% mujeres

En su mayoría, los alumnos, muestran falta de conocimientos con respecto los temas relacionados con la EPS

La actitud de todos los encuestados es muy positiva y coinciden en que sería necesario e interesante que la EPS se impartiera independiente del programa del resto y figurará como una asignatura independiente más.

GRUPO NOMINAL DE LOS PROFESORES

Los profesores tienen edades comprendidas entre los 30 y 42 años, en su mayoría hombres en proporción de 8 a 2, contrariamente a lo que presenta el estudio de

Prochazka I, y cols. (7) donde la proporción se invertía a favor de mujeres (única bibliografía encontrada que recoja este dato).

En cuanto a la REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA la mayoría de autores coinciden en que conceptos, procedimientos y actitudes son importantes, y deben formar parte de lo que se aprenda. La ampliación de la base conceptual estará en relación con el aumento de la edad de los estudiantes. (Primará el aprendizaje de actitudes y procedimientos en los niveles más inferiores para, paulatinamente, dar mayor cabida a los conceptos que, a su vez, darán sentido a diferentes pautas de comportamiento saludable). El objetivo de aprendizaje que se pretende alcanzar debe respetar la autonomía del alumno integrándose en la personalidad del mismo, de lo contrario, sería repetitivo, poco duradero e ineficaz. (8).

Enseñar una serie de contenidos no siempre asegura que los entiendan y los incorporen a su vida cotidiana, se debe reflexionar con los alumnos sobre las costumbres existentes en sus familias, introducir nuevos valores y hacer que adquieran hábitos duraderos. Las actitudes de los profesores, la disposición al diálogo, el ambiente general del centro, los menús del comedor, la limpieza de las instalaciones, las actividades, el grado de cumplimiento de las normas vigentes...se convierten en un conjunto de factores que ayudan a hacer del centro escolar un agente promotor de la salud.

Los Reales Decretos que han establecido los currículos de las etapas educativas definen unas enseñanzas que deben estar presentes a través de las diferentes áreas, como es el caso de la EPS.

Las enseñanzas o temas transversales impregnan, de hecho, el currículo establecido en sus distintas áreas hasta el punto que carece de sentido que el profesorado se plantee si, en un momento dado del trabajo de aula está desarrollando un área determinada o un tema transversal concreto. Los temas transversales están presentes en las áreas y éstas también se hallan presentes en los temas.

Los temas transversales tienen un valor importante para el desarrollo personal e integral, para un proyecto de sociedad más sana, libre y pacífica, más respetuosa hacia las personas y también hacia la propia naturaleza que constituye el entorno de la sociedad humana.

Hemos observado, según la bibliografía analizada y coincidimos con ella que deben aprovecharse las experiencias de gran número de sanitarios que, desde organismos como los Centros de Salud, la Universidad u otros han llevado a cabo durante los últimos años haciendo una labor educativa en barrios y pueblos, no siempre bien entendida ni potenciada.

La UNESCO, la OMS, el Consejo de Europa y la Comunidad Europea han elaborado recomendaciones en el sentido de que la EPS se integre plenamente en los centros docentes, tratando diversos temas prioritarios (ver tabla I):

Si la EPS adquiere carta de naturaleza en el currículo se evitarán problemas burocráticos innecesarios y se podrá dotar a los ciudadanos de herramientas necesarias para la mejora de su vida personal y la de la comunidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras el análisis de todos estos datos, queremos poner de manifiesto que a pesar de la importancia de la transversalidad en las áreas y del valor de estos temas para el desarrollo personal e integral del alumno, existe un cierto déficit de conocimientos y habilidades respecto a algunos temas de EPS en los profesores que imparten estas materias. La calidad de las clases de EPS es bastante reducida y los temarios y metodología poco adecuados.

Tanto alumnos como profesores consideran necesario una asignatura específica de educación sanitaria, así como consideramos y ellos también lo admiten, que el profesorado no se encuentra preparado para impartir algunas de estas materias recomendadas en la Tabla I.

Existe una perjudicial influencia en los conocimientos y actitudes transmitidos por los profesores de sus experiencias personales, sus convicciones religiosas o incluso conocimientos equivocados.

Los métodos de enseñanza que colocan al estudiante en una situación activa de aprendizaje tienen más probabilidad de ser eficaces que los que no lo hacen (8). Y en este sentido, la confianza del alumno en el educador es uno de los factores más efectivos en la modificación de las actitudes y conductas ya que la confianza en la fuente de información, refuerza los efectos producidos por la información, y que por eso los profesores son los que deben realizar esta tarea. Pero ponemos en duda, según hemos puesto de manifiesto anteriormente, que tengan los conocimientos técnicos suficientes sobre la salud para llevarlo a cabo de manera eficaz, ya que esta materia se renueva muy rápidamente y la evolución teórica sobre conceptos como drogas, educación afectivo-sexual, SIDA, etc...cambian día a día. Por tanto habría que determinar una red institucional que forme continuamente a estos profesores en conceptos y metodología relativa a estas materias de EPS. La existencia de mayor información y mayor cantidad de educación, no significa unos mayores conocimientos y tampoco la modificación de actitudes. Por ello la EPS debe comenzar lo más tempranamente posible, por supuesto con una cuidada adecuación

de los contenidos a la edad. Con una metodología didáctica de calidad y participativa, seminarios, trabajos de grupo, talleres, etc, con evaluaciones de lo asimilado. Planificación de los contenidos, entrenamiento de los profesores y promoción la vinculación entre escuela, padres y sanitarios. Estos Programas formativos y educativos, deberán ir acompañados con su correspondiente evaluación, capaces de transmitir actitudes positivas que se transformen en comportamientos saludables.

Hay discrepancia entre quien debe diseñar los contenidos y quien debe impartirlos (3,9,10) padres, sanitarios y escuela. Lo primordial es que los contenidos de los programas sean adecuados, creemos que los profesionales de la salud deben trabajar conjuntamente con los docentes. Los padres deben ser informados de estos contenidos y tratar de lograr su participación activa en parte de las actividades formativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Galán, R, et al. Perfil socio cultural de la primera relación sexual en mujeres. *Enfermería Científica* 2000 jul-agost; 220-221: 30-33.
2. Fernández L, Bustos L, et al. Beliefs, attitudes and knowledge about sex education. *Rev Med Chil* 2000 Jun; 128 (6): 574-83.
3. Montenegro H. Sex education of children and adolescent. *Rev Med Chil* 2000 Jun; 128 (6): 571-3.
4. Saito MI. Sex education in school: preventing unwanted pregnancy in adolescents. *Int J Gynaecol Obstet* 1998 Dec; 63 Suppl 1: 157-60.
5. Gómez-Galán R, Garrido González J, López Gómez MJ. Manual sobre la investigación de los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes: una experiencia de campo. Badajoz: Excma. Diputación Provincial; 2002.
6. Amezcua Viedma C, Jiménez Lara A, et al. Evaluación de programas sociales. Madrid: Díaz de Santos; 1996.
7. Prochazka I, Brzek A, et al. Attitudes toward condoms and experience with their use among sex education teachers. *Cas Lek Cesk* 1998 aug 24;137(16):493-5.
8. Miller, G.E. Educación terapéutica en diabetes. *FEAED* 2002; 2: 27-35.

9. Donati S, Medda E, et al. Sex education in secondary schools: an italian experience. *J Adolesc Health* 2000 Apr; 26 (4): 303-8.
10. Measor L, Tiffin C, et al. Health professionals and the sex education of adolescents. *Nurs Time* 1999 May-Jun 1; 95 (21): 48-51.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Angera, M. T. Metodología de la observación en las ciencias humanas. Madrid: Cátedra; 1978.
- Arnau, J., Angera, M. T., y Gómez, J. Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento. Murcia: Universidad de Murcia; 1990.
- Barragán Medero, F. Educación sexual y reforma. *Investigación en la escuela* 1991; 14: 91-97.
- Delbecq, A.L. y cols. A guide to nominal groupe and delphi processes. Illinois: Foresman & company; 1975.
- Fernández-Ballesteros, R. Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Pirámide; 1994.
- Green. R. Sexualidad humana: conceptos médicos básicos. México: Interamericana; 1985.
- Nieda, J. Educación para la salud. Madrid: Ministerio de educación y ciencia. 1999.
- Pineault, R., Daveluy, V. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson S. A.; 1989.
- Rice, S. A. Methods in social science. Chicago: University of Chicago Press; 1931.

TABLA 1. MATERIAS PRIORITARIAS

Seguridad, prevención de accidentes y primeros auxilios.
Educación vial (tema transversal específico).
Cuidados personales: higiene y salud.
Alimentación saludable.
Uso de medicamentos y prevención de drogodependencias.
Prevención y control de enfermedades.
Relaciones humanas. Salud mental. Afectividad y sexualidad.
Los servicios sanitarios y la petición de ayuda.
Medio ambiente y salud.

TABLA 2. LA ESCUELA PROMOTORA DE SALUD (según Young y Williams)

Considera todos los aspectos de la vida del centro educativo y sus relaciones con la comunidad.
Se basa en un modelo de salud que incluye la interacción de los aspectos físicos, mentales, sociales y ambientales.
Se centra en la participación activa de los alumnos, con una serie de métodos variados para desarrollar destreza.
Reconoce una amplia gama de influencias sobre la salud de los alumnos e intenta tomar en consideración sus actitudes, valores y creencias.
Reconoce que muchas destrezas y procesos básicos son comunes a todos los temas de salud y que éstos deberían programarse como parte del currículo.
Considera que el desarrollo de la autoestima y de la autonomía personal son fundamentales para la promoción de una buena salud.
Da gran importancia a la estética del entorno físico del centro, así como al efecto psicológico directo que tiene sobre profesores, personal no docente y alumnos.
Considera la promoción de la salud en la escuela como algo muy importante para todas las personas que en ella conviven.
Reconoce el papel ejemplarizante de los profesores.
Sabe que el apoyo y la cooperación de los padres es esencial para una escuela promotora de salud
Tiene una visión amplia de los servicios de salud escolar, que incluye la prevención y los exámenes de salud, pero también la participación activa en el desarrollo del currículo de EPS. Además, da a los alumnos la posibilidad de hacerse más conscientes como consumidores de servicios médicos.

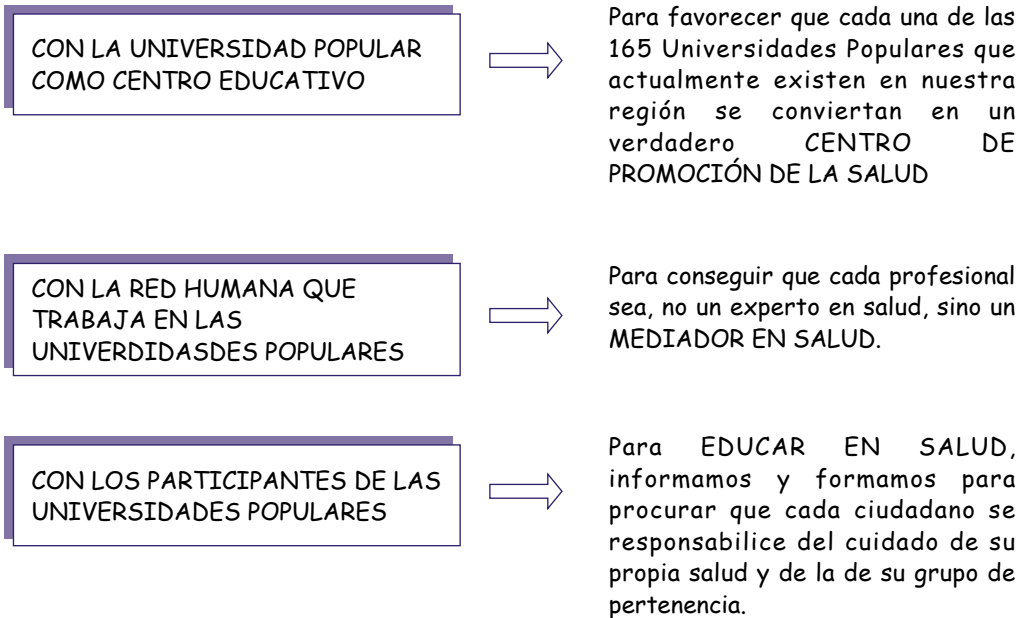
**COMUNICACIONES
COMUNES A TODAS LAS MESAS**

“El Compromiso Social de una Red Estratégica de Intervención Regional en Educación para la Salud”

AUPEX Y COLECTIVOS DE UNIVERSIDADES POPULARES

Desde la **Red de Universidades Populares de Extremadura**, estamos interviniendo en este campo, en estrecha cooperación con la **Consejería de Sanidad y Consumo**, desde el año 1998 a través del **Programa de Educación Para la Salud en las Universidades Populares**, desde el que perseguimos el objetivo de favorecer la adquisición de una cultura de salud en la población extremeña.

Para ello, trabajamos desde una metodología de intervención a tres niveles:



Así, sobre este marco operativo, y con esta intervención lógica, contamos con, y ponemos a disposición:

- Una **RED EDUCATIVA GLOBAL Y REGIONAL**, con implantación en 165 municipios de Extremadura.

- Un **EQUIPO DE PROFESIONALES**, responsabilizados y preocupados por la formación integral de las personas.
- Y un amplio **COLECTIVO SOCIAL** con el que trabajar y compartir la responsabilidad de conseguir de nuestra región una comunidad saludable.

Desde el año que iniciamos nuestra intervención hasta ahora, hemos ido avanzando hacia un proceso de consolidación y perfeccionamiento metodológico, hemos logrado aumentar nuestro ámbito de cobertura, siendo cada vez mayor el número de Universidades Populares que trabajan la Educación Para la Salud, y por tanto, cada vez mayor el número de ciudadanos que recibe información y formación sobre cuestiones relacionadas con la salud.

Sin embargo, el compromiso social que nos vincula y la responsabilidad asumida en este campo nos hace revisar continuamente nuestra intervención, y analizar el actual sistema de Educación Para la Salud en nuestra comunidad autónoma. Así, identificamos debilidades y carencias en el mismo, y como alternativa visualizamos posibilidades de cambio que deben tender hacia oportunidades de acción.

Identificamos debilidades y carencias en nuestra intervención que fundamentalmente están a tenor de la temporalidad de los programas: la falta de continuidad, hace que a veces se desarrollen intervenciones puntuales que no nos permiten pensar en estrategias de intervenciones a largo plazo.

En definitiva, en base a la experiencia acumulada, y a la reflexión común llevada a cabo, proponemos una estrategia de Educación Para la Salud que responda a criterios de:

- Rentabilidad social y
- Eficacia en resultados.

Y por supuesto, pensamos que en la definición de esta estrategia debemos partir de un hecho evidente, y es que refiriéndonos a educación, encontramos:

- Educación formal y
- Educación no formal

En el primero de los casos, hablamos de población escolarizada, de centros educativos que contemplan en sus currículos formativos la Educación Para la Salud como materia transversal.

Sin embargo, no debemos olvidar que existe un amplio sector de población (personas adultas no escolarizadas) que no reciben información ni formación sobre cuestiones relacionadas con la salud. Este debe ser un colectivo prioritario a atender, debemos buscar sus foros de participación para desde aquí, trabajar con ellos.

Pensamos que ya es hora de hablar de **PLANES INTEGRALES A NIVEL REGIONAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

- Planes que se sustenten en **tres pilares básicos**:
 - La Educación, para informar y formar.
 - La participación ciudadana, para lograr la corresponsabilidad de todos y cada uno de nosotros en el cuidado de nuestra propia salud y de la de nuestro grupo de pertenencia.
 - La coordinación de agentes, para sumar esfuerzos y lograr mayor eficacia.
- Planes que busquen **rentabilizar recursos**, que se sustenten y puedan hacerse operativos a través de redes con implantación a nivel regional.
- Planes que permitan la **creación de estructuras y metodologías permanentes** que a largo plazo se consoliden en el tiempo.
- Planes que identifiquen **líneas de financiamiento** que permitan el desarrollo de **intervenciones globales**, y no de proyectos que se conviertan en una acumulación de acciones que a veces es imposible sumar.

En conclusión, proponemos construir una **estrategia de Educación Para la Salud** que en su definición conceptual contemple:

- **Una intervención local, con base municipal, pero con visión global de carácter regional.**
- **Una confianza en firme por las redes educativas ya existentes comprometidas por mejorar la calidad de vida de la sociedad extremeña.**
- **Una metodología común y compartida.**
- **Y una línea clara de financiación que evite dispersión en la acción y permita la coordinación y unión de esfuerzos.**
- **Una imprescindible continuidad en la intervención, buscando fórmulas estables que garanticen la acción permanente.**

“Sistema de Información en Promoción y Educación para la Salud” (SIPES)

MANUEL JESÚS ARRABAL FEIXAS

*Dirección General de Salud Pública de
la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura*

¿QUÉ ES SIPES?

SIPES es un proyecto cuyo promotor es la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología bajo la dirección técnica de la Subdirección General de Tecnologías de la Información, ambas del Ministerio de Sanidad y Consumo.

SIPES tiene como finalidad facilitar la cooperación e intercambio de información entre las diferentes administraciones, organizaciones, usuarios, colectivos y entidades sociales que trabajan en temas relacionados con la Promoción y Educación para la Salud.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Objeto

- Intercambiar información y experiencias.
- Facilitar la gestión de las iniciativas, mejorando la toma de decisiones en promoción de la salud.
- Proporcionar información cualificada en promoción de la salud a centros y profesionales.
- Mejorar la calidad y accesibilidad de la información sobre salud dirigida a la población general, usuarios, colectivos y entidades sanitarias y sociales.

¿Por qué surge la necesidad de creación de SIPES?

- Existe una fuerte **necesidad** de compartir información actualizada en tiempo real.
- La información se origina en **puntos geográficos distantes**.

- Actividades estructuradas según tareas tipificables, por lo que puede construirse un sistema único e integrado, con concepción de repositorio (Reingeniería de Procesos).
- Actividades que pueden soportarse con una **capa de seguridad** que implica acreditación personal mediante certificación electrónica.
- El sistema debe **favorecer el acceso al ciudadano**, en consonancia con lo dispuesto en los planes oficiales de Ventanilla Única y Simplificación Administrativa.

Requisitos para satisfacer las necesidades anteriores

- **Orientación a proceso:** deberá tratarse la problemática global en el manejo de la información sobre la promoción de la salud, y no partes o elementos de la misma.
- **Captura en origen** del dato, tan pronto y tan cerca del lugar donde se produce (tecnología web) y sobre puntos geográficos distantes, sin intermediación ni cambio de soporte que rebaje su calidad.
- **Descentralización de gestión:** permitirá la carga, búsqueda y recuperación de información desde cualquier punto de la red. Trabajo en tiempo real.
- **Centralización en la definición de la información:** administrarán con criterios unificados, en beneficio de la normalización y utilización masiva por los miembros del sistema. Modelización estricta.
- **Respeto a las peculiaridades organizativas:** contiene herramienta de Administración que permita asignar privilegios de acceso de acuerdo con las competencias en sanidad de las CCAA.

“Tipos de accesos”

- Restringido a profesionales: acceden usuarios profesionales. El usuario tiene que estar certificado y registrado en el sistema.
- Abierto a ciudadanos: acceden usuarios públicos “Ciudadano”. El usuario no necesita estar registrado ni certificado en el sistema.

Entornos o Áreas de trabajo

- 1.- DIRECTORIO.
- 2.- ACCIONES.
- 3.- FORMACIÓN.
- 4.- PUBLICACIONES Y DOCUMENTACIÓN.
- 5.- COMUNICACIÓN.

1.- ENTORNO DIRECTORIO

Contiene datos de identificación de todos aquellos recursos humanos y estructuras organizativas que puedan facilitar el trabajo de la promoción de la salud por la siguientes razones: 1) Finalidad en sí misma, 2) Utilidad de sus productos, 3) Elaboren políticas, reglamentaciones e incentivos, 4) Promuevan la colaboración y formación y 5) Intercambien información entre las distintas entidades y personas.

Abarca dos subentornos:

- Entidades: Información relativa a Entidades, que promueven acciones de promoción y educación para la salud.
- Personas: Información relativa a Personas, que están implicadas en alguna acción de Promoción de la Salud y por lo tanto son usuarios del sistema.

2.- ENTORNO “ACCIONES”

En este entorno se registran las intervenciones directamente relacionadas con la promoción de la salud o la vertiente de promoción de la salud de otras intervenciones de Salud Pública o de sectores distintos al sanitario con los diferentes epígrafes:

Acción:

- Identificación.
- Financiación.
- Materiales utilizados y materiales producidos.

Actividad:

- Descripción (Objetivo, estrategia, escenario, marco modelo teórico, justificación, tareas desarrolladas, grupos de población, etc.).
- Ubicación territorial (CCAA., provincia, municipio, unidad territorial sanitaria o UTS, etc.)
- Evaluación de la actividad.

3.- ENTORNO “FORMACIÓN”

Dirigida a profesionales relacionados con la promoción de la salud, siempre que la formación sea la única finalidad de la acción. Contiene datos de:

- Identificación.

- Fundamentales (objetivo, contenido, destinatario, profesorado, tipo de formación, etc.).
- Prácticos (fechas inicio/fin, horas lectivas, horarios, idioma, gratuidad, etc.).
- Localidad (CCAA., provincia, municipio, etc.).

4.- ENTORNO “PUBLICACIONES Y DOCUMENTACIÓN”

Reside la información referente a las publicaciones y documentación que existen en los distintos Centros Documentales de Promoción de la Salud y que forman parte del **Catálogo Colectivo de SIPES**.

Se basará en la Base de Datos SARES del Gobierno de Aragón de la cual se realizará una carga básica inicial.

Aportará a los profesionales y colectivos interesados en la materia soporte documental e informativo puntual mediante referencias catalográficas y descarga de sus documentos primarios, así como productos documentales propios para su difusión selectiva.

5.- ENTORNO “COMUNICACIÓN”

Proporciona herramientas específicas de comunicación a través de un simple navegador, pues no requiere la previa instalación ni utilización de software cliente por estar embebidas en la propia aplicación.

Las funcionalidades que proporciona son:

- Correo Interno.
- Listas de Distribución.
- Foros de Debate.
- Charla o Chat.
- Tablón de Anuncios.
- Enlaces a Direcciones de Internet.

TIPOS DE USUARIOS

NIVEL DE INFORMACIÓN	TIPOS DE USUARIOS	CARACTERÍSTICAS
Nivel Estatal	Usuarios Estatales (UE)	Todos los usuarios registrados en el sistema estarán asignados a este nivel.
Nivel Ministerial	Administrador Aplicación (AAP)	Único Administrador de la aplicación.
	Usuarios Ministeriales (UM)	Entrada de datos de nivel ministerial.
Nivel Autonómico	Administrado Autonómico (AAu)	Un Administrador por Comunidad Autónoma.
	Usuarios Autonómicos (AAu)	Entrada de datos de nivel Autonómico.
Nivel Básico	Usuarios Básicos (UB)	Entrada de datos de nivel básico, ámbito de información de nivel Autonómico.

NECESIDADES PARA EL LANZAMIENTO

1.- Nombramiento de un RESPONSABLE SIPES por CCAA.

Funciones regulares:

- Administrador Autonómico.
- Evaluación de solicitudes.
- Promoción del sistema.
- Formación de nuevos usuarios.
- Vigilancia de la calidad y análisis de datos.
- Definición de procedimientos.
- Interlocutor con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

- 2.- Creación de un COMITÉ TÉCNICO SIPES, formado por los 19 RESPONSABLES AUTONÓMICOS y el Ministerio de Sanidad y Consumo, donde se coordinarán las tareas antes descritas.**



“El Rally de Aventura, una propuesta educativa en Educación Física”

AMARILLA PÉREZ, J.C.*; GARCÍA CIRIERO, R.**

**Maestro Especialista en Educación Física. Centro de Profesores y Recursos de Cáceres*

***Licenciado en Ciencias del Deporte. Centro de Profesores y Recursos de Cáceres*

PRESENTACIÓN

El Seminario del Educación Física del CPR de Cáceres organiza esta comunicación con el propósito de fomentar el conocimiento y disfrute de nuestro casco urbano, Patrimonio de la Humanidad, mediante la realización de actividades saludables que favorezcan y complementen el desarrollo integral del alumnado, al igual que proponer otras formas de trabajo de los diferentes contenidos de educación física.

La actividad gira en torno a la realización de un ***“Rally de Aventura”***, en la zona monumental de nuestra ciudad, en el que incluiremos contenidos de Condición física y salud y de orientación al igual que se tratarán contenidos transversales de Educación Ambiental, Educación Vial, Educación para la Paz, Educación en Valores, etc.

JUSTIFICACIÓN

Como todos sabemos, Cáceres goza de uno de los conjuntos históricos más importantes dentro de los denominados “Patrimonio de la Humanidad”. A pesar de ello, pensamos que son pocos los alumnos que realmente conocen nuestra “Parte Antigua” tal y como merece ser conocida.

Actualmente, su entorno monumental está haciendo frente, a una demanda social no saludable, causando fuertes alteraciones en su conjunto artístico e inmobiliario urbano, como es el famoso movimiento del ***“botellón”***. Esta demanda social, hace que a Cáceres monumental se le dé un uso indebido, ubicando a un gran número de jóvenes con estos hábitos nocivos para la salud, acompañado de comportamientos evadidos de toda responsabilidad y respeto hacia el casco urbano y sus habitantes.

Este movimiento hizo que planteásemos una alternativa saludable, motivadora e innovadora, desde nuestro Seminario, dirigida a los alumnos de Secundaria y Bachillerato, de los centros educativos de nuestra ciudad buscando otros modos de diversión fuera de los cánones habituales de turismo y fomentando los hábitos saludable y conductas sociales.

Lo que nosotros proponemos es una forma sencilla de conocer el entorno que nos rodea mediante una actividad educativa y a la vez lúdica: “Rally de Aventura”.

Aunque el conocimiento de tan fascinante entorno es ya de por sí un reclamo suficientemente atractivo, nuestra propuesta pretende además desarrollar capacidades individuales y colectivas tan importantes como son las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo, el sentido de la orientación o la toma de decisiones, y concienciar a los jóvenes de que el ejercicio físico es importante para su salud y que es mejorable con actividades motivadoras como esta.

Todo esto teniendo en cuenta que nos movemos en un recinto en el cual se mezclan siglos y siglos de historia, y que aprender a respetar el entorno y disfrutar como auténticos privilegiados de las múltiples posibilidades que nos ofrece, es aprender a respetar nuestra propia cultura.

OBJETIVOS

- Fomentar las relaciones interpersonales y el espíritu de superación de nuestros alumnos, con otros alumnos y con los profesores participantes.
- Conocer la historia, cultura y arquitectura de la ciudad monumental, Patrimonio de la Humanidad. Aprender los nombres de los palacios más destacados y sus funciones, de forma novedosa y divertida y con una familiarización lúdica con el entorno urbano.
- Desarrollar el sentido de la orientación, la capacidad de toma de decisiones y de diálogo.
- Valorar, respetar y cuidar el medio ambiente.
- Promover hábitos saludables en nuestros alumnos y diferentes formas de trabajar los contenidos de educación física.

METODOLOGÍA

Siguiendo las líneas de actuación de nuestro Seminario, la metodología será participativa y dinámica, de forma que evite la desmotivación y ayude a la reflexión, al análisis y a la búsqueda de alternativas. La participación de todos los miembros del grupo a través del debate, la discusión, el trabajo en equipo, el intercambio de conocimientos y puntos de vista,..., todo ello favorece, sin duda, el proceso de aprendizaje y el cambio de actitudes presentes en nuestros objetivos generales.

Cualquier método de trabajo tendrá en cuenta los siguientes criterios psicopedagógicos:

- Partir de los intereses y las capacidades del grupo, así como de sus conocimientos previos sobre el tema.
- Procurar que los contenidos y las actividades sean adecuadas a su nivel de desarrollo evolutivo.
- Adaptarse a las características específicas del grupo, modificando las estrategias de intervención cuando la situación lo exija.

En definitiva, lo que pretendemos es que los alumnos, vivencien y experimenten al máximo todas las actividades para poder comprender mejor todos los objetivos propuestos y comprueben que, realmente, la calle puede ser un entorno saludable y educativo para las actuales generaciones y las futuras, y que no sólo sirve para realizar el tan famoso “botellón”, o pasear por ellas sin más fin que ese.

Queremos, sobre todo, que los chavales adquieran un bagaje a través de la experiencia, gracias al trabajo en equipo, tanto con los compañeros como con los profesores, gracias a la participación de otras áreas, a la búsqueda de información, al contacto directo con las actividades elegidas, los sucesos y descubrimientos a los que asisten. Esta línea metodológica es la que queremos que nuestros participantes adquieran para futuras actuaciones, no sólo en esta asignatura, sino en el resto de materias, y sobre todo les sirva para la vida diaria, para adquirir hábitos saludables y saber respetar el entorno que nos rodea y a las personas que lo transitan.

DESCRIPCIÓN DE LAS PRUEBAS DEL “RALLY DE AVENTURA”

Nuestro trabajo se basa en la realización de tres pruebas, las cuales trabajarán diferentes contenidos dentro del ámbito de la educación física, que al mismo tiempo puede implicar a las diferentes áreas y conjugar un trabajo en equipo, para que el

bagaje de experiencias sea lo más amplia posible. Todo ello con el fin de que los chavales puedan salir del centro y utilizar otros entornos, sobre todo los utilizados para el ocio nocturno y comprender que los mismos son lugares tan educativos como las propias aulas o el gimnasio del centro. Al mismo tiempo, con estas actividades queremos fomentar el aprendizaje de nuevos contenidos e intentar desarrollar hábitos saludables mediante los mismos dando otra vertiente a la forma tradicional de trabajar la condición física y la salud y las actividades en el medio natural.

Las pruebas que se realizarán serán las siguientes:

1ª PRUEBA.- Cross de Orientación Urbana.

Consistirá en un recorrido por diferentes calles de la ciudad Monumental y alrededores. Los participantes se tendrán que fijar en diferentes aspectos del entorno urbano.

2ª PRUEBA.- Rally Fotográfico en la Ciudad Monumental.

Se trata de un itinerario, que facilitaremos a los participantes, con fotografías sesgadas de la ciudad monumental, teniendo que localizar las mismas, basándose principalmente en su orientación.

3ª PRUEBA.- Rastreo en la Ciudad Monumental.

Consiste en localizar unas balizas señaladas en un plano, a las cuales se llegará por medio de un Rastreo.

Estas se desarrollarán durante un día, elegido por el Seminario y previa consulta a los centros educativos.

Los centros traerán los equipos ya preparados para comenzar la actividad. Estos no superarán los cinco participantes por equipo. Podrá ser una clase completa o por el contrario una selección de los diferentes cursos.

Una vez en el lugar, los chavales participarán con los alumnos de otros centros, fomentando así las relaciones sociales con otros centros.

CONCLUSIONES

Para concluir esta comunicación podemos afirmar lo siguiente:

- El utilizar otras formas de trabajo de los diferentes contenidos de educación física y darlos a conocer fuera del aula, es una forma de promover hábitos saludables más motivantes e interesante para los chavales, tan válida como las clases normales.
- La utilización del mismo entorno del “botellón”, es decir, zona monumental de la Ciudad de Cáceres para la realización de estas actividades, viendo la posibilidad de ofrecer una alternativa al entorno como zona de diversión y ocio, y además conociendo de una forma indirecta el Patrimonio-Artístico Monumental de la Ciudad, a través de un Rally de Aventura.
- Durante el desarrollo de esta actividad, la utilización de los diferentes valores Educativos-Sociales, desarrollados en estas actividades de manera implícita, como por ejemplo (Relaciones de cooperación, solidaridad, afectivas, tolerancia, etc...), son más patentes, pues sin estos la consecución y el objetivo final del Rally son imposibles.

Nuestro objetivo no es sólo que conozcan nuevas formas de trabajo, miramos más a largo plazo, y que ellos mismos sean conscientes de la problemática particular y social que conlleva una forma tan pasiva de divertimento, que se impliquen en sus formas de Ocio buscando nuevas y más saludables alternativas.

“www.cuandotepasasniteenteras.com”

GUTIÉRREZ CALDERÓN, A.; LÓPEZ GÓMEZ, P.
A.M.A.T. (Asociación Miajadeña de Ayuda al Toxicómano).

DESCRIPCIÓN

Situación anterior al desarrollo de la actuación: falta de existencia de un modelo de prevención en la población dombenitense tras la creación del Plan Municipal de Drogodependencias.

Actuación (objetivos, contenidos, metodología, estrategias, actividades): la campaña de concienciación, realizada en Don Benito para el programa “Pacto por la Noche” presenta unas connotaciones particulares, teniendo en cuenta la prevención del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes escolares.

La idea básica, a la hora de diseñar esta campaña, es difundir el mensaje CUANDO TE PASAS, PIERDES EL CONTROL SIN HABER PERCIBIDO EL RIESGO.

La aplicación de esta campaña en el contexto educativo, y dentro del aprendizaje para tomar decisiones, trata de resaltar la importancia de que las elecciones o decisiones se asienten en procesos conscientes, obedeciendo a propósitos personales, y no como fruto de reacciones impulsivas y poco meditadas.

www.cuandotepasasniteenteras.com ha sido un instrumento creado para dar respuesta a una serie de necesidades de la comunidad educativa:

- Para afrontar un problema que nos preocupa.
- Para hacer de la prevención nuestra mejor estrategia.
- Para que la escuela sea el ámbito privilegiado de la prevención.
- Para que la familia y la comunidad asuman su responsabilidad.

Explicar por qué esta campaña se ha diseñado tal y como se presenta y por qué incluye unas actividades y no otras es una tarea compleja que implica necesariamente una reflexión teórica acerca de los fundamentos del consumo de drogas como forma

de conducta humana. Vamos a limitar la fundamentación teórica de esta campaña a algunos de los planteamientos teóricos que han resultado especialmente exitosos para explicar el consumo de drogas y la influencia que sobre esta conducta ejercen los diferentes factores de riesgo y protección: *Teoría de la conducta problema* (Jessor y Jessor, 1977), la cual ha sido aplicada con éxito a la explicación del consumo de drogas y a la determinación de los diferentes factores de riesgo y de protección implicados en esta conducta. La *Teoría de la Acción Razonada* (Ajzen y Fishbein, 1980), ha sido ampliamente utilizada para la interpretación del consumo de drogas y ha permitido el diseño de intervenciones efectivas. Así mismo se han tenido en cuenta las aportaciones del *Modelo Comprensivo del Consumo de Drogas* (Becoña, 1999).

OBJETIVOS

Generales:

- Hacer reflexionar a adolescentes y jóvenes sobre la toma de sus decisiones.
- Sensibilizar y movilizar a una población de jóvenes y adultos para generar una cultura de rechazo a las drogas o, al menos, un consumo responsable de las mismas, especialmente alcohol y tabaco.
- Aumentar la percepción sobre el riesgo del consumo de alcohol y otras drogas en jóvenes y adolescentes escolarizados entre 1º de ESO y 2º de Bachillerato, interviniendo en las variables relacionadas con los factores de riesgo más vinculados al consumo de drogas, tales como: actitudes hacia el consumo de drogas, actitudes hacia la salud, autocontrol y habilidades para la toma de decisiones.

Específicos:

- Aumentar la percepción del riesgo, en cuanto a la creencia de que el uso de sustancias no perjudica la salud en jóvenes y adolescentes escolarizados.
- Aumentar la percepción del riesgo en cuanto a la creencia de que el uso de sustancias no genera dependencia en jóvenes y adolescentes escolarizados.
- Aumentar la percepción del riesgo en cuanto a la creencia de que el uso de sustancias lo impone la presión social en jóvenes y adolescentes escolarizados.
- Aumentar la percepción del riesgo en cuanto a la tolerancia al consumo en jóvenes y adolescentes.
- Aumentar la percepción del riesgo en cuanto a la creencia de que el uso de sustancias no afecta a los estudios en jóvenes y adolescentes escolarizados.

Objetivos operativos:

- Durante el curso escolar 2001-2002 se habrá realizado una campaña de sensibilización “cuandotepasasniteenteras.com” en la localidad de Don Benito.
- Durante el curso escolar 2001-2002 habrán participado de dicha campaña al menos 4000 alumnos de entre 1º de ESO, 2º de Bachillerato y ciclos formativos repartidos por los distintos centros escolares de la localidad objeto de intervención.
- Durante el curso escolar 2001-2002 habremos dirigido una campaña de sensibilización a una población de más de 20.000 habitantes, llegando al menos a 7.000 habitantes integrados en la comunidad escolar.
- Durante el curso escolar 2001-2002 habrán participado al menos 50 responsables de la educación escolar (profesores, coordinadores), conjuntamente con los padres de alumnos y los responsables técnicos de esta campaña, con el fin de establecer los mecanismos necesarios para poder realizar una intervención preventiva de calidad.
- Durante el curso escolar 2001-2002 habrán participado al menos 15.000 personas integradas en la comunidad dombenitense.
- Implicar al 100% de los padres de los alumnos destinatarios en el desarrollo de la campaña.
- Implicar al 25% de los padres de los alumnos destinatarios en actividades preventivas como miembros de la comunidad escolar.
- Implicar al 100% de los miembros de los centros escolares (profesores, dirección, orientadores) de los alumnos destinatarios en la campaña como miembros de la comunidad escolar.
- Implicar al 20% de los miembros de los centros escolares (profesores, dirección, orientadores) de los alumnos destinatarios en otras actividades de prevención como miembros de la comunidad escolar.

POBLACIÓN DESTINATARIA

- Este proyecto tiene como población diana a todos los jóvenes y adolescentes de la localidad de Don Benito de edades entre los 14-18 años, escolarizados en cualquiera de los formatos educativos que se contemplan en nuestra Comunidad, desde la enseñanza reglada a la enseñanza no reglada (Universidad Popular, centros escolares, centros juveniles, escuelas taller), así como a sus educadores (profesores y padres).

- Población general integrada en entidades que dan cuerpo a la comunidad: padres, profesores, responsables de salud, de cultura, de drogodependencia, etc.

METODOLOGÍA

La campaña se presenta como un programa de prevención subdividido en varios proyectos:

- Por un lado, un proyecto de Sensibilización e Información traducido en la difusión de la campaña “cuandotepasasniteenteras.com” a través de cartelería, guías informativas y página web.
- Un proyecto de Estudio y Diagnóstico de las actitudes de los jóvenes escolarizados ante el consumo de alcohol y otras drogas.
- Por otro lado, un proyecto de Intervención Preventiva en el ámbito escolar, orientado a impulsar la reflexión y el debate de jóvenes y adolescentes en torno al consumo de sustancias.

ACTIVIDADES

Las actividades que se proponen para cada proyecto han sido creadas para trabajar preferentemente las variables contempladas como objetivo en el presente programa. Los elementos que se contemplan para el desarrollo de esta campaña son los siguientes:

- Campaña de presentación cuandotepasasniteenteras.com
- Página web, cuandotepasasniteenteras.com
- Estudio sobre actitudes de adolescentes y jóvenes acerca del consumo de alcohol y otras drogas.
- Exposición ¿De qué van los jóvenes?, ¿De qué van las drogas?
- Soporte multimedia en formato CD-Rom “Maneras de Vivir”.
- Guía para el debate, dirigida a educadores.
- Guía de adolescentes y/o jóvenes.
- Información a la familia: Guía de la familia, “¿Cómo disfrutar educando a tus hijos?”.

- Trabajo de debate y reflexión mediante el soporte documental: Folleto de toma de decisiones: “Si tú eliges, nadie decide por ti”.
- Formación al profesorado en estrategias de prevención y manejo de herramientas para la ejecución de debates.
- Debate del ámbito escolar y la población comunitaria en torno la tema del consumo de alcohol en la población juvenil.

DESARROLLO OPERATIVO DE LA CAMPAÑA

- Fase I: Presentación de la Campaña.
- Fase II: Desarrollo práctico de la Campaña.
- Fase III: Ejecución de la actividad.
- Fase IV: Evaluación e informe.

Situación posterior al desarrollo de la actuación:

Todos sabemos que la tarea de realizar prevención no es algo fácil, se observa que existe un avance significativo pero no decisivo en relación al papel de protagonismo que esta debe jugar.

Ante esta situación de cambio se ha desarrollado la campaña cuando tepasasnite-enteras.com, provocando en la población dombenitense el planteamiento de una nueva política de prevención, que ha pasado de la teoría de que todo es bueno al convencimiento de que sólo es bueno lo que garantiza unos mínimos de calidad basado en criterios objetivos, que aseguren que la intervención propuesta guarda relación con los resultados deseados, expresados siempre a través de un proceso de evaluación.

Esta nueva política de prevención presenta las siguientes características:

- La existencia de un organismo gestor de la prevención. La Comisión Municipal de Drogodependencias, que avanza en una doble dirección, dando un mayor protagonismo a los sectores implicados y dotando de recursos económicos y humanos al Plan Municipal de Drogas de Don Benito.
- Se definen criterios mínimos de prevención para todos los agentes y sectores implicados en el Plan Municipal de Drogas.
- Se ha realizado un estudio que nos ha permitido conocer las actitudes de los jóvenes hacia determinados factores de riesgo y con ello definir claras líneas de actuación.

- Se decide realizar un amplio estudio que nos lleve a conocer además los datos de consumo de los jóvenes y adolescentes, así como la opinión de profesores y padres.
- Se decide que todos los programas preventivos dirijan sus estrategias a mejorar los factores de protección y reducir los factores de riesgo.
- Se recomienda que todos los programas deben tener un marcado carácter integral, teniendo en cuenta a los jóvenes, padres/madres, profesores, grupos de iguales y entorno comunitario.
- La formación debe ser el eje referencial de toda intervención, dirigida por un lado a responsables institucionales y por otro a personas y/o agentes implicados directamente en el diseño, elaboración y ejecución de programas de prevención.

La experiencia tras el desarrollo de esta campaña nos ha demostrado que los jóvenes y adolescentes se implican más cuanto más participan en el diseño de actividades, así mismo, hemos observado que la utilización de herramientas novedosas como la metodología interactiva, asegura resultados mayores que los programas basados en la metodología tradicional.

Por otra parte, en lo referente al contexto educativo, la campaña ha supuesto la puesta en marcha de una formación específica al profesorado en el manejo de técnicas preventivas, así como en el diseño de programas para la prevención de conductas de riesgo, quedando plasmada en un Manual para el Profesor.

Una de las consecuencias más gratificantes ante el impacto de la campaña ha sido la demanda todos los centros escolares para la continuidad de dicha campaña en el próximo curso, en el marco de currículo escolar.

Así mismo la dirección de estos centros escolares requiere la puesta en marcha de otros programas preventivos que requieran una formación al profesorado para facilitar el trabajo en red a estos profesionales.

COSTE Y FINANCIACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Importe total de las inversiones: 15.025,30 €.

Financiación:

- Dirección General de Juventud (Junta de Extremadura).
- AMAT (Asociación Miajadeña de Ayuda al Toxicómano).

- ADAT (Asociación Dombenitense de Ayuda al Toxicómano).
- Cofinanciación Municipal: 25%.

INDICADORES BÁSICOS PARA DETERMINAR LAS BUENAS PRÁCTICAS

IMPACTO

Mejoras conseguidas en:

✓ ADOLESCENTES Y JÓVENES ESCOLARIZADOS

Evolución actitudinal

- 1.- Aumento de la percepción del riesgo en un 3,3% en cuanto a la creencia de que el uso de alcohol y otras sustancias no genera dependencia.
- 2.- Aumento de la percepción del riesgo en un 11,7% en cuanto a la creencia de que el uso de alcohol y otras sustancias no lo impone la presión social.
- 3.- Aumento de la percepción del riesgo en un 8,37% en cuanto a la creencia de que el uso de sustancias no es necesario para la integración social.
- 4.- Aumento de la percepción del riesgo en un 6,13% en cuanto a la tolerancia.
- 5.- Aumento de la percepción del riesgo en un 3,72% en cuanto a la creencia de que el uso de sustancias no afecta a los estudios.

Variables actitudinales modificadas:

- 6.- Actitud hacia la salud, situándose por debajo de la media de riesgo.
- 7.- Actitudes hacia el consumo de alcohol y otras drogas, disminuyendo la predisposición positiva hacia el consumo, a pesar de situarse por encima de la media de riesgo.
- 8.- Actitudes hacia el autocontrol, situándose por debajo de la media de riesgo.
- 9.- Habilidades para la toma de decisiones, situándose por debajo de la media de riesgo.

✓ PROFESORES

- 1.- Implicación del 90% de los miembros de los centros escolares (profesores, dirección, orientadores) de los alumnos destinatarios en la campaña como miembros de la comunidad escolar.

✓ PADRES Y MADRES

- 1.- Implicación del 100% de los padres de los alumnos en el desarrollo de la campaña.

COORDINACIÓN

Institución y tipo de ayuda prestada: AMAT (Asociación Miajadeña de Ayuda al Toxicómano) y el Instituto de Formación EXDUCERE han diseñado y puesto en marcha en colaboración con el Ayuntamiento de Don Benito y ADAT (Asociación Dombenitense de Ayuda al Toxicómano) la Campaña de Prevención denominada **www.cuandotepasasniteenteras.com** destinada a una población tan relevante en la localidad dombenitense como es la de adolescentes y jóvenes. Esta iniciativa se enmarca dentro del Programa “Pacto por la Noche” que la Dirección General de Juventud ha implantado en nuestra Comunidad Autónoma desde el año 2000.

SOSTENIBILIDAD

Cambios duraderos conseguidos

✓ CENTROS ESCOLARES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

- 1.- Inscripción de los centros escolares para participar en le desarrollo de la campaña durante el curso escolar 2002/2003.
- 2.- Inclusión de la campaña en la programación de centro del curso escolar 2002/2003.

✓ PROFESORES

- 1.- Implicación del 20% del profesorado en el desarrollo de programas preventivos a lo largo del curso escolar.

✓ PADRES Y MADRES

- 1.- Inclusión de un 25% de los padres en Programas de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Familiar, como miembros de la comunidad escolar.

FORTALECIMIENTO DE LA COMUNIDAD

Aspectos conseguidos en:

- 1.- Implicación de los responsables políticos del Ayuntamiento de Don Benito en la campaña.

- 2.- Implicación de los responsables de los distintos colectivos sociales que dan cuerpo a la comunidad (representantes de asociaciones que integran parte de la Comisión Municipal de Drogodependencias).
- 3.- Implicación de los responsables de la Comunidad Escolar (directores de los centros escolares, presidentes de AMPAS).
- 4.- Implicación de claustros de profesores, consejos escolares y profesores.

INNOVACIÓN Y POSIBILIDAD DE TRANSFERENCIA

Principales aspectos en cuanto a innovación y potencial de transferencia:

- Para transmitir en el contexto escolar un mensaje relacionado con el ámbito del autocontrol personal se ha ideado la elaboración de un cartel en el que aparece la imagen del logotipo “un diablillo” representando el perfil característico de un adolescente simpático, provocador, rebelde, irónico. En el cartel se muestra, así mismo, un mensaje actitudinal: **www.cuandotepasniteenteras.com** que responde a la dirección de la página web a la que pueden acceder para participar en una serie de actividades informativas, educacionales...etc., de forma interactiva.
- Las actividades educativas que complementan la campaña a través de acciones en la página web y en los centros escolares, presentan imágenes que son meras ejemplificaciones de las personas, aspectos y situaciones cotidianas en torno a las que un adolescente se desarrolla, haciéndolo reflexionar y debatir sobre los efectos nocivos del abuso de sustancias, potenciando su toma de decisiones.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Señalar los criterios básicos de intervenciones utilizados:

- 1.- Sensibilización e información.
- 2.- Estudio y diagnóstico.
- 3.- Intervención preventiva.

PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL

Señalar las diferentes áreas municipales implicadas en el desarrollo del programa:

- **Comisión Municipal de Drogodependencias:** Es el organismo marco en el que se ha integrado el desarrollo de la campaña. Esta comisión está formada por representantes de entidades específicas de drogodependencias, como son CEDES (Centro de Drogodependencia Extremeño), ADAT, AMAT, ALREX (Asociación de Alcohólicos Rehabilitados), la Concejalía de Juventud, la Concejalía de Servicios Sociales, la Concejalía de Cultura, así como un representante de cada partido político.

“Necesidades formativas del profesorado en Educación para la Salud en el Área de Cáceres”

GARCÍA ORTIZ, J. M.; LUENGO ROSA, M. A.;
VICENTE MIGUEL, G.; CANDELA NOGALES, J.

JUSTIFICACIÓN

- El Medio escolar es un lugar privilegiado de intervención en Educación para la Salud.
- Esto es así porque allí confluyen:
 - Alumnos en una fase especialmente receptiva a la adquisición de conocimientos y actitudes.
 - Profesionales de la educación con capacidad pedagógica.
- No obstante en la educación en valores y en EPS, se detectan carencias que deben ser cubiertas con una formación continuada adecuada a las necesidades.
- En este sentido, la FORMACIÓN DEL PROFESORADO es reconocida internacionalmente como un requisito indispensable.
- No obstante una Formación en Educación para la Salud debe entre otros requisitos, dar respuesta a las necesidades en salud en ese contexto demográfico o del nivel de enseñanza del profesional.
- Por este motivo, el presente trabajo pretende conocer cuales son las necesidades de los profesionales como elemento necesario a la hora de planificar programas formativos eficaces y efectivos.

INTRODUCCIÓN

- El presente estudio es un pilotaje limitado de una investigación que se está desarrollando en la CA.

- Se han seleccionado 12 centros educativos del Área de Cáceres.
- Los colegios se han seleccionado mediante un Muestreo por Conglomerados y dentro de estos por muestreo aleatorio simple con carácter proporcional.
- Se han barajado las variables de tipo demográfico, titularidad, y etapa de los mismos.

METODOLOGÍA

- Búsqueda de datos relativos a los Centros Educativos en Consejería de Educación.
- Codificación de los centros según las variables a estudiar:

1.- Ámbito demográfico:

ÁMBITO DEMOGRÁFICO	Nº DE HABITANTES
R (rural)	<1.000
MU (Medio Urbano)	1.000-10.000
U (Urbano)	>10.000

2.- Titularidad.

3.- Etapa.

4.- Ámbito geográfico:

- Utilización de un Cuestionario validado al profesorado.
- Los colegios se han seleccionado mediante un Muestreo por Conglomerados con asignación aleatoria proporcional. Los datos se han procesado con el Programa Estadístico “M.A.S”.

TEMAS A VALORAR

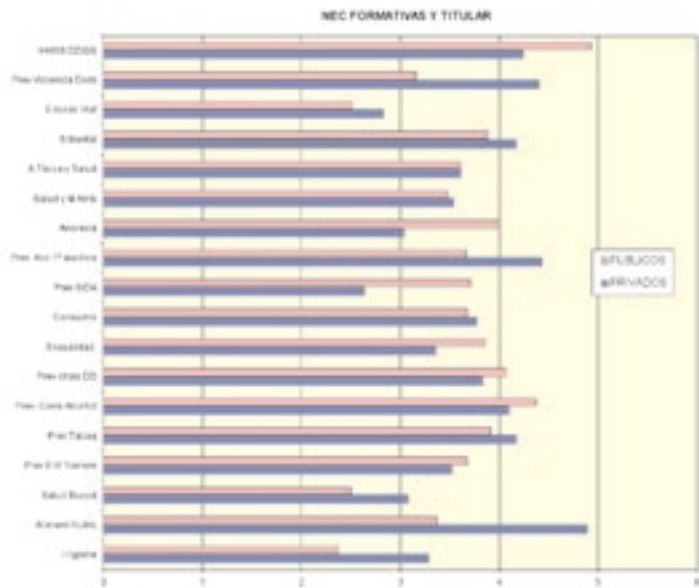
1. Higiene.
2. Alimentación y Nutrición.
3. Salud Bucodental.
4. Prevención Enfermedades Transmisibles.

5. Prevención Tabaquismo.
6. Prevención Consumo Alcohol.
7. Prevención de otras drogodependencias.
8. Sexualidad.
9. Consumo.
10. Prevención de VIH-SIDA.
11. Prevención de Accidentes y 1º auxilios.
12. Anorexia.
13. Salud y Medio Ambiente.
14. Actividad Física y Salud.
15. Salud Mental.
16. Educación Vial.
17. Prevención de la violencia domestica.
18. Habilidades Sociales / Dinámica Grupos.
19. *
20. *

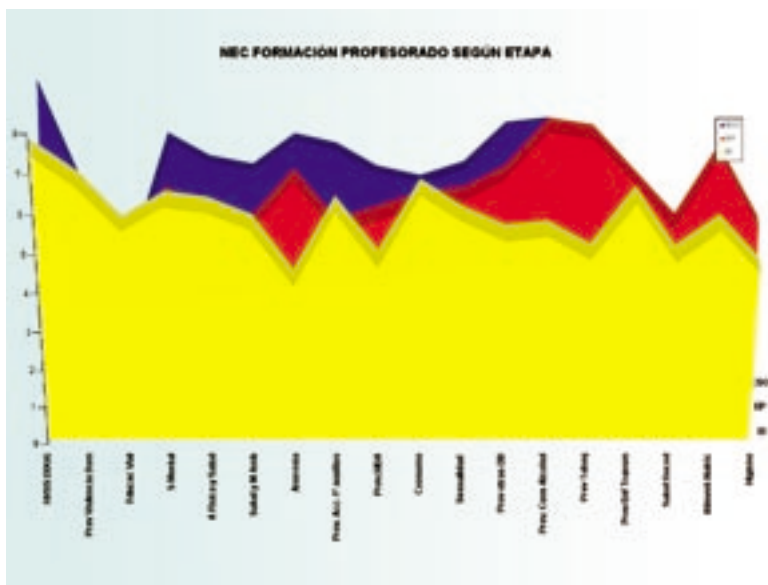
DISTRIBUCIÓN DE CENTROS

Nº Encuestas			Titularidad		Etapa		
U	MU	R	Pub	Priv	EI-EP	ESO	Área
39	17	4	47	13	38	22	Cáceres

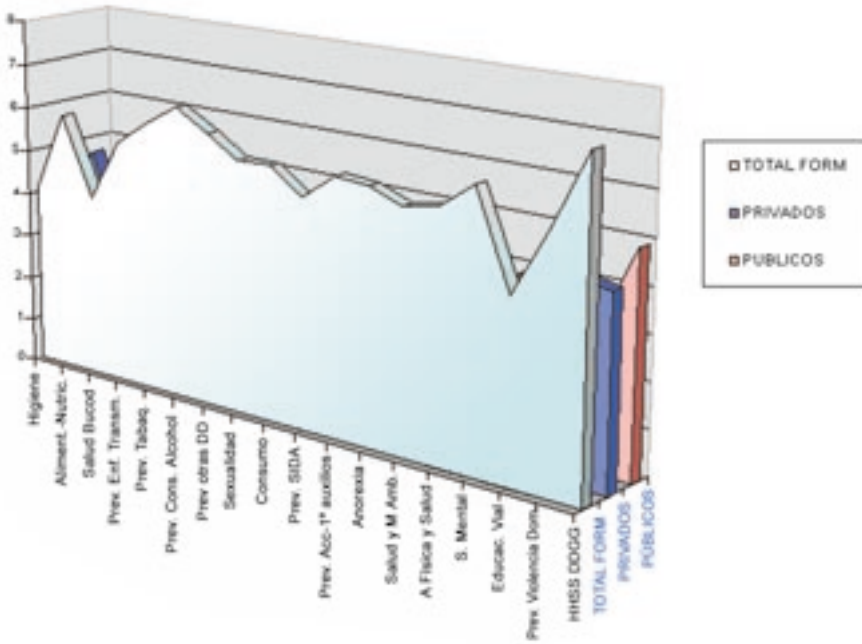
NECESIDADES FORMATIVAS Y TITULARIDAD DEL CENTRO



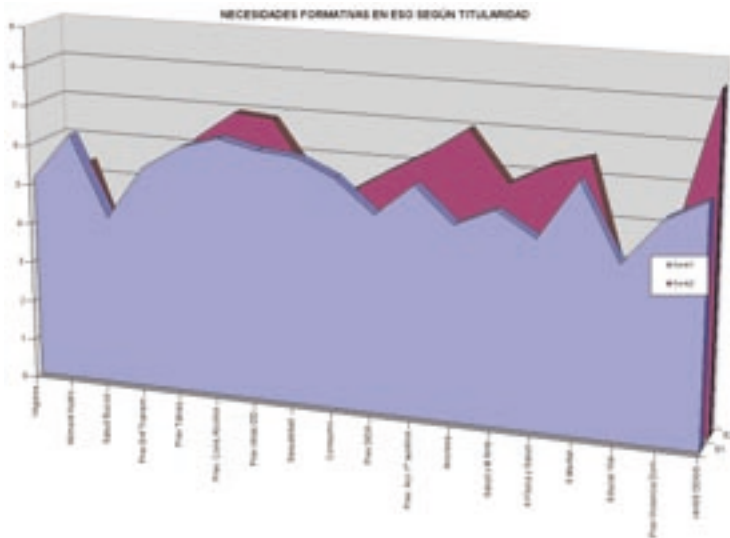
NECESIDADES FORMATIVAS POR ETAPA



NECESIDADES FORMATIVAS POR TITULARIDAD



NECESIDADES FORMATIVAS EN ESO POR TITULARIDAD



CUADRO RESUMEN DE PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES POR ETAPA

ETAPA	1	2	3	4	5	6
EI	HHSS DDGG	Prev Violenc Domest	Prev Enf Transm	Sexualidad	Accidente y 1ºAuxilios	Activ Fisica y Salud
EP	Prev Alcoholism	Prev Tabaquism	Alimentac y Nutrición	Prev otras Drogodep	Prev Enf Transm	Sexualidad
ESO	HHSS DDGG	Prev Alcoholism	Prev otras Drogodep	Anorexia	Prev Tabaquism	Alimentac y Nutrición
TOTAL	HHSS DDGG	Prev Alcoholism	Prev Tabaquism	Prev otras Drogodep	Salud Mental	SIDA

CONCLUSIONES

- Las necesidades formativas del profesorado no difieren sustancialmente por ámbito geográfico o poblacional.
- La titularidad de centro no supone diferencias significativas en la estimación de necesidades.
- Si se aprecia una importancia fundamental cuando se analiza al profesorado por etapas, tal y como se ha reflejado en los cuadros anteriores.
- Destaca como prioridad en las necesidades educativas los aspectos relativos a la Metodología (Habilidades Sociales y Dinámicas de Grupos).
- Llama la atención la puntuación e importancia que se da a la cuestión relativa a la Prevención de la violencia doméstica, lo que refleja una importante sensibilidad social por el tema.
- El presente estudio es un pilotaje limitado en el ámbito geográfico y muestral, que impide extrapolar resultados.
- Es necesario continuar la investigación en este campo si pretendemos que una piedra angular de la EpS como es la formación se realice de forma científica, rigurosa y eficaz.

Los resultados de la investigación en marcha aportarán resultados mas concluyentes que contribuirán a mejorar la calidad y efectividad de las intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

Diseño y análisis de encuestas en investigación social. Santesmases Mestre. M.

Plan de Salud 2001-04. Junta de Extremadura.

Programa de Salud Escolar. Consejería de Sanidad. Junta de Extremadura.

Memorias Salud Escolar. Junta de Extremadura.

Centros Educativos. Consejería de Educación.

Plan de Formación de la CA. Consejería de Educación.

“Necesidades educativas en salud de los alumnos en el Área de Cáceres”

GARCÍA ORTIZ, J. M.; LUENGO ROSA, M. A.;
VICENTE MIGUEL, G.; CANDELA NOGALES, J.

JUSTIFICACIÓN

- Para cualquier intervención en Educación para la Salud, es fundamental partir del análisis de la realidad en ese ámbito.
- En ese sentido conocer los conocimientos, actitudes y hábitos de los escolares nos van a posibilitar dar una respuesta oportuna y efectiva, así como poner en marcha los medios idóneos para mejorar su salud.
- El medio escolar es un lugar fundamental de intervención y un lugar idóneo para estudiar conocimiento y actitudes de los escolares.
- El profesor es un agente de salud que tiene la posibilidad de conocer la realidad del alumnado.

INTRODUCCIÓN

- El presente estudio es un pilotaje limitado de una investigación que se está desarrollando en la CA.
- Se han seleccionado 12 centros educativos del Área de Salud de Cáceres.
- Los colegios se han seleccionado mediante un Muestreo por Conglomerados y, dentro de estos, por muestreo aleatorio simple con carácter proporcional.
- Se han barajado las variables de tipo demográfico, titularidad, y etapa de los mismos.
- Se ha realizado una encuesta al profesorado de diferentes ámbitos poblacionales, etapas y ciclos educativos.

- En la misma se solicita que especifique la percepción que tiene el profesorado sobre las necesidades educativas del alumnado en base a: conocimientos, actitudes, hábitos y comportamientos observados en el aula y entorno.

METODOLOGÍA

- Búsqueda de datos relativos a los Centros Educativos en la Consejería de Educación Ciencia y Tecnología.
- Codificación de los centros según las variables a estudiar:

1.- Ámbito demográfico:

ÁMBITO DEMOGRÁFICO	Nº DE HABITANTES
R (rural)	<1.000
MU (Medio Urbano)	1.000-10.000
U (Urbano)	>10.000

2.- Titularidad: Público y Privado (Privados y Priv-Concert).

3.- Etapa: EI- EP- ESO.

4.- Ámbito geográfico: Área de Salud de Cáceres.

- Instrumento: Cuestionario validado al profesorado.
 - Los colegios se han seleccionado mediante un Muestreo por Conglomerados y dentro de estos por muestreo aleatorio simple con carácter proporcional.
 - Los datos han sido procesados con herramientas informáticas, y programas Estadísticos (M.A.S.).

TEMAS A VALORAR

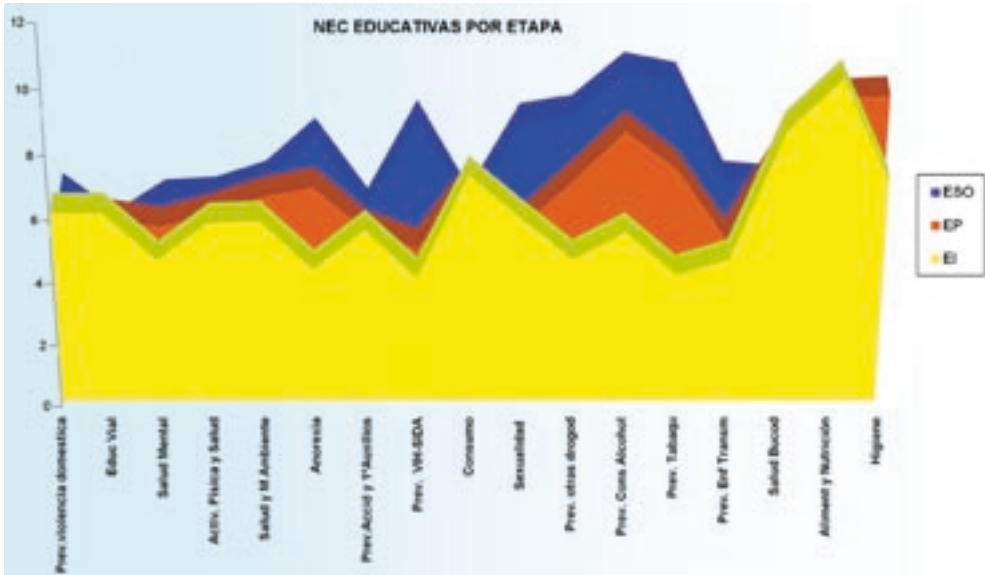
1. Higiene.
- 2.- Alimentación y nutrición.
- 3.- Salud Bucodental.

- 4.- Prevención de enfermedades transmisibles.
- 5.- Prevención tabaquismo.
- 6.- Prevención consumo de alcohol.
- 7.- Prevención de otras drogodependencias.
- 8.- Sexualidad.
- 9.- Consumo.
- 10.- Prevención de VIH/SIDA.
- 11.- Prevención de accidentes y Primeros Auxilios.
- 12.- Anorexia.
- 13.- Salud y Medio Ambiente.
- 14.- Actividad Física y Salud.
- 15.- Salud mental.
- 16.- Educación Vial.
- 17.- Prevención de la violencia doméstica.
- 18.- Habilidades Sociales/Dinámica Grupos.

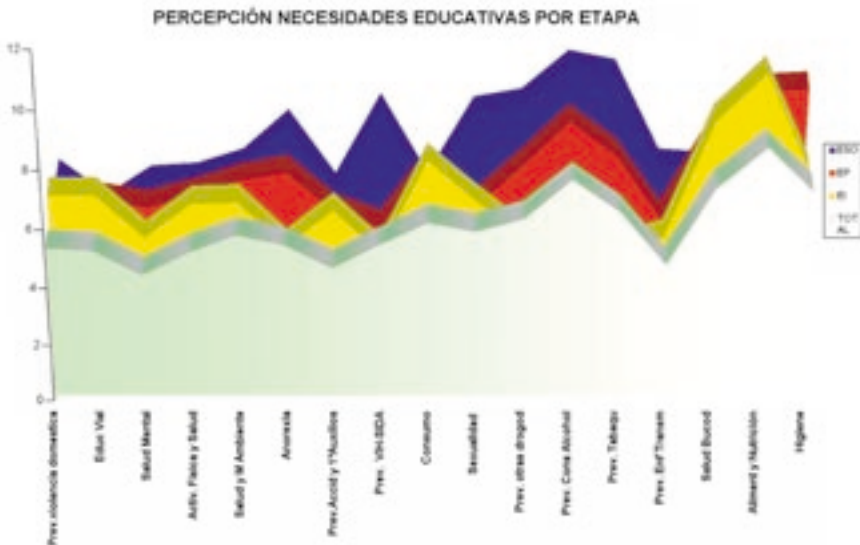
DISTRIBUCIÓN DE CENTROS

Nº Encuestas			Titularidad		Etapa		
U	MU	R	Pub	Priv	EI-EP	ESO	Área
39	17	4	47	13	38	22	Cáceres

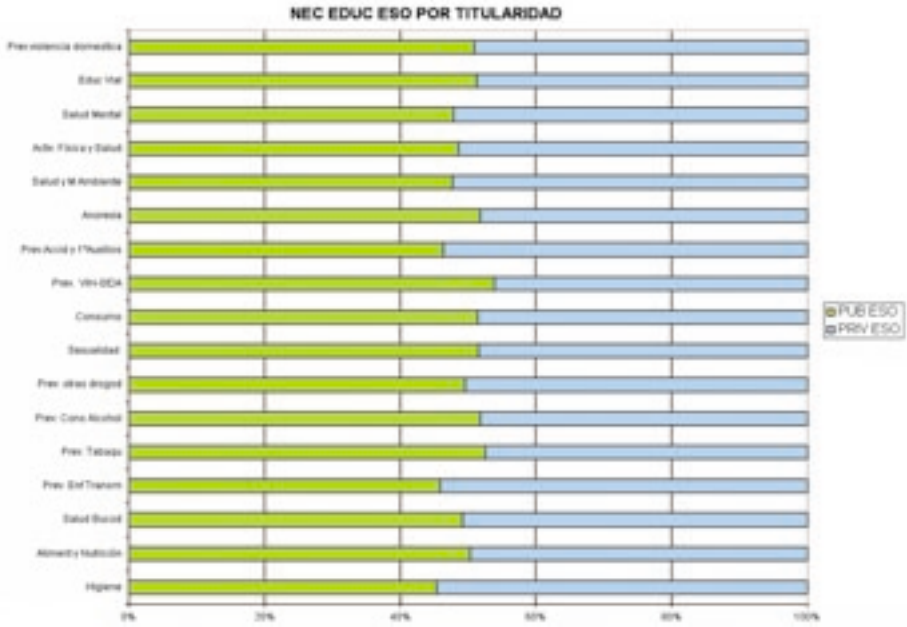
ESTIMACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS POR ETAPA



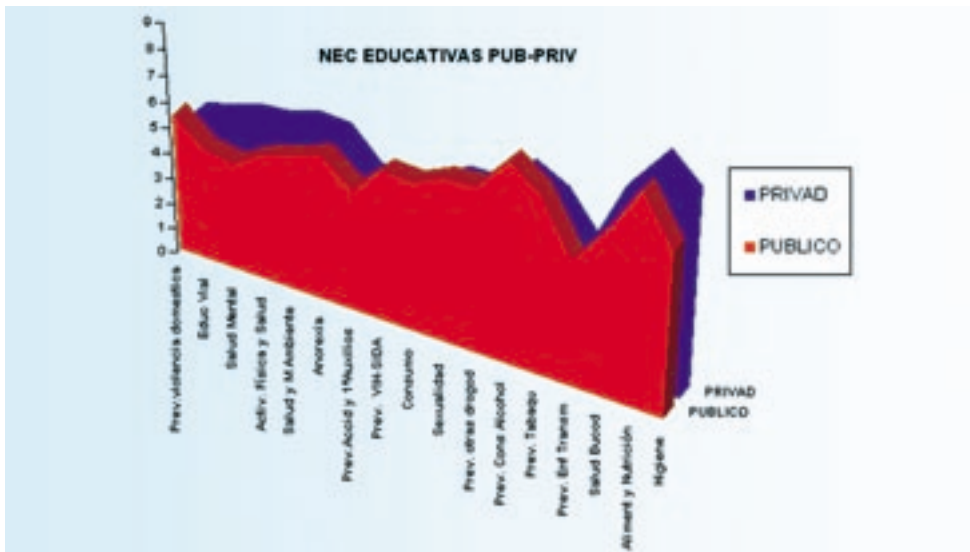
NECESIDADES EDUCATIVAS POR ETAPA Y TOTAL



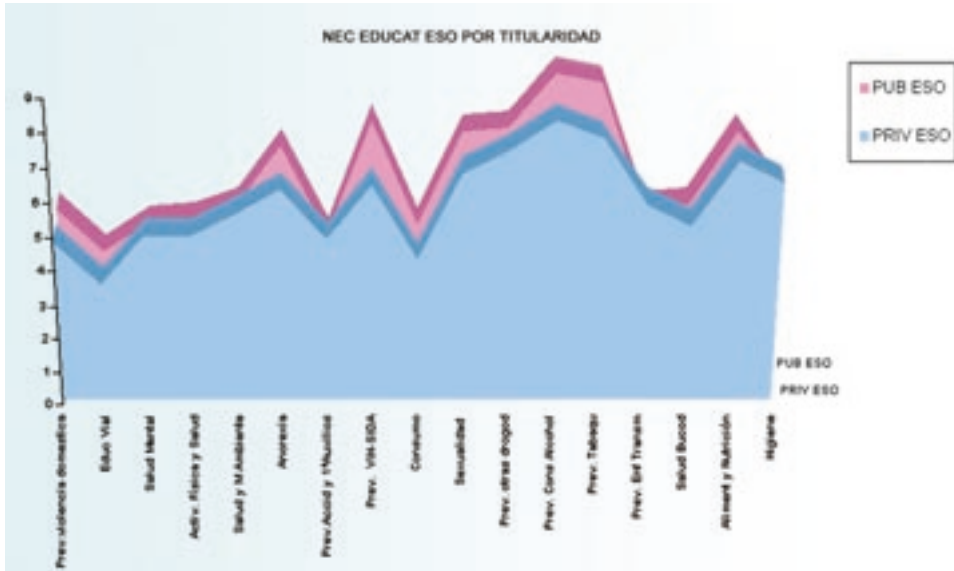
VARIACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS EN ESO SEGÚN TITULARIDAD



NECESIDADES EDUCATIVAS SEGÚN TITULARIDAD



NECESIDADES EDUCATIVAS EN ESO SEGÚN TITULARIDAD



CUADRO RESUMEN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS PRIORITARIAS

Etapa	ESTIMACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS PRIORITARIAS			
	1	2	3	4
INFANTIL	Alimentación	Bucodental	Higiene	Consumo
PRIMARIA	Higiene	Alimentación		Bucodental
SECUNDARIA	Prev Alcohol	Prev Tabaq	Prev. Otras DD	Alimentación SIDA

CONCLUSIONES

- Las necesidades educativas de los alumnos no difieren del ámbito geográfico o poblacional.
- No se aprecian diferencias significativas en las necesidades educativas manifestadas por los centros, según su titularidad.
- Se puede observar una diferencia de necesidades educativas según los ciclos educativos:
 - EI: alimentación e higiene, bucodental.
 - EP: higiene, alimentación, prevención consumo alcohol.
 - ESO: alcohol, tabaco, Sida, Alimentación.
- El presente trabajo por su limitación a una zona geográfica reducida y una muestra pequeña no posibilita la extrapolación de conclusiones a ámbitos mas generales.
- Consideramos que se debe continuar esta línea de investigación en el trabajo que se esta desarrollando a nivel de CA.

BIBLIOGRAFÍA

Diseño y análisis de encuestas en investigación social. Santesmases Mestre. M.

Paquete estadístico M.A.S.

Encuesta sobre estilos de vida en adolescentes. Mendoza, R.

Plan de Salud 2001-04. Junta de Extremadura.

Programa de Salud Escolar. Consejería de Sanidad. Junta de Extremadura.

Memorias Salud Escolar. Junta de Extremadura.

Centros Educativos. Consejería de Educación.

“Proyectos de Educación para la Salud en Centros Docentes y ONGs en la Comunidad Autónoma de Extremadura” (periodo 2001-2002)

GARCÍA ORTIZ, J. M.; IGLESIAS SÁNCHEZ, J. M.;
LUENGO ROSA, M. A.; VICENTE MIGUEL, G.; CANDELA NOGALES J.
Consejería de Sanidad y Consumo

Los Proyectos de Educación para la Salud constituyen:

- Estrategia de apoyo a la integración de la EpS en ámbitos: Educativo, Sanitario, Comunitario.
- Efecto dinamizador.
- Refuerzo de Participación Comunitaria.
- Elemento de “Formación en Centros”.
- Elemento de Innovación e Investigación.
- Elaboración de Materiales.

CONVOCATORIA ACTUAL 2001-02

- 9ª Convocatoria de la Consejería de Sanidad.
- Orden de Convocatoria 2-5-/2001.

DESTINATARIOS

- C. docentes públicos y privados.
- ONG y Asoc. sin ánimo de lucro.
- PLAZO DE PRESENTACIÓN: finalizaba 8 mayo.

- CANTIDAD ECONÓMICA DE LA SUBVENCIÓN 1663 € (10000000 pts)
- MÁXIMO DE LA SUBVENCIÓN ECONÓMICA 3000 €

Nº DE PROYECTOS PRESENTADOS

ÁMBITO TERRITORIAL

CÁCERES	57
BADAJOS	49
EXTREMADURA	106

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PROYECTOS

- Áreas Prioritarias:
 - Alimentación.
 - Higiene.
 - Sexualidad.
 - SIDA.
 - ETS.
 - Accidentes.
 - Drogodependencias /Tabaco.
- Destinado fundamentalmente a población infantil.
- Carácter práctico e innovador.
- Participación en Programa de Salud Escolar.
- Integración en el PCC.

CRITERIOS DE SELECCIÓN – COMISIÓN PERMANENTE

1. CRITERIOS DE SELECCIÓN (de 0 – 4 puntos) Max 36

- Destinatario Pobl Infanto-Juv.

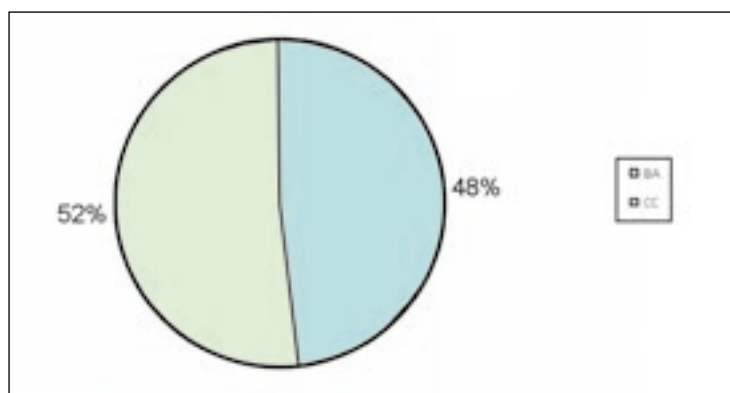
- Áreas Prioritarias definidas.
- Carácter Innovador.
- Trascendencia.
- Metodología Práctica.
- Pertinencia.
- Factibilidad.
- Ámbito.
- Participación Comunitaria.
- Inclusión en el PCC.
- Implicación del C en PSE.

2. RIGOR EN LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO (0-3 puntos) max 24

- Justificación.
- Análisis de la Situación.
- Objetivos.
- Actividades.
- Metodología.
- Temporalización.
- Evaluación.
- Presupuesto.

Nº de Proyectos por Provincias y Áreas

PROYECTOS EN EXTREMADURA POR PROVINCIAS



DISTRIBUCIÓN DEL Nº DE PROYECTOS POR ÁREAS EN AMBAS PROVINCIAS

PROVINCIA DE CÁCERES

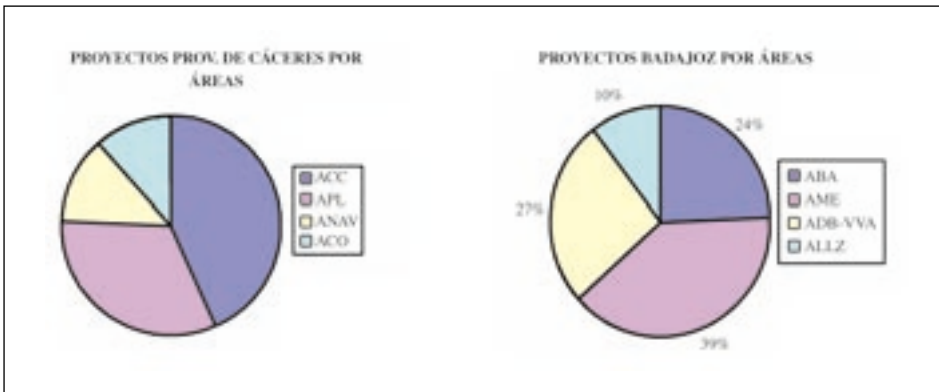
CÁCERES	23
PLASENCIA	17
NAVALMORAL	7
CORIA	6

PROVINCIA DE BADAJOZ

BADAJOZ	12
MÉRIDA	19
D. BENITO- VVA.	13
ZAFRA- LLERENA	5



PROYECTOS EN EXTREMADURA POR PROVINCIAS



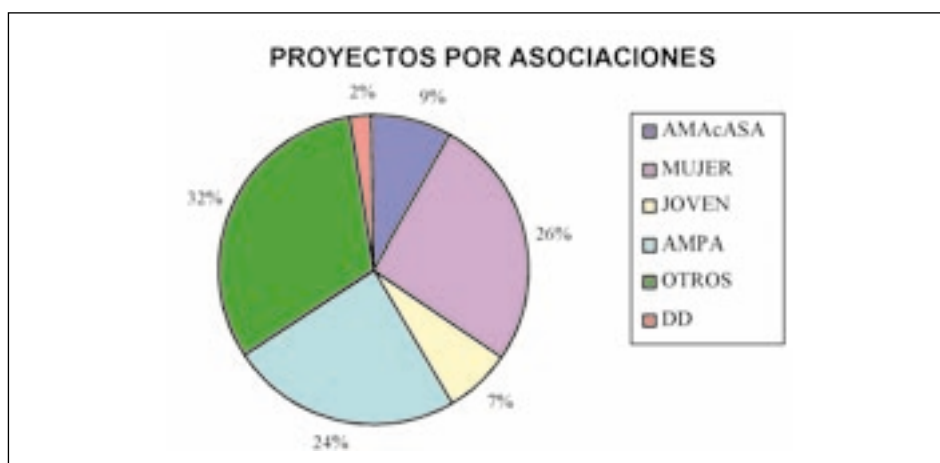
PROYECTOS POR TITULARIDAD

ORGANIZACIÓN	Nº	%
PÚBLICOS	57	55
PRIVADOS	48	45
TOTAL	102	100

PROYECTOS POR TIPO DE ORGANIZACIÓN SOLICITANTE

ORGANIZACIÓN	Nº	%
C . EDUCATIVOS	50	49
ONGs	52	51
TOTAL	105	100

PROYECTOS POR ONGs PARTICIPANTES



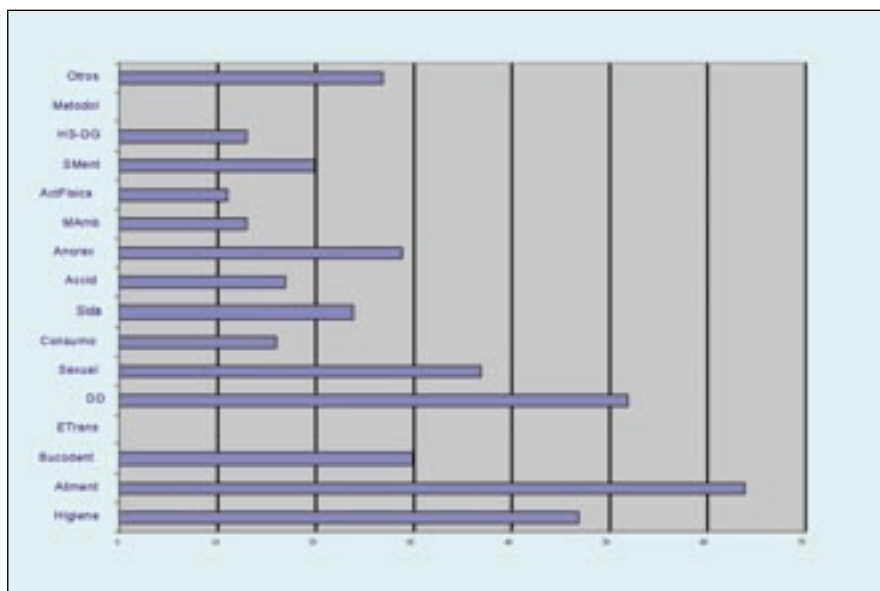
PROYECTOS POR ONGs PARTICIPANTES

PROYECTOS POR ONGs	
ASOC. MUJER	12
AMAS DE CASA, C y u	4
ASOC. JÓVENES	3
ASOC. CONTRA LA DROGA	1
OTROS	15
TOTAL	34

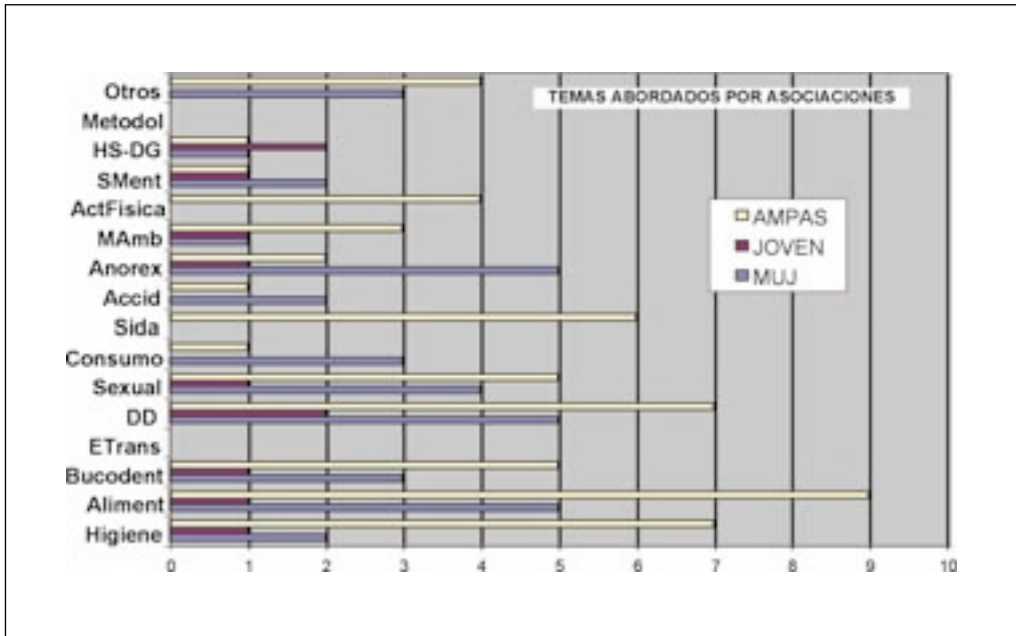
PARTICIPANTES SUJETOS Y OBJETO DEL PROYECTO

PARTICIPANTES	
PROFESORES	573
SANITARIOS	91
T. SOCIALES	31
OTROS	74
PADRES	1.563
ALUMNOS	11.042

TOTAL PROYECTOS Y TEMAS ABORDADOS



TEMAS POR TIPO DE ASOCIACIÓN



CONCLUSIONES

1. IMPACTO

- La estrategia basada en proyectos sigue siendo útil para incentivar y motivar a la participación en EpS tanto a C Educativos como a ONGs.
- Esto queda constatado por el numero de participantes y el las actuaciones y materiales desarrollados.
- La eficiencia de la intervención parece evidente evaluando intervenciones y materiales en relación a la inversión pequeña llevada a cabo.
- Dan una característica de calidad en los centros docentes.
- Motivan el desarrollo de actividades de educación sanitaria en núcleos pequeños, aislados con pocos recursos y poca motivación.
- No obstante hay una gran disparidad entre el nivel de desarrollo y la magnitud de los logros alcanzados.

2. PARTICIPANTES

- El número de alumnos sobre los que recae la intervención es muy importante.
- El profesorado son los profesionales mas implicados.
- Los sanitarios apenas llegan al 20% del número de profesionales docentes que colaboran, aunque parece que se recupera la implicación respecto a años anteriores.
- Sería de interés conocer en parte a que tipo de profesional de APS se incrementa la participación (medico, enfermería, veterinarios, farmacéuticos...).
- La participación en mayor o menor grado es relevante en estos proyectos si los comparamos con otros modelos de intervención.

3. TEMAS ABORDADOS

- En el global de los proyectos siguen destacando los temas clásicos: Alimentación, drogodependencias y sexualidad.
- Entre los mismos se incluye en cuarto puesto la Anorexia, hasta hace poco tiempo poco tratado.
- Actividad física, Consumo y accidentes son los menos trabajados.

CONCLUSIONES FINALES

- La estrategia basada en proyectos sigue siendo útil para incentivar y motivar a la participación en EpS tanto a C Educativos como a ONGs.
- Esto queda constatado por el numero de participantes y las actuaciones y materiales desarrollados.
- La eficiencia de la intervención parece evidente evaluando intervenciones y materiales en relación a la pequeña inversión llevada a cabo por centro.
- Aportan una impronta de calidad en los centros docentes.
- Motivan el desarrollo de actividades de educación sanitaria en núcleos pequeños, aislados con pocos recursos y poca motivación.

- Facilita la creatividad y especificidad de las respuestas específicas a problemas específicas de la zona.
- Facilitan la organización social en torno a ONGs y propician la participación comunitaria.
- Posibilitan el trabajo conjunto entre profesionales y comunidad, aprovechando los recursos existentes sanitarios, docentes y comunidad.
- Abren el camino a la creación e integración de redes en aquellas experiencias singulares.
- **Como elementos de mejora** hay que hacer referencia a necesidades ya crónicas como son: la formación, la evaluación, así como el seguimiento de los mismos por técnicos expertos.
- Ponen de manifiesto la carencia de materiales de apoyo que demandan de las instituciones.
- Falta instrumentar y facilitar la participación de profesionales en horarios de tarde/noche, especialmente sanitarios mediante incentivos personales o al centro.

*Los proyectos de todos y para todos
Son garantía de rentabilidad en
Salud y en democracia.*



BIBLIOGRAFÍA

- Guía Práctica para elaborar un Proyecto de Educación para la Salud. Rochon, A.
- The evidence of Health Promotion Effectiveness. European Commission.
- Programa de Salud Escolar. Consejería de Sanidad. Junta de Extremadura.
- Plan de Salud 2001-04. Junta de Extremadura.
- Memorias Salud Escolar. Junta de Extremadura.
- Convocatoria de Proyectos de la Consejería.
- Fichas de seguimiento de Proyectos.
- Memoria final de los proyectos.

COMUNICACIONES POSTERS

“Fumas porque quieres... ¿Eres consciente de la publicidad?”

BARRANTES PULIDO, M. C.*; PANIAGUA VIVAS, M. S.*

**Diplomadas Universitarias de Enfermería*

INTRODUCCIÓN

Es conocido por todos que el tabaco es perjudicial para la salud y provoca adicción, enfermedad y acorta las expectativas de vida del individuo. (2)

Actualmente hay suficiente conocimiento del daño económico y para la salud que representa el tabaco, y también hay bastante evidencia de cuáles son las respuestas más eficaces en función de los costos. Sin embargo, hay una carencia generalizada de acciones vigorosas para erradicar su consumo. Esta paradoja se explica por varios factores. Primero, los efectos más graves del consumo de tabaco en la salud no se manifiestan hasta después de varios años, aunque su desarrollo puede empezar en una etapa relativamente temprana. Segundo, las enfermedades relacionadas con el tabaco no son transmisibles y, por consiguiente, no se percibe que sean de propagación rápida, aunque basándonos en la agresiva promoción de los productos de tabaco se puede afirmar que la adicción al tabaco es de transmisión social. Finalmente, el vector de la enfermedad es una industria sumamente lucrativa y políticamente influyente, que se opone activamente a las medidas eficaces para reducir su fuerza y desafía los enfoques tradicionales de salud pública. (4)

El tabaco representa en la actualidad la primera causa evitable de muerte. Sin embargo, es un producto que no sólo se sigue produciendo y vendiendo sino que se anuncia de forma masiva en cualquier medio o soporte imaginable. De hecho, en nuestra sociedad actual tabaco y publicidad van estrechamente unidos de la mano. (1)

La pregunta que surge es ¿por qué la gente fuma? La adicción a la nicotina es una explicación parcial por la que los fumadores actuales siguen fumando. Sin embargo, hay menos información de los motivos que preceden a la adicción. Es decir, ¿por qué se inician los jóvenes?, ¿por qué los adultos se resisten a cuando menos intentar dejar de fumar? La respuesta parcial a estas preguntas se encuentra en las estrategias que la industria tabacalera utiliza para ganar nuevos fumadores y mantener a los existentes. (5)

La importancia que la publicidad ha alcanzado en la sociedad de mercado es considerable. De manera paralela y a pesar de las restricciones legales establecidas,

las inversiones en publicidad de las empresas tabaqueras se han incrementado notablemente en los últimos años. (3)

Esta cuestión adquiere así una especial relevancia, puesto que no sólo la industria del tabaco se posiciona en contra de dicha prohibición, sino que en sus planteamientos va a contar con el apoyo de los medios de comunicación social. (3)

Las campañas anti-tabaco en los países desarrollados han conseguido disminuir el consumo por parte de la población adulta, en contra partida, la industria del tabaco centra sus esfuerzos publicitarios en las mujeres, así como en niños y jóvenes, ya que éstos constituyen un mercado estratégico de reserva además de en los países en desarrollo con normativas mucho menos rigurosas respecto de la publicidad y su consumo.

Esta publicidad se dirige principalmente a los jóvenes varones, o a jóvenes de ambos sexos, vendiendo desde vallas publicitarias, concursos con premios, actuaciones de grupos musicales, sorteos de camisetas, mecheros, bolsas de viaje y revistas la imagen de juventud, amistad, fidelidad, diversión... e incluso solidaridad (utilizando como reclamo publicitario el símbolo del 0,7% de ayuda al Tercer Mundo) como estilos de vida ligados al consumo de tabaco y, lo que es aún más grave, esto sucede en numerosos casos con la complicidad de instituciones oficiales (ayuntamientos, universidades). (2)

El objetivo de la publicidad, incluida la del tabaco, es la máxima expansión de las ventas de su producto, adaptándose continuamente a las nuevas características del mercado a fin de mantener su cuota y asegurar la rentabilidad. (3)

En este proceso adaptativo, la comunicación tecnológica no se queda rezagada, consolidándose en los últimos años otra manera de promocionar el tabaco y sus productos derivados, la de hacerlo a través de Internet.

Con respecto al marco legislativo vigente del control de la publicidad del tabaco, España recoge las siguientes normativas:

- **Ley 34/1988 de 11 de noviembre**, General de Publicidad. Establece en su artículo 8.5 la prohibición de publicidad de tabaco por medio de la televisión, y en aquellos lugares donde está prohibida su venta o consumo.
- **Ley 25/1994 de 12 de julio**, de radiodifusión televisiva, por la que se incorpora la Directiva 89/552/CEE. En su art.10 se prohíbe la publicidad por TV de cualquier forma, directa o indirecta, de cigarrillos y demás productos de tabaco.

La publicidad directa sobre tabaco en prensa escrita quedará definitivamente prohibida en el año 2002, la indirecta a través del patrocinio de acontecimientos europeos en el 2003, y la de los grandes eventos mundiales, como la Fórmula 1, el 1 de octubre del año 2006. (1)

OBJETIVOS

- Mostrar cómo son las estrategias publicitarias empleadas por las tabacaleras para incrementar las ventas y cómo inciden de forma negativa en la educación para la salud sobre la comunidad.
- Reflejar la normativa legal internacional en aspectos de publicidad y salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema del tabaco y la publicidad empleadas por las tabacaleras y la legislación internacional vigente en la actualidad.

RESULTADOS

Las tabacaleras desarrollan estrategias para incrementar las ventas, utilizando publicidad directa e indirecta (como conciertos de grupos musicales de moda...) y hoy en día apuestan abiertamente por Internet, aprovechando el vacío legal que existe al respecto.

La población diana de las tabacaleras son: mujeres, así como niños y jóvenes, estos últimos son los que de forma más notoria hacen uso de nuevas tecnologías (Internet).

En España, el marco legislativo se vuelve cada vez más restrictivo, hasta adquirir una actitud prohibicionista con respecto al consumo de tabaco y a la publicidad que emplean las tabacaleras.

CONCLUSIONES

Principalmente hemos sacado en conclusión la herramienta sumamente importante que representa Internet hoy en día, pues nos ofrece la posibilidad de ejercer educación para la salud en materia de prevención de tabaquismo, así como en

otros muchos y numerosos campos de una manera efectiva y eficaz, sin embargo no somos los únicos conscientes de ello, sino que también es un medio bien conocido por las tabacaleras, quienes lo han empezado a utilizar de una forma masiva, dirigiéndolo sin escrúpulos a los usuarios, mayoritariamente adolescentes y universitarios.

Hemos observado que se hace inminente el establecer un sistema de control para que la publicidad (incluyendo la publicidad deshonesta) cumpla “definitivamente” la legislación, puesto que en muchas ocasiones se puede observar el amplio incumplimiento de la normativa. Otro punto importante que reseñar sería la no escatimación en gastos y recursos que emplean para la captación de nuevos usuarios. Si tenemos en cuenta que las tabacaleras han de captar cada día 8.000 nuevos fumadores (que son los que pierden diariamente por enfermedad, muerte o abandono del hábito) podríamos afirmar que nada en el negocio del tabaco queda al azar.

Advertimos que sería de suma importancia el cambiar valores, normas y percepciones de la sociedad con respecto al “hábito nocivo” de fumar, todo ello contribuiría de una manera positiva a proteger a la población, un claro ejemplo sería si consiguiéramos hacer ver lo engañosa que resulta en muchas ocasiones la publicidad empleada por diversas tabacaleras.

Se hace visible la necesidad de un consenso internacional para la regulación del libre flujo de publicidad en Internet.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elder J, Cortés Blanco M, Santamera A. Marco legislativo y estrategia de la industria tabaquera en relación a la publicidad del tabaco en España. Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 497-506
2. Barrueco Ferrero M Publicidad deshonesta. Arch Bronconeumol 1999; 35: 187-188 [Medline]
3. Sarría Santamera A, Cortés Blanco M. La publicidad de tabaco en Internet.
4. Valdés Salgado R, Hernández Ávila M, Sepúlveda Amor J. El consumo de tabaco en la Región Americana: elementos para un programa de acción. Salud Pública Mex 2002; 44 supl 1: 125-135
5. Sansores RH, Giraldo Buitrago F, Valdelamar Vázquez F, Ramírez Venegas A. Impacto de los medios de comunicación masiva en una campaña antitabaco. Salud Pública Mex 2002; 44 supl 1: 101-108

“Educación para la Salud: ¿Una actividad para enfermería?”

LENO GONZÁLEZ, D., LENO GONZÁLEZ, J. L., LOZANO GUERRERO, M. J.
Enfermeros. Escuela de Enfermería. Centro Universitario de Plasencia

OBJETIVO

Conocer opiniones y expectativas de los futuros profesionales de Enfermería, con respecto a la hipotética incorporación de la asignatura Educación para la Salud en centros educativos de primaria y secundaria.

DISEÑO

Se realiza un estudio cualitativo, Grupo focal, posterior a la realización de una experiencia en Educación para la Salud en centros de primaria y secundaria.

EMPLAZAMIENTO

El estudio se realizó durante el mes de enero de 2003, posterior a la realización de una experiencia de Educación para la Salud, por parte de alumnos de segundo curso de la Diplomatura de Enfermería, del Centro Universitario de Plasencia. La experiencia se realizó durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2002.

PARTICIPANTES

40 alumnos matriculados en las asignaturas Enfermería Ginecológica, Educación sexual de jóvenes y adolescentes, y Enfermería Materno-Infantil I.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada ha sido la cualitativa y la técnica usada, el grupo focal. Un grupo focal es la realización de una reunión de un pequeño número de personas, para obtener información en un ambiente agradable con un formato de conversación

que estimula el debate y la confrontación. La discusión debe ser relajada, confortable y, a menudo, satisfactoria para los participantes, ya que exponen sus ideas y comentarios en un grupo de personas que poseen ciertas características similares; se obtienen datos cualitativos en una conversación guiada ya grabada para su posterior reproducción.

RESULTADOS

Se identifican opiniones sobre por qué es necesaria una Educación para la Salud en centros educativos, quién debe impartirla, si los profesionales de Enfermería pueden tener su sitio dentro del proyecto y cómo se debe enfocar la implantación de la Educación para la Salud como asignatura dentro del currículum.

DISCUSIÓN

Se especifican como aspectos fundamentales el que los futuros profesionales consideran que, la implantación de la asignatura será una herramienta poderosa para la prevención y promoción de la salud de niños y adolescentes. Pero será preciso debatir mucho sobre cómo se debe implantar dicha asignatura y quienes serán los responsables de impartirla en el aula, labor para la que consideran que el profesional de Enfermería está capacitado, por su cercanía a la población y por su propia formación académica.

PALABRAS CLAVE

Educación para la Salud. Enfermería. Centros educativos. Investigación cualitativa. Grupo focal.

“Importancia de la Educación para la Salud en el control de las cifras tensionales en una población rural. ¿Realizamos una buena educación sanitaria?”

CORRALES VÁZQUEZ, M. J.*; LÓPEZ CASTRO, J. M.*; Corrales Vázquez, J. M.**

***Licenciado en Biología. Doctor en Geografía y Ordenación del Territorio*

**Licenciada/o en Medicina y Cirugía*

RESUMEN

Mediante un programa de educación sanitaria dirigido a una población rural hipertensa, con una intervención individual o en grupo, basada principalmente en recomendaciones higiénico-dietéticas en cuanto a alimentación, aumento de la actividad física, restricción de sal, pérdida de peso, cumplimentación terapéutica, etc..., con la finalidad de modificar los malos hábitos de vida, se demuestra que una buena educación sanitaria contribuye directamente a mejorar las cifras tensionales de nuestros pacientes, siendo esta mejora un indicador de la calidad de la educación sanitaria que realizamos.

“Respirar bien: ¿Un juego de niños?”

RAMA MERCHÁN, M. I.*; GARVI GARCÍA, M.**; GARCÍA RETAMAR, S.**;

VILLA ANDRADA, J. M.**; PUERTAS TERÁN, P. C.***

**Diplomada en Fisioterapia*

***Diplomados en Enfermería por la Universidad de Extremadura*

****Maestro, Especialidad de Educación Física*

INTRODUCCIÓN

La **respiración** es una función vital consistente en el intercambio de O₂ y CO₂ entre el aire ambiental y las células del organismo. La **ventilación**, es un proceso de intercambio gaseoso entre los pulmones y el aire ambiental. Para que este intercambio entre atmósfera y células sea óptimo, uno de los requisitos básicos es llevar a cabo una correcta *dinámica ventilatoria*. (1).

De todas las necesidades fundamentales que tiene el ser humano, la prioritaria es la de respirar correctamente con el fin de mantener la oxigenación de todas las células y tejidos. (2).

Respiramos desde que nacemos, y el hecho de respirar se convierte en algo monótono y automático al que prestamos poca o ninguna atención. (3).

Es sorprendente comprobar el número de personas que ventilan mal, de forma superficial, asincrónica, empleando igual tiempo en la inspiración que en la espiración, lo que les impide una mejor oxigenación y por consiguiente un mejor funcionamiento de la persona en las actividades de la vida diaria. Por tanto, es importante promover una ventilación ideal, lo que implica que sea completa (combinación abdominal, torácica y clavicular), invirtiendo el doble de tiempo en la espiración que en la inspiración, que la inspiración sea nasal y la espiración bucal; además de potenciar que sea lenta, profunda, silenciosa y fácil.

Respirar mal, debilita al organismo, al mismo tiempo que produce un combustión incompleta, resta vitalidad y transparencia a la piel, aumenta la ansiedad y produce molestias de cabeza principalmente. Por el contrario, *respirar bien es sinónimo de vida*, mejora la piel, libera al sistema nervioso de toxinas, alivia dolores, favorece la digestión y relaja.

Al ser los escolares, receptores que todavía no tienen adquiridos unos hábitos nocivos o si los tienen no es difícil modificar su conducta ventilatoria, es por lo que nos planteamos este trabajo para conocer de qué nivel partimos en cuanto a su patrón ventilatorio, teniendo en cuenta que sólo se aprende bien aquello que resulta interesante y atractivo. (4).

La Educación para la Salud en la escuela pretende actuar sobre la población infantil creando hábitos saludables y fomentando actitudes positivas de salud (4). Al ser la respiración la función vital más importante de la vida, es fundamental que las personas adquieran desde las etapas precoces un hábito saludable para llevar a cabo de forma óptima esta función básica que les supondrá una inversión de futuro en calidad de vida.

OBJETIVOS

- Determinar los conocimientos de los escolares sobre la función respiratoria.
- Constatar si estos conocimientos se reflejan en su conducta ventilatoria.

MATERIAL Y MÉTODO

Los sujetos a estudio han sido 82 alumnos de 1º y 2º curso de secundaria con edades comprendidas entre 11 y 13 años, pertenecientes a los centros de enseñanza de las localidades de Piornal y Jaraíz.

Para la recogida de los datos se ha utilizado un cuestionario autoadministrado de 15 ítems de respuestas cerradas, con 4 opciones.

Las preguntas versaban sobre conceptos anatomofisiológicos y funcionales de la función respiratoria, así como del control y realización de la mecánica ventilatoria por los escolares estudiados.

RESULTADOS

De entre el conjunto de datos obtenidos destacamos los siguientes:

- El 63.4% conoce la diferencia entre los conceptos de ventilación y respiración.
- El 91,46% identifica correctamente las diferentes bases anatómicas y fisiológicas de las vías respiratorias.

- Un 75,6% sabe que el aire en la inspiración debe entrar fundamentalmente por la nariz, siendo expulsado por la boca, sin embargo, tan sólo un 24.39% reconoce hacerlo correctamente.
- En cuanto al tiempo que debe durar la inspiración/expiración, el 56.09% contesta que debe durar más tiempo la expiración, en cambio, la respuesta varía considerablemente cuando se pide que contabilicen cuánto tiempo dura en ellos las distintas fases (controlado por reloj), constatando sólo el 21,95% que la expiración les dura más que la inspiración.
- Sólo un 32.9% ha identificado que al respirar movilizan tórax y abdomen simultáneamente, frente al resto, que sólo creen utilizar una de ambas estructuras en su mecánica ventilatoria.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos concluimos:

- Los alumnos de secundaria tienen un nivel de conocimientos adecuado en cuanto a la función respiratoria, en cambio, este nivel de conocimientos no concuerda con su patrón ventilatorio.
- Es fundamental que los escolares integren los conocimientos adquiridos para realizar adecuadamente esta función vital y que los mismos, no queden en una mera transmisión oral y escrita. Por tanto, hay que conseguir que asuman que son los protagonistas y principales responsables de su salud y que adquieran conciencia para integrar estos conocimientos en su funcionamiento habitual.
- Debemos tener presente que todo aprendizaje, sea del tipo que sea (la respiración no es una excepción) requiere de algo fundamental: práctica. Es necesario practicar una y otra vez lo que se aprende para que se convierta en un hábito en el comportamiento y estilo de vida y que se mantenga en el tiempo.
En este sentido decía la OMS (1983): *“Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer”*.
- La introducción de la EpS en la escuela puede adoptar diferentes metodologías, sin embargo, lo más importante, sea cual sea la opción elegida es fundamental implicar a los alumnos en este proceso educativo para que

puedan integrar los conocimientos, actitudes y habilidades necesarios que les permitan ser capaces de tomar decisiones y controlar su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedrinaci Emilio. *Ciencias de la naturaleza. Proyecto Ecosfera*. 1º de Secundaria Editorial SM. Madrid 2002.
2. Oto Cavero I, Arqué Blanco M, Barrachina Bellés L. *Enfermería Médico-Quirúrgica: Necesidad de oxigenación*. 2ª ed. Barcelona: Masson, 2001.
3. Herrán Gascón de la L. *Aprender a respirar*. [en línea] 2001 [fecha de acceso 25 de febrero de 2003] URL disponible en:
<http://www.redhumana.com/doc/doc200104190002.html>
4. Busquets D, Cainzos M, Fernández T, Leal A, Moreno M, Sastre G. *Los temas transversales*. Madrid. Aula XXI. Santillana 1993.
5. Costa M y López E. *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: ediciones Pirámides 1998.

“Educación y Salud, un encuentro necesario”

PANIAGUA VIVAS, M. S.*; BARRANTES PULIDO, M. C.*

**Diplomadas Universitarias en Enfermería*

INTRODUCCIÓN

En este momento en el que el mundo está inmerso en un proceso acelerado de cambio en todos los órdenes y padece de múltiples crisis profundas, nos parece importante destacar la complejidad de la tarea que supone la Educación para la Salud (EpS) para el campo sanitario y el educativo, por la diversidad de aspectos a tocar y la variedad de líneas de trabajo que suscita.(1).

La Educación para la Salud al pasar el tiempo ha vivido diferentes interpretaciones, conceptualizaciones y diversas aplicaciones según los momentos históricos, sociales y políticos, todos emergentes, relacionados con la trama social, económica y cultural.

Sin dejar de considerar el contenido filosófico de la EpS, no se debe olvidar su carácter aplicativo y práctico, ya que de otra forma, sería imposible su accionar.(2)

Partiendo de la siguiente definición de Educación:

“La educación es un proceso de intervención propositivo de aprehensión de patrones tenidos por valiosos”, (3)

y algunos datos de la definición de salud emitida por la OMS:

“[...] Completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez [...], (4)

se pueden llegar a enunciar varios conceptos de Educación para la Salud que engloben ambos aspectos:

- Desde una perspectiva intervencionista, “la Educación para la Salud es un proceso propositivo de aprehensión de patrones relativos al mantenimiento y promoción de la salud” (5)

- O también, “la Educación para la Salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”. (5) y (7)

De esta concepción se desprende que la salud no es, ni mucho menos, sólo responsabilidad de los científicos y de los médicos, puesto que no es sólo una cuestión puramente científica ni tampoco una ausencia de enfermedad. En la defensa y promoción de la salud han de participar y aportar sus conocimientos específicos toda clase de técnicos; pero fundamentalmente, la salud es una responsabilidad individual, y de toda la comunidad; el primer responsable de salud es uno mismo. (5) y (6).

Internacionalmente se viene reconociendo cada vez más la importancia de la Educación para la Salud como instrumento imprescindible en la promoción de la salud de las poblaciones. La escuela, como centro de aplicación, puesto que sus propios objetivos y estructuras permiten que la EpS se desarrolle de forma sistemática, pero además, la escuela abierta hacia la familia y la comunidad. (8).

OBJETIVO

Demostrar la necesidad de vincular los métodos de la pedagogía del aprendizaje utilizada por los docentes, con la Educación para la Salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la elaboración del presente poster ha sido necesaria una incursión profunda en diferentes artículos de investigación, cuyo abordaje de la Educación para la Salud nos pareció cuando menos, interesante; dichos artículos, se encuentran incluidos en varias publicaciones científicas de enfermería. Además, precisamos de la consulta y estudio de diversos libros de texto dedicados al desarrollo de aspectos íntimamente relacionados con la Educación para la Salud, y con la pedagogía de los procesos de aprendizaje en el hombre.

RESULTADOS

Se pudo apreciar que la educación sanitaria no es una acción puntual, ocasional o fragmentada, sino una actividad integrada en todos los momentos de la asistencia y la prevención. Esta reorientación ha supuesto también un cambio en los conceptos y

objetivos de la educación para la salud. El objetivo final, viene a ser la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes, comportamientos y valores de salud de los individuos, grupos y colectividades, componentes fundamentales que recoge la educación en su sistema de identificación de objetivos.

Conocer los contenidos de EpS que son abordados más frecuentemente por los profesores y el tiempo que dedican a la EpS, ha sido fundamental para afirmar que con la antigua reforma educativa (L.O.G.S.E.), y con la actual L.O.C.E., la promoción de la salud escolar ha adquirido una nueva dimensión más sólida y esperanzadora, al ser tratada como un eje transversal que cruza las diversas materias fundamentales. Las áreas en que se integran los contenidos de EpS, son: ciencias naturales, seguida de ciencias sociales y educación física; a distancia le seguirían lengua, matemáticas o arte y música.

La procedencia del currículo en EpS que suelen utilizar los docentes, son fundamentalmente los libros de texto y el currículo desarrollado por el propio profesor, utilizando la gran mayoría de ellos algún tipo de material complementario, principalmente vídeos.

Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos realizados por promocionar la salud en la escuela, hemos encontrado estudios que recogen información remitida por docentes, en la cual, los propios docentes reconocen no haber recibido apenas formación graduada ni postgraduada en temas relacionados con la salud y destacan esta escasa formación como uno de los obstáculos para llevar a cabo la EpS en los centros docentes. Además, suele ser frecuente entre profesores, la opinión de que impartir EpS como asignatura transversal o específica, depende en muchas ocasiones de la disponibilidad del profesor.

Los centros docentes representan una gran oportunidad para proporcionar los beneficios de la EpS, al total de la población, ya que se trata de un ámbito en el que la comunidad tiene una actuación participativa. La EpS como instrumento de promoción de salud dentro del ámbito escolar y como medida educativa, se convierte en la línea fundamental de actuación.

De esta forma, contestar a la pregunta de ¿cuál es la relación entre educación y salud? supone ahora una tarea más sencilla. Partiendo de distintos estudios que han constatado que tanto la enfermería como la educación para el desarrollo de las poblaciones comparten el carácter holístico con el que abordan su objeto-sujeto: el hombre en el proceso de satisfacción de necesidades; se puede afirmar, que no hay salud sin educación, pero igualmente cierto sería decir que no hay educación de calidad sin salud. Malbois, en su informe de mayo del 89, sostenía que los esfuerzos de la EpS debían dirigirse a la formación de educadores. La Educación para la Salud

se ve entonces como un principio de multidimensión, cuya raíz estriba en las mismas razones en las que se justifica la interdisciplinariedad en salud y educación, es decir, la mayoría de los problemas de salud requieren un abordaje desde distintas perspectivas porque los factores que los desencadenan son diversos y están interrelacionados.

Cuando se plantea en promoción de la salud una tarea educativa no se puede perder de vista que: *Hay una dinámica constitutiva del ser humano que tiene que desarrollarse en los procesos educativos* y que constituyen tres dimensiones de la formación: ámbito afectivo, ámbito cognitivo y ámbito de la acción, que son las tres categorías que nos explican qué es el ser humano.

En nuestro país en 1990 se desarrolla un Convenio mixto de colaboración Ministerio de Sanidad y Ministerio de Educación para la formación de personal sanitario y docente y se desarrolló un proyecto piloto en todas las provincias del territorio Insalud, en el que participaron también las Comunidades Autónomas. Este proyecto concluyó con la 2ª Conferencia Europea de EpS en El Escorial, en 1992.

CONCLUSIONES

En esta época marcada por tantos recursos y conocimientos nos preguntamos si es necesario tener que educarnos par vivir con salud. Hay que aprender a vivir en una nueva situación, por lo que tenemos que adaptarnos a los cambios en los que nos situamos y hacer frente a nuevos desafíos: RETO EDUCATIVO. La realidad actual tiene lugar en un nuevo escenarios social y con un nuevo significado de la existencia humana, lo cual nos lleva a la necesidad de conocer el cómo vivimos, nuestras señas de identidad y sobre todo las del mundo juvenil y adolescente, principales sujetos de la EpS.

Partiendo de la afirmación “educamos para vivir”, es fácil darse cuenta e que educación en la escuela y educación para la salud están interrelacionadas.

¿Para qué asisten los niños al colegio?. Esta pregunta lejos de poder ser contestada en su globalidad, nos puede dar una idea de qué es lo que los profesores se plantean como objetivo al iniciar un nuevo curso. “APRENDER” es la palabra clave. Aprender a estudiar, aprender a saber, aprender a vivir; pues bien, algo fundamental para la vida es la salud.

Los educadores de salud son los que enseñan cómo mantener esa salud, cuáles son las pautas a seguir para que los individuos no se aparten de ese camino para la vida. Al igual que en el colegio, en el cual, el niño es responsable de su saber, ya que

si no estudia, y no presta atención al educador, no adquiere los conocimientos; en la educación para la salud, el individuo que no escucha las recomendaciones sobre hábitos de vida saludables, o sobre tratamientos para mejorar su salud, no conseguirá gozar de ese estado de bienestar físico, psíquico y social.

La educación abierta supera cualquier reduccionismo nacido de una visión parcial de la educación. La actitud abierta de todos, supone la amplitud necesaria para utilizar todos los métodos educativos puestos a nuestro alcance. Es desde esta perspectiva, desde donde nos corresponde a todos, enfermeros y profesionales de la educación en general, aportar nuestros conocimientos para llegar a ese fin de interés común, mencionado al comenzar: “la educación para la vida”.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). R. Díez Hochleitner. Documento básico de trabajo. Aprender para el futuro: educación para la salud. “Documentos de un debate”. Madrid, 1994.
- (2). M. Inés Games. Reflexiones sobre Educación para la Salud.
(<http://www.enfermeria21.com/listasmetas/EDUCACIONPARALASALUD.doc>)
- (3). Cirigliano, G. y Villaverde, A. Dinámica de grupos y educación. Buenos Aires:Humanitas,1982.
- (4). OMS. Los objetivos de salud para todos. Objetivos de la estrategia regional europea de la salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- (5). Justamante, M. y Díez, M^a T. Educación para la Salud. Guía didáctica. Universidad de Alicante, 1999.
- (6). Rochón, A. Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Masson, S.A., 1992.
- (7). Costa, M. y López, E. Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide, 1996.
- (8). Castillo Sánchez, M.D. , Naranjo Rodríguez, J.A., León Espinosa de los Monteros, M.T., González García, F. Implementación de la Educación para la Salud en los centros docentes. Centro de Salud. 2002; 10/10: 524-30.

“Protocolización del uso del guante sanitario en Atención Primaria y Especializada”

INGLÉS GARCÍA DE LA CALERA, M. C.; PEREIRA RODRÍGUEZ, M. J.;
GARCÍA CORDERO MARTÍN, M. L.; ROSADO MARÍA, M.;
GÓMEZ GONZÁLEZ, M. A.; DE TORRES IGLESIAS, C.; ANDRADA ANDRADA, T.
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia

OBJETIVOS

- Informar de los criterios de uso del guante sanitario en función de las características fisicoquímicas de cada tipo de guante.
- Proteger a los trabajadores adecuadamente frente a los riesgos biológicos y químicos.
- Pautar las indicaciones higiénicas de los guantes.
- Limitar la utilización de guantes de látex con polvo.

METODOLOGÍA

- Ámbito de actuación: Áreas de Salud VI, VII y VIII de Extremadura.
- Se han realizado charlas informativas a personal sanitario y no sanitario tanto en Atención Primaria como Especializada.
- Distribución de los pósteres titulados “Protocolo de Utilización del Guante Sanitario” y “Si tienes problemas con los guantes acude a tu Servicio de Prevención” en ambos niveles de las tres áreas.
- Entrega personal a cada trabajador de documentación acerca del “Protocolo de Utilización del Guante Sanitario” con motivo de las recomendaciones derivadas de la vigilancia de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- European Standard EN455-1: 2000, 455-2: 2000, 455-3:1999, 374-3: 1994. European Committee for Standardization.
- Protective Glove Standard. Selection and Use. University of Toronto [en línea] 1999 January [Fecha de acceso 20 de noviembre de 2002]. URL disponible en: **www.utoronto.ca/safety/glovestd.htm**.
- Monsalve S, Escribano A, López P. El Guante adecuado para el uso adecuado. Allegiance S.L.; 2001
- Technical Information Bulletin - Potential for Allergy to Natural Rubber Latex Gloves and other Natural Rubber Products. OSHA [en línea] 1999 April 12 [Fecha de acceso 7 de mayo de 2002]. URL disponible en: **www.osha.gov/dts/tib/tib_data/tib19990412.html**
- Centers for Disease Control and Prevention Guideline for Hand Hygiene in Health- Care settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA. Hand Hygiene Task Force. MMWR 2002.; 51(Nº RR-16)
- Montilla E, Acebrón V, Fernández S. Protocolo de Enfermería: Higiene de las manos en el medio sanitario. Recomendaciones para el uso racional de guantes. SEMPSP. [en línea] [fecha de acceso 14 de enero de 2003]. URL disponible en <http://www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/desinf.htm>

“Habilidades para la Vida”

TERÁN SOMAZA, R. M.*; PUERTAS TERÁN, P. C.**; GARVI GARCIA, M.***

**Catedrática I.E.S. **Licenciado en Antropología*

****Enfermero*

INTRODUCCIÓN

Los componentes del grupo Antares, durante mucho tiempo, hemos buscado aquellos métodos que nos permitieran corregir conductas en los adolescentes, ya que éramos conscientes de que solo la información no basta. Encontramos la respuesta en los métodos Star, Life Skills Training y otros, desarrollados en los EE.UU, con resultados contrastados y que si no son la panacea para todos los males, han demostrado que, actualmente, junto con una correcta información sobre la salud y con la colaboración de los padres, son los más adecuados para prevenir malos hábitos de comportamiento en los adolescentes.

Cuántas veces hemos oído decir cómo el niño bueno se ha convertido en un adolescente insoportable, desde el punto de vista de los padres y todo porque no somos capaces de ir dándole libertad a medida que crecen, poco a poco, en dos procesos paralelos.

El niño pasa de un ambiente controlado y restringido, cuando es pequeño, a un ambiente cada vez más libre, a medida que crece, en la escuela o en el instituto, donde otras opiniones son más importantes para él, que la de sus padres. Pasa de un ambiente aséptico a otro donde se fuma, se bebe, se toman drogas, se habla de las maravillas de las relaciones sexuales y todo esto, al tiempo que su cuerpo y su mente se están produciendo cambios físicos y psíquicos importantes. Ya no se les da opción para aprender. De repente, se enfrentan a ese mundo y sus convicciones infantiles ya no les sirven, pero carecen de instrumentos que les permitan enfrentarlo con un mínimo de seguridad y tienen miedo.

OBJETIVOS

- Practicar las técnicas asertivas, cuya finalidad es lograr que los jóvenes sean menos vulnerables emocionalmente, a las críticas y a las burlas.

- Hacer que el niño se enfrente al error cometido, lo reconozca y no niegue la evidencia.
- Darle libertad para elegir, conociendo las consecuencias de la opción elegida.

MATERIAL Y MÉTODOS

La actividad se ha desarrollado dentro del grupo por lo tanto y además de entrenar en asertividad, se han realizado técnicas grupales, diferenciando entre conductas pasivas, agresivas y asertivas. Para ello se identificaron situaciones cotidianas.

RESULTADOS

La participación de los alumnos fue buena. Algunos se negaron a realizar determinados roles, pero en las críticas intervinieron todos.

CONCLUSIONES

Al interpretar los diferentes personajes en los diferentes rol-playing, observamos una desviación de la conducta hacia la agresividad y cuando preguntamos la razón de ese comportamiento, afirmaron que era un “modelo social”.

BIBLIOGRAFÍA

- Boukris,S., Donval,G. La adolescencia. Ed Salvat. Col. Guía de Salud. Barcelona. 1991.
- Luengo Martín, A y col. “Entrenamiento en habilidades de la vida”. Ministerio de Educación y Cultura. Universidad de Santiago.
- López,L. Y col. “Alcohol: ¿qué pasa con los jóvenes” Enfermería científica. 1994. nº 152-153. 31-35.
- Pallarés, M. Técnicas de grupo para educadores. Publicaciones ICCE. 1993.
- Smith, M. J. Sí puedo decir no. ED. Grijalbo. 1998.

*¿Cuidamos al cuidador? ¿Lo educamos?
La voluntad no es suficiente*

ALVARADO SOLÍS, A.*; JAVALOYES DE PERALTA, J. L.**;

ALONSO COELI, G.*; TORRICO PÉREZ, P.*

**ATS/DUE Centro de Salud de Trujillo*

***Médico Centro de Salud de Trujillo*

Hemos querido enviar un mensaje a las Instituciones de nuestra región (que es lo que más cerca tenemos) a través del póster presentado en las Jornadas de Educación para la Salud celebradas en Cáceres este año.

Las familias se encuentran solas en el proceso de cuidar a una persona dependiente y el apoyo por parte de los servicios sociosanitarios es todavía insuficiente en nuestro país.

El cuidador principal, puede llegar a interrumpir durante años su propio proyecto de vida.

Apoyar en los momentos de mayor crisis significa estar ahí para resolver sus dudas y minimizar sus miedos favoreciendo la expresión de sus sentimientos, emociones y expectativas a través de la escucha atenta. No paramos de escuchar: ...necesitamos vuestra ayuda, necesitamos vuestra responsabilidad como profesionales para poder sobrellevarlo mejor, para VIVIR MEJOR.

Nosotros intentamos:

- Escucha atenta a sus demandas y sugerencias.
- Dar tiempo para que asuma la situación.
- Información puntual, adecuada, honesta, comprensible y continua sobre la evolución del proceso.
- Entrenamiento y participación en las tareas de cuidado.
- Facilitar el descanso en caso de agotamiento del cuidador principal.

- Entrenamiento para las técnicas para el control de síntomas.
- Información de recursos disponibles en la comunidad.
- Fijar objetivos plausibles a corto y medio plazo.
- Vivir y cuidar día a día.
- Estimular la comunicación entre los miembros de la familia.
- Detectar patologías en otros miembros de la familia.
- Ayudar a la familia a utilizar sus propios recursos en la solución de sus problemas.
- Afecto y disponibilidad en la relación...

Realmente con la voluntad nuestra NO ES SUFICIENTE.

“Educación sexual en el adolescente”

FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, M.L.*; BENITO DEL SOL, S.*;
RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, P.**; VALIENTE DÍAZ, C.**; CATALÁN ABREU, S.*
**Enfermera/o Centro de Salud de Trujillo. **Matrona Centro de Salud de Trujillo*

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Concienciar al adolescente para una sexualidad responsable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descubrir cambios producidos en su propia sexualidad.
- Informar sobre anticonceptivos para facilitar la libre elección.
- Disminuir los embarazos no deseados.
- Disminuir la prevalencia de ETS.
- Facilitar el acceso al sistema sanitario.

METODOLOGÍA

Realizamos charlas informativas y taller, apoyándonos en métodos audiovisuales, y muestras de diferentes métodos anticonceptivos.

Terminamos contestando dudas surgidas y pasando una encuesta de satisfacción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Alumnos de 2º Ciclo ESO y Bachillerato: 313 alumnos:
161 mujeres - 152 hombres

Resultados postencuesta:

- Grado de participación:90%
- Asistencia a ponencias: 100-105%.
- Interés demostrado:92%.
- Conocimientos adquiridos:90%.

Encuesta de satisfacción.

- Lugar adecuado:75%.
- Material utilizado: (Muy bueno)49%.

CONFERENCIA DE CLAUSURA

*La educación para la salud en el nuevo modelo
Sanitario Extremeño*

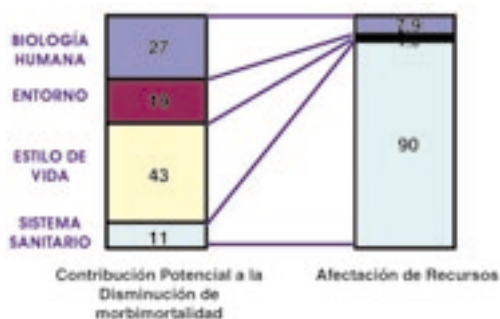
La EPS en el nuevo modelo Sanitario Extremeño. Hacia un Plan Estratégico a 5 años

PEDRO GARCÍA RAMOS
Director General de Salud Pública

Para establecer el marco donde desarrollar nuevos planes de educación para la salud, de un modo integrador, es necesario identificar tres pilares sobre los que ha de incidir nuestro trabajo:

- Necesidades establecidas desde diversas fuentes de observación.
- Recursos disponibles o susceptibles de ser utilizados.
- Organización deseable para conseguir los fines propuestos.

1.- El análisis de las necesidades pasa por una primera aproximación a la correlación existente entre los diversos determinantes de la salud y la afectación de los recursos disponibles, para dar respuesta a los mismos. La decisiva incidencia de los estilos de vida y del entorno en el que nos desarrollamos es sin embargo irrelevante cuando lo comparamos con la cantidad de recursos que las administraciones dedican a los mismos.



No es mi intención equipar el gasto al peso que cada uno de los determinantes tiene, porque resulta evidente que la inversión en tecnología, gasto farmacéutico y recursos humanos del sistema sanitario, no es comparable a las necesarias inversiones en el resto de los elementos que condicionan el estado de salud de la población. Sin embargo una pequeña desviación procedente del gasto sanitario a favor

de los elementos antes mencionados producirían una mejora en la eficiencia del sistema en su conjunto.

Pero además de las evidencias económicas, existen otra serie de datos objetivos, que hablan a favor de profundizar en la promoción del entorno y los hábitos saludables.



Haciendo una serie histórica con los fallecimientos acaecidos en nuestra Comunidad Autónoma durante la última década, podemos observar, que de un modo similar a lo que ocurre en el resto del país, las cinco primeras grandes causas de mortalidad tienen relación con los estilos de vida y con factores medioambientales.

Aunque, según los resultados de la recientemente publicada encuesta de salud de Extremadura, realizada durante el año 2001, la percepción que los extremeños tenemos de nuestra propia salud es buena o muy buena en el 67% de las personas encuestadas, no es menos cierto, que los encuestados reconocen que su médico les ha diagnosticado:

Hipertensión	44%
Hipercolesterolemia	28%
Diabetes	16%
Asma o bronquitis crónica	12%
Cardiopatía	12%
Úlcera Gastroduodenal	8%
Alergias	22%
Depresión	20%

Un 42% de todos los encuestados en población adulta, habían sido diagnosticados por su médico de uno o más de los procesos señalados anteriormente.

De la misma encuesta se desprende que:

- Fuman o han fumado el 52% de la población, persistiendo en la actualidad un 35%. Más de la mitad de todos ellos comenzaron a hacerlo antes de los 16 años.
- Un 30% de la población empezó a tomar alcohol antes de los 16 años.

- El 89% desarrolla una actividad sedentaria durante la semana y el 49% no hace ningún tipo de ejercicio durante su tiempo de ocio.
- Un importante porcentaje desarrolla su actividad laboral en actividades agrícolas y de servicios, teniendo en ellos una baja incidencia los programas de salud laboral.

Por todo ello la Educación para la Salud debe entenderse como una estrategia de la promoción de la salud y de la acción preventiva. Es un elemento clave para la adquisición, por parte de la población, de conocimientos y habilidades para intervenir en las decisiones que tengan efectos sobre la salud. deben marcarse como objetivos, no solo informar, sino fundamentalmente, motivar y capacitar la población para mejorar y proteger su salud.

2.- Los recursos que se pueden utilizar tienen que ver con los distintos sectores implicados, los niveles de protección y garantías, y fundamentalmente con los distintos escenarios donde puedan llevarse a cabo las intervenciones.

Comenzando por estos últimos, es necesario identificar el medio escolar, como el escenario más proclive a crear patrones de conducta y a interiorizar conceptos que redunden en la adquisición de habilidades y capacidades personales, cuya proyección a lo largo de la vida, no tiene comparación, con la labor que se hace en el escenario diametralmente opuesto, que podría ser el de un adulto enfermo. Entre ambos extremos, no podemos dejar de identificar dos elementos claves, y seguramente no muy bien desarrollados. Por un lado el medio laboral, en el que en la presente década es necesario desarrollar una estructura incipientes todavía; y por otro lado, un elemento fundamental en la consecución de nuestros objetivos, la Comunidad. Sobre este último, me extenderé más tarde.

Las distintas disciplinas o instituciones que proyectan su influencia sobre estos ámbitos con mayor intensidad, son desde luego, la Educación, la Sanidad, la Juventud, los Servicios Sociales, el Instituto de la Mujer, el Consumo y como no; una vez más, la propia Comunidad.

Recientemente hemos adquirido en nuestro ordenamiento jurídico diversos instrumentos que pretenden garantizar los soportes necesarios para hacer posible la atención a estas necesidades. Así la reciente ley de Ocio y Convivencia, pretende armonizar el derecho a la diversión con el respeto y protección de los más jóvenes frente a problemas emergentes. El Real Decreto de transferencias en materia de asistencia sanitaria, la Ley de Salud de Extremadura y el Plan de salud 2001-2004, nos facilitan instrumentos organizativos de primer orden, al mismo tiempo que fijan los compromisos políticos necesarios para hacerles frente, dando respuestas a

preceptos contenidos en la Ley General de Sanidad y en la propia Constitución como norma fundamental que reconoce el derecho de todos a la salud.

3.- El modelo organizativo, por el que hemos apostado desde Dirección General de Salud Pública, entendemos que da respuesta y participación a todos los sectores que de un modo u otro tienen un papel, en la consecución de mayores niveles de salud. Durante los dos últimos años hemos desarrollado el Programa de Ciudades Saludables. Gráficamente podemos describir su estructura como la de un gran edificio, donde cada uno de sus pilares y cimientos, tienen una razón de ser.



El soporte fundamental lo encontramos en el compromiso “Salud para Todos” y en la Agenda 21, donde tenemos las bases internacionalmente aceptadas de salvaguarda de derechos fundamentales, como el derecho a la salud y al desarrollo sostenible.

Sobre este pedestal se ha desarrollado legislación Nacional y Autonómica que da soporte a los siete pilares que sustentan la comunidad a la que sirven y que determinan en su conjunto la totalidad de los elementos modificables que inciden en la salud y en la carga de morbilidad de la población.



Alianzas y compromisos con el sector agroalimentario, del transporte, económico, social y sanitario, medioambiental, industrial y educativo son los elementos que hacen posible que una comunidad camine hacia un desarrollo saludable.

De este modo se estará en la línea apuntada entre los objetivos para la región Europea que ha dispuesto la OMS.

Este carácter multisectorial y de corresponsabilidad entre todos los elementos concernidos, se concreta en el objetivo 14 de la estrategia Salud 21, aprobado por la resolución del Comité Regional para Europa de la OMS, en su sesión nº 48, celebrada en Copenhague en Septiembre de 1998. Dicho Objetivo establece que

“antes del 2020 todos los sectores deberían haber reconocido y aceptado su responsabilidad en la salud”.

En este escenario se plantea la necesidad de alianzas y compromisos entre los diferentes sectores que habrá que materializar a corto plazo. Entre otros, el desarrollo de un plan estratégico de Educación para la Salud en Extremadura, con una vigencia de 5 años.



En dicho plan contemplamos cuatro estadios.

En primer lugar la aprobación de los principios y estrategias, estos parten del compromiso político de los estamentos implicados en su puesta en marcha y desarrollo. La necesaria adecuación de las infraestructuras de cada uno de los pilares a los que antes aludí, atendiendo a las necesidades planteadas desde los grupos de análisis. El compromiso de

toda la comunidad con los objetivos propuestos y de cada uno de los sectores corresponsablemente con aquellos que le son específicos y por último en establecer puentes y redes con comunidades e instituciones con fines similares, en un continuo y permanente cambio de experiencias.



JORNADAS EXTREMEÑAS DE EDUCACION
PARA LA SALUD.

Agradecimiento

*A todos los autores por el esfuerzo
realizado para que este libro haya
podido materializarse*