FAUSTO | VALADEZ | ALFARO | VALDEZ

La obesidad en preescolares y escolares, un problema emergente

Metodología para el abordaje y el desarrollo comunitario en salud materno infantil

EDITORIAL UNIVERSITARIA

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

La obesidad en preescolares y escolares, un problema emergente

Metodología para el abordaje y el desarrollo comunitario en salud materno infantil

FAUSTO | VALADEZ | ALFARO | VALDEZ

La obesidad en preescolares y escolares, un problema emergente

Metodología para el abordaje y el desarrollo comunitario en salud materno infantil

EDITORIAL UNIVERSITARIA

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

Itzcóatl Tonatiuh Bravo Padilla
Rectoría General

Miguel Ángel Navarro Navarro
Vicerrectoría Ejecutiva

José Alfredo Peña Ramos
Secretaría General

Jaime Andrade Villanueva
Rectoría del Centro Universitario de Ciencias de la Salud

José Antonio Ibarra Cervantes
Corporativo de Empresas Universitarias

Sayri Karp Mitastein
Dirección de la Editorial Universitaria

La obesidad en preescolares y escolares, un problema emergente: metodología para el abordaje y el desarrollo comunitario en salud materno infantil / Fausto… [et al.] -- 1a ed. – Guadalajara, Jalisco : Editorial Universitaria : Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2015.
136 p. : il. ; 23 cm. – (Colección Monografías de la Academia).
Bibliografía: p. 123-32.

ISBN 978 607 742 250 1

1. Obesidad en niños 2. Obesidad-Prevención y control 3. Salud pública-México 4. Educación para la Salud I. Fausto Guerra, Josefina. II. Serie

618.923 98 .O126 CDD
RJ399 .C6 .O126 LC

D.R. © 2015, Universidad de Guadalajara

Primera edición, 2015

Textos
© Josefina Fausto Guerra
Isabel de la Asunción Valadez Figueroa
Noé Alfaro Alfaro
Rosa María Valdez López

Coordinación Editorial
Sol Ortega Ruelas

Diagramación e ilustraciones
Mónica Arreola Gutiérrez

Corrección
Lurdes Asiain

Este trabajo está autorizado bajo la licencia Creative Commons Atribución-NoComercialSinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND) lo que significa que el texto puede ser compartido y redistribuido, siempre que el crédito sea otorgado al autor, pero no puede ser mezclado, transformado, construir sobre él ni utilizado con propósitos comerciales. Para más detalles consúltese https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

EDITORIAL UNIVERSITARIA

Editorial Universitaria
José Bonifacio Andrada 2679
Colonia Lomas de Guevara
44657 Guadalajara, Jalisco

01 800 834 54276
www.editorial.udg.mx

ISBN 978 607 742 250 1

Septiembre de 2015

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Todos los derechos de autor y conexos de este libro, así como de cualquiera de sus contenidos, se encuentran reservados y pertenecen a la Universidad de Guadalajara. Por lo que se prohíbe la reproducción, el registro o la transmisión parcial o total de esta obra por cualquier sistema de recuperación de información, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, existente o por existir, sin el permiso por escrito del titular de los derechos correspondientes.

Queda prohibido cualquier uso, reproducción, extracción, recopilación, procesamiento, transformación y/o explotación, sea total o parcial, sea en el pasado, en el presente o en el futuro, con fines de entrenamiento de cualquier clase de inteligencia artificial, minería de datos y texto y, en general, cualquier fin de desarrollo o comercialización de sistemas, herramientas o tecnologías de inteligencia artificial, incluyendo pero no limitando a la generación de obras derivadas o contenidos basados total o parcialmente en este libro y/o en alguna de sus partes. Cualquier acto de los aquí descritos o cualquier otro similar, está sujeto a la celebración de una licencia. Realizar alguna de esas conductas sin autorización puede resultar en el ejercicio de acciones jurídicas.

En la formación de este libro se utilizaron las familias tipográficas Minion Pro, diseñada por Robert Slimbach, y Ronnia, diseñada por Veronika Burian y José Scaglione.

Índice

7 Presentación

16 La obesidad como problema emergente en México

33 Análisis de la obesidad desde los determinantes sociales

44 Enfoques educativos para la salud alimentaria

76 Aspectos teórico-conceptuales del diagnóstico social

85 El autodiagnóstico o diagnóstico participativo

110 Aspectos teórico-conceptuales de la planificación y la evaluación

117 Guía para el diseño y la formulación de programas

123 Bibliografía

Presentación

Salud materno-infantil y obesidad

El concepto de salud materno-infantil ha experimentado un proceso de cambio constante. La preservación de la vida humana como especie se realiza por medio de su reproducción. Las condiciones en que ésta sucede son determinantes del estado de la salud reproductiva. Además, las formas de enfermar y morir del grupo materno-infantil están condicionadas por el estilo de vida de sus padres, la genética humana, el medio ambiente, el lugar donde viven, trabajan, su nivel socioeconómico y educativo. La salud sexual de la pareja y sus cuidados durante el embarazo, parto y puerperio, son importantes para que el recién nacido y la mujer puérpera gocen de buena salud (Alfaro, 2013).

Conceptualización de la salud reproductiva

Al principio de la década de los años sesenta se fortaleció la mayor sistematización de la Planificación Familiar para regular el crecimiento demográfico. Se consideró que proporcionar medios para mejorar la salud y la sobrevivencia de los niños era un objetivo en sí, además de un medio para incrementar la aceptación de los métodos para planificar la familia. En los años setenta y ochenta surgieron los conceptos y programas de Salud Materno-Infantil y Sobrevivencia en la Infancia. Las acciones de planificación familiar se dirigieron principalmente a las mujeres. Su evaluación estaba más centrada en la cantidad de aceptantes de anticonceptivos, que en la habilidad de los individuos y las parejas para tomar decisiones que mejoraran su vida reproductiva (Corvalán, 1979).

El concepto Salud Materno-infantil se refiere a todos aquellos problemas de la mujer relacionados con el embarazo, el parto, el puerperio y las condiciones del niño pequeño. Se concibe la salud de la mujer como medio para alcanzar la salud infantil, por lo que los programas ofrecen pocos o ningún servicio para ella fuera de este periodo (Lavín y Villar, 1990).

En algunos países se instrumentaron subdivisiones del área Materno-Infantil de acuerdo con la especialización médica: Materno-Perinatal a cargo de gineco-obstetras y perinatólogos e Infantil a cargo de pediatras. La primera para atender los efectos del proceso de gestación y parto en mujeres y feto/neonatos y la segunda para problemas de crecimiento y desarrollo hasta la adolescencia (Christopher, 1993).

Al inicio de la década de los ochenta se menciona el concepto Patrones Reproductivos, que se refiere a las edades en que las madres tienen a sus hijos, a la duración de los intervalos entre partos, el número total de alumbramientos, así como a la relación que guardan con la salud de las mujeres y los niños.

A finales de los años ochenta surge la iniciativa internacional Maternidad sin Riesgo, que incluye aspectos relacionados con el embarazo, el parto, el puerperio, métodos de planificación familiar, accesibilidad y solicitud de los servicios y calidad de la atención. El concepto y los programas de él derivados incluyen únicamente a las mujeres que desean tener hijos y/o están embarazadas y sólo toca indirectamente otros problemas reproductivos.

Los conceptos vigentes hasta esa época en torno a la salud materno-infantil eran muy restrictivos y excluían aspectos relacionados con la reproducción humana como: la actividad sexual, la condición de los órganos reproductores, el estado general de salud, el papel del padre, los procesos de reproducción comunitarios, etc., por lo que se genera el concepto Salud Reproductiva, con una finalidad acotada (Alarcón, 1993; Szasz, 2003).

Este concepto se ha explicado de diversas maneras. En 1990, en la Reunión sobre Identificación de Prioridades de Investigación en Salud Reproductiva en América Latina, realizada en la Habana Cuba (Lavín y Villar, 1990), se definió como:

> Buen nivel de salud reproductiva significa que los individuos de ambos sexos tienen todo su potencialidad reproductiva (psico-morfo-funcional) intacta de acuerdo con su edad cronológica; de modo que si se intenta reproducir, o sólo desean tener actividad sexual sin fines de reproductivos, pueden hacerlo en el momento que lo deseen, sin sufrir como consecuencia de ello deterioro o daño en sus niveles de salud, ni que tampoco exista menoscabo en la salud (crecimiento, desarrollo y sobrevida) del producto de la concepción (feto neonato). Se establece asociación entre potencialidades con aspectos psicológicos y biológicos, estos últimos divididos en morfológicos y fisiológicos, y la omisión de factores de tipo social. Esta definición sitúa la salud reproductiva como fragmento aislado del proceso real de salud-enfermedad y lo disocia de su contexto histórico-social.

Las definiciones de salud reproductiva y sexual y de derechos reproductivos y sexuales están recogidas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (2004): "La salud reproductiva es

un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos". En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información, de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén prohibidos por la ley y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consonancia con esta definición, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la ella. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (OMS, 2004).

Los elementos de la realidad social que condicionan o determinan la salud reproductiva en México, deben ser incorporados en un enfoque más integrado que permita afrontar problemas existentes con mayor éxito que en el pasado. Los factores propuestos para su abordaje en el Programa Salud Preproductiva y Sociedad que se llevó a cabo en El Colegio de México (Szasz, 1999) y en la Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos fueron: características socioeconómicas y culturales, condiciones y estilos de vida; factores sociales derivados del género; abuso y violencia; calidad e integración de los servicios de salud y planificación familiar; análisis de la armonía de la visión médica; percepción de la mujer sobre sus necesidades; papel de la familia, prácticas comunitarias; legislación; morbilidad y mortalidad materno-infantil; y participación común, entre otros.

Como señalan Mario Bronfman y Catalina Denman, existen diferentes usos del concepto y diversos trabajos que lo documentan, desde antes de su adopción internacional en 1994. Existen diferentes usos del concepto y diversos trabajos que lo documentan, incluso desde antes de su adopción internacional en 1994. Este concepto se ha reformulado a partir de diversos eventos, programas internacionales y, sobre todo, de la relación, la discusión, los consensos y disensos de los diversos sectores sociales; sectores gubernamentales, organizaciones civiles, sectores académicos y de investigación y de organismos financiadores que en ella intervienen (Bronfman, 1994; Modena, 1990).

La ONU retoma este concepto en los Objetivos del Milenio y se relaciona con los objetivos 3, 5 y 6, en los que se plantea proveer igualdad de género y autonomía a la mujer, mejorar la salud materna y atender el problema del sida.

En la Cumbre del Milenio de 2005 se consideró la salud sexual y reproductiva como factor determinante para el logro del desarrollo humano. Por su parte, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 2003 confirma que: "la salud sexual y reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental" (Derechos Humanos, 2003). La salud reproductiva mantiene un fuerte vínculo con la salud de la mujer, que se extiende a la salud de los hijos.

El programa gubernamental de Salud en México de 2001 hasta 2012 instrumentó el programa Equidad de Género y Salud Reproductiva y Arranque Parejo en la Vida. Para el periodo 2013-2018 se han propuesto en el programa sectorial de Salud las siguientes estrategias (Secretaría de Salud, 2013):

- Incrementar el acceso a la salud sexual y reproductiva con especial énfasis en adolescentes y poblaciones vulnerables.
- Mejorar el proceso para la detección y la atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cérvico-uterino, de mama y próstata.
- Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil y en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas.
- Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas.
- Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género.

Se han desarrollado para esta administración los siguientes planes de acción específicos, 2013-2018:

- Lograr acceso de mujeres y hombres en etapas preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.
  - Incrementar el acceso universal en las etapas preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y neonatal a servicios con alta calidad.
  - Promover la nutrición efectiva en forma temprana y específica, en las etapas preconcepcional, prenatal y neonatal.
- Reducir morbilidad y mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación, adolescentes y de riesgo.
  - Promover formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral preconcepcional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato.
  - Contribuir a prevenir embarazos de alto riesgo impulsando el acceso a métodos anticonceptivos, respetando la libre decisión de las mujeres (Reyes Zapata, 2014).

El concepto busca la integridad disciplinar de etapas de la vida y el desarrollo de actores, temas y modelos de abordaje. Enfrenta la situación filosófica, teórica y conceptual de las sociedades y el conocimiento complejo y de la corrientes posmodernistas. Se ilustran gráficamente el desarrollo teórico y la complejidad

del concepto salud reproductiva, retomando tan sólo dos temáticas: sexualidad y reproducción (Villaseñor, 2006).

Sexualidad

Aspectos	Disciplinas	Temas	F'
Sexuales no reproductivas	Biomédicas	Fisiología	0
	Sexología	Trastornos	0
	Sociontropología	Disfunciones	0
	Teoría Feminista	ITS/SIDA	+++
		Deseo	0
		Placer	0
		Comportamiento	+++
		Violencia	+
		Sexo-género	++
		Diversidad sexual	0
		Derechos sexuales	+

Reproducción

Contenidos de la reproducción sexual

Etapas	Disciplinas	Temas F1
Pre-reproductiva	Biomédica Socioantropología Teoría feminista Educación	Menstruación ++ Educación para la salud sexual y reproductiva ++++ Derechos s y r ++
Reproductiva	Biomédica Epidemiología Demografía Economía Política Socioantropología Teoría feminista Educación	Comportamiento sr ++++ Embarazo ++++ Parto ++++ Puerperio +++ Lactancia +++ Maternidad ++ Pf y anticoncepción ++++ Aborto ++++ Alternativas conceptivas + Its ++ Sida ++++ Mortalidad materna ++++ Mortalidad infantil Perspectiva social ++ Servicios y práctica médica ++ Medicina tradicional ++++ Políticas públicas ++++ Fecundidad ++++ Natalidad ++++ Migración + Trabajo ++ Ciudadanía + Género +++ Ética y legislación +

Figura 1.1. Desarrollo teórico ejemplificador de complejidad conceptual en SR.

Si bien en el concepto *salud materno-infantil* se incluyen todos aquellos problemas de la mujer relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, así como las condiciones del producto de la concepción, también debe considerar lo concerniente al varón, ya que sin su participación no sólo no hay embarazo, sino que tampoco se contagiarian muchas de las infecciones de transmisión sexual. Comprende la inter-relación de género, la reproducción humana, el comportamiento propio de los integrantes de esta tríada y su repercusión en la salud.

El concepto salud materno-infantil se refiere al vínculo entre la madre y su hijo; relación en donde el estado de salud durante las fases del embarazo, el parto y el puerperio delimita las condiciones del infante en las etapas prenatal, natal y posnatal hasta los cinco años de vida o más.

Las instituciones de salud ofrecen sus servicios para la atención a la mujer embarazada durante la concepción, la gestación, el parto, el puerperio y para el cuidado del desarrollo del niño hasta su adolescencia. También se atienden los problemas de salud de la mujer desde la pubertad a la menopausia, independientemente de que tenga o no hijos o relaciones sexuales.

Desde el punto de vista conceptual se debe aplicar el término *trinomio*, que involucra a la pareja hombre/mujer unidos y al hijo o hijos (con un enfoque biológico, ya que se requiere la participación de un hombre y una mujer para la procreación de un nuevo ser, en la relación madre-hijo = binomio); sin embargo, su incorporación como base de la sustentación del enfoque integral de la salud reproductiva, va más allá de los conceptos antes vertidos y universalmente aceptados: se integra al varón de manera activa en cada uno de los procesos de la salud reproductiva, incluidos el cuidado de su propio equilibrio bio-psico-social y su participación como padre sustituto (Cardona, Ruiz, Ávila y Madrazo, 1997).

El Cuerpo Académico en Salud Materno-Infantil de la Universidad de Guadalajara ha revisado los conceptos previos y propone que se incluya a la madre, al padre e hijo, conforme un enfoque de complementariedad de género y equidad en salud que considere la participación comunitaria en la operación de los servicios de salud para la etapa reproductiva y otra que es propiamente la salud materno-infantil (Alarcón, 1993):

Salud materno-infantil

Mujer

- Salud de la mujer no embarazada
- Salud de la mujer embarazada

Etapa reproductiva

- Salud preconcepcional
- Salud obstétrica
- Salud perinatal
- Salud psicológica
- Salud social

Recién nacido

- Etapa neonatal
- Etapa posneonatal

- Etapa Infantil
- Preescolar
- Escolar
- Adolescencia

Hombre
- Salud del Hombre
- Planificación familiar
- Control de infección de transmisión sexual

Promoción
- Educación para la salud
- Ejercicio de la sexualidad
- Enfoque de género
- Equidad y calidad de recursos que apoyan a la salud en general

Políticas de salud
- Políticas en Salud Materno-Infantil con impacto.

Factores determinantes de la salud materno-infantil

Uno de los principales factores que inciden en la salud materno-infantil y reproductiva es la pobreza. En la región de América Latina y el Caribe, la mayoría de la población pobre tiene menos de 30 años. Aquellas mujeres con bajos recursos socioeconómicos se caracterizan por abandono temprano de sus estudios, maternidad en su adolescencia y altas tasas de fecundidad. En contraste, las mujeres de estrato socioeconómico medio o alto reportan maternidad tardía, con una tasa de fecundidad baja (Morlachetti, 2007). Las mujeres que tienen su primer hijo en la edad adolescente, tienen dos o tres hijos más que las mujeres que paren su primer hijo después de los 20 años.

La mayoría de los problemas en la sociedad adulta se origina en los primeros años de la infancia. Los niños que nacen en un ambiente desfavorable tienen mayores posibilidades de mostrar bajo desempeño escolar y, al llegar a adultos, perciben menores ingresos, pero tienen mayor número de hijos, lo que se traduce en una menor calidad sanitaria, al no disponer de recursos económicos para su acceso. La educación genera una enorme reducción en la inequidad sanitaria, que se logra con intervenciones tempranas que prevengan dicha desigualdad en la salud (OMS, 2009a).

Tanto la pobreza como la inequidad sanitaria contribuyen al aumento en la tasa de mortalidad materno-infantil. El *Balance de la supervivencia materna, del*

recién nacido y del niño; reporte de la década 2000-2010, refiere que hay evidencia de que la mortalidad materno-infantil es dos veces mayor en hogares con escasos recursos, en comparación con aquellos con altos ingresos económicos. En los primeros se conjuga un conjunto de factores que llevan al aumento de la tasa de mortalidad materno-infantil, entre ellos: alimentación deficiente, inseguridad alimentaria y, en consecuencia, desnutrición u obesidad; deficiencia en los servicios básicos, como agua potable, drenaje, alcantarillado; y familias con déficit en el cuidado de la salud (Countdown Coverage Writing Group, 2010).

La esperanza de vida de una persona residente de Japón o Suecia es de hasta 80 años, mientras que en India es de apenas 63 años y en algunos países africanos de 50 años, según el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales en la Salud. Sin embargo, este descenso en la esperanza de vida no solamente se puede observar en los países más pobres, sino, también, en aquellas regiones desarrolladas o en vías de desarrollo con grandes inequidades: entre más precaria es la situación socioeconómica de la población, más improbable será el acceso a la salud y, por ende, más altos los índices de mortalidad.

La inequidad sanitaria influye en la salud de los pobres, así como el gradiente social de salud en los países provocado por una distribución desigual del poder, los ingresos y los servicios. Por esto, el sistema económico y político interviene de una manera importante en la erradicación o la producción de dicha desigualdad en la salud.

La OMS (2009) señala que las determinantes sociales de la salud materna, del neonato y del infante son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el acceso al sistema de salud. Estas circunstancias son resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a escalas mundial, nacional y local, que están influidas por las políticas vigentes. Estas desigualdades se manifiestan en que los países en desarrollo presentan mayores tasas de mortalidad materna e infantil.

Para mejorar la salud, la OMS propone trabajar en tres dimensiones:

- Actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud para crear sociedades inclusivas, equitativas, económicamente progresivas y sanas.
- Reducción de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles.
- Fortalecer sistemas de salud mediante mayor financiamiento de la sanidad, contratación, desarrollo, capacitación y retención del personal sanitario, acceso a fármacos, vacunas y tecnologías médicas, seguros y mejor infraestructura de salud.

Obesidad en escolares

El estudio de la salud desde los determinantes sociales de ésta no es nuevo, ya que diversos problemas relacionados con ella se han abordado desde este enfoque. Uno de estos problemas emergentes es la obesidad, principalmente en el grupo escolar. En México, los resultados de la encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 mostraron una prevalencia de sobrepeso y obesidad elevada en niños, adolescentes y adultos, similar a la encontrada en 2006, pero 8% superior a las cifras de 1999. Lo anterior dio origen a una serie de políticas y programas para mejorar la salud alimentaria y la actividad física de la población mexicana (Loreto, 2013).

CAPÍTULO 1

La obesidad como problema emergente en México

Antes de presentar un panorama actualizado de cómo ha evolucionado la magnitud del problema emergente de la obesidad en México, ofrecemos un itinerario de su desarrollo en el mundo a lo largo de la historia.

La obesidad en la antigüedad

Prehistoria

La alimentación ha tenido un papel fundamental en la vida del hombre a lo largo de la historia. En el paleolítico, cuando el hombre era nómada, se alimentaba de animales y algunas plantas y frutos, su dieta estaba constituida por proteínas, grasas, vitaminas, minerales y carbohidratos complejos necesarios por el estilo de vida del hombre de las "cavernas", que era muy intenso, pues caminaba mucho al tener que seguir a los animales que migraban de acuerdo con el clima que era muy cambiante en esa época (Flandrin y Montanari, 1996). Además, era casi imposible el acopio de alimentos, razón por la cual los distribuían de forma igualitaria entre los integrantes de las tribus. Sin embargo, durante el periodo más frío de la última glaciación (27 000-19 000 a.C.) en Europa se encontraron vestigios de Venus obesas, lo que sugiere la existencia (aunque excepcional) de alguna forma especial de organización que permitía el almacenamiento de alimentos o del desarrollo de estrategias para que algunos de sus miembros estuvieran sobrealimentados. Con el desarrollo de la agricultura y la ganadería, entre 10 000 y 5 000 a.C., la provisión de alimentos fue más regular y segura y la necesidad de la obesidad como estrategia protectora fue disminuyendo. La Venus del neolítico, así lo refleja (Montero, 2001).

Grecia: Hipócrates

En la antigua Grecia, la fuerza y la potencia de algunos robustos atletas fueron muy bien vistas por algunos sectores sociales, según se desprende de la fama de Milo de Crotón, por su gran apetito y como luchador (entre 536-520 a.C.). Sin embargo, en el *Corpus Hipocráticums* fueron reconocidos los riesgos de la obesidad, como se desprende de esta afirmación: "La muerte súbita es más frecuente en aquellos que son naturalmente obesos". De forma paulatina, y a pesar de alguna reivindicación renacentista, la figura obesa fue perdiendo valor sociocultural como ideal de belleza. Empero, este problema se intensificó con el advenimiento de la revolución industrial (convirtiéndose en la primera de las "enfermedades de la civilización" (Bray, 1990).

Roma: Galeno

Galeno (siglo II a.C.), que nació en Grecia pero residió en Roma, es una de las personalidades más importantes en la historia de la Medicina. Escribió más de 125 libros médicos que tuvieron gran influencia en los siguientes 1 300 años. Aunque él siguió fiel a la medicina hipocrática creyendo en los cuatro elementos y los cuatro humores, en relación con la obesidad elaboró algunos conceptos juiciosos de valor clínico. Galeno identifica dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada. Considera la primera como natural y la segunda como mórbida. En su libro "De Sanite Tuenda" expone que: "El arte higiénico promete mantener en buena salud a aquellos que lo obedecen, pero no así a aquellos que no lo hacen". Galeno veía, por tanto, la obesidad relacionada con un estilo de vida inadecuado. Algunos de sus consejos están dirigidos a intentar corregir esta desviación: "Yo he conseguido adelgazar a un paciente obeso en un tiempo breve aconsejándole que corriera velozmente". Tras el ejercicio, "le di abundante comida poco nutritiva a fin de saciarle y de que aquella se distribuyera poco en el cuerpo entero" (Bray, 1990).

Cultura cristiana

San Pablo (siglo I d.C.), en su Epístola a los filipenses afirmó que "Los enemigos de la cruz de Cristo cuyo final es la destrucción, cuyo dios es su barriga".

Tanto San Agustín en el siglo V, como Gregorio I en el siglo VII, incorporaron la glotonería como uno de los siete pecados capitales. La obesidad era infrecuente en esta época y, por tanto, no se solía relacionar con la glotonería durante este periodo, pero esta conexión se estableció posteriormente a medida que la disponibilidad de alimentos aumentó (Stunkard, LaFleur y Wadden, 1998).

Edad Media

Tras el hundimiento del Imperio romano, la influencia de la docencia médica pasó de Roma al mundo árabe y a Bizancio, de tal modo que durante la Edad Media, la medicina árabe alcanzó gran prestigio y difusión. Su representante más importante fue Avicenna (siglos x-xi). Su enciclopedia médica, traducida al latín con el título de *Canon*, se convirtió en el texto básico que se utilizó para la enseñanza de la medicina durante cinco siglos. En el *Canon*, Avicenna describe las recomendaciones, algunas muy atinadas, para tratar la obesidad: Procurar un rápido descenso de los alimentos por el estómago y el intestino con objeto de evitar su completa absorción por el mesenterio. Tomar alimentos voluminosos pero poco nutritivos. Tomar un baño, a menudo, antes de comer. Ejercicio intenso (Stunkard, LaFleur y Wadden, 1998).

Edad Moderna

Como ya se ha comentado, la glotonería era claramente condenada en la cultura cristiana antigua, de tal modo que San Agustín en el siglo v y Gregorio I en el siglo vii, incorporaron la gula a los siete pecados capitales.

En Europa, al comienzo de la Edad Moderna, a finales del siglo xv, había mayor disponibilidad de comida y la glotonería ya se relacionaba claramente con la obesidad.

El célebre pintor neerlandés Hieronymus Bosch (1450-1516), en su obra *Los siete pecados capitales* representó el Ojo de Dios, que todo lo ve, en un pequeño círculo central, mientras que los pecados eran representados en siete paneles que en conjunto formaban un gran círculo. El significado de la pintura era que una transgresión podía fácilmente conducir a otra. La obesidad es claramente estigmatizada al identificarse la gula con un sujeto obeso que come y bebe sin mesura (Powers, 1980).

Siglos xvi-xvii

Durante el transcurso de estos siglos, en especial del xvii, aumenta en Europa, como es lógico, la publicación de textos y monografías médicos. Este hecho permite conocer mucho mejor la historia de la Medicina y, también, evidentemente, la de la obesidad. Las primeras monografías, cuyo tema principal es la obesidad, se publican a finales del siglo xvi y durante el xvii. Todos estos textos, que se publicaron en latín y trataron fundamentalmente de aspectos clínicos de la obesidad, todavía estaban influenciados por el pensamiento de Hipócrates y de Galeno e

introducían ya nuevas ideas acerca de aspectos físicos y químicos que constituían una base teórica para la comprensión de la función del organismo. Uno de los máximos difusores de estas ideas fue el creador de la escuela yatromecánica, el italiano Giovanni Alfonso Borelli (1608-1679); sus ideas acerca de la obesidad de base física o mecánica resultaron menos culpabilizadoras para el obeso, que las teorías de Galeno hasta entonces vigentes.

Otra escuela del siglo XVII, la yatroquímica, relacionaba la enfermedad con las fermentaciones y la putrefacción.

El médico flamenco Jan Baptiste Helmont (1577-1644), en su libro *Ortus Medicinae*, relacionó la obesidad con las teorías yatroquímicas. En esta época, como en otras anteriores de la humanidad, el sobrepeso y la obesidad, utilizando la nomenclatura actual, eran símbolos de fecundidad y de atractivo sexual, así como de salud y bienestar. Este hecho queda representado en diversas imágenes pictóricas, como las realizadas por el famoso pintor flamenco Peter Paulus Rubens (1577-1640). Se comentaba que para ser una modelo de Rubens, la mujer debía pesar, por lo menos, 200 libras, lo que resulta muy significativo para definir la valoración positiva, cultural y social de la obesidad en esta época (Powers, 1980).

Siglo XVIII

Durante el siglo XVIII se publicaron al menos 34 tesis doctorales en relación con la obesidad, lo que demuestra el gran interés por este tema en la época. Además, en 1727 Thomas Short publicó la primera monografía escrita en inglés sobre la obesidad: "Discourse on the causes and effects of corpulency together with the method for its prevention and cure". En este documento, Short hace constar el gran número de casos de obesidad y, asimismo, menciona como causas de la obesidad el sedentarismo y la ingesta de algunos alimentos: dulces, grasas o sustancias ricas en aceites.

Hacia la segunda mitad de ese mismo siglo, con el desarrollo de la máquina de vapor dio inicio la Revolución Industrial, hecho trascendental en la historia de la humanidad por los efectos y transformaciones económicas, sociales, demográficas y ambientales que trajo consigo. Para esa época, el desarrollo industrial inglés favoreció la creación de prestigiosos centros para la enseñanza de la medicina en Edimburgo, Escocia. Para 1760, Malcolm Flemyng publica otra monografía acerca de la obesidad: "A discourse on the nature, causes and cure of corpulency"; este autor también consideraba la obesidad severa como una enfermedad, en cuanto que limita las funciones del cuerpo y acorta la vida como resultado de las peligrosas alteraciones que conlleva (Morales, 2010).

Edad Contemporánea

Siglo XIX y XX

En el siglo XIX, otro avance en la medicina fue la aplicación de los métodos cuantitativos. El estadístico, matemático y sociólogo belga Adolphe Quetelet (1796-1874) publicó en 1835 la obra: "Sur l'homme et le développement de ses facultés: essai de phisique sociale", en la que propone que el peso corporal, expresado en kilogramos (kg) debe ser corregido en función de la estatura, expresada en metros y elevada al cuadrado (m^2). De esta manera surge el índice de Quetelet, o de masa corporal (IMC), que se expresa en kg/m^2; pero cayó en el olvido hasta muy avanzado el siglo XX, cuando se empezó a aplicar de manera generalizada como método de evaluación del estado nutricional, desde la desnutrición hasta la obesidad (Morales, 2010).

Los primeros años del siglo XX, y hasta nuestros días, se caracterizaron por algunos acontecimientos importantes que, en diverso grado, tendrían una incidencia importante en la evolución del modo alimentario. Ante todo, tenemos la revolución industrial que tuvo como consecuencia, el éxodo rural y la formidable expansión de la urbanización. Pero está también el triunfo de la economía de mercado sobre la de subsistencia, así como el descomunal desarrollo de los transportes y del comercio internacional.

La industrialización en el sector de la alimentación se vuelve importante y la elaboración de los productos comestibles tradicionales (harinas, aceites, mermeladas, mantequillas, quesos…), antes artesanal, se realiza ahora en grandes fábricas, incluso gigantescas. Asimismo, el descubrimiento de procedimientos de conservación, como la esterilización al calor en una burbuja (apertización) y posteriormente el ultra congelado, permiten preparar gran número de alimentos frescos en forma de conservas o de ultra congelados (frutas, legumbres, carnes, pescado…).

La evolución de las costumbres y de la sociedad que se caracteriza ahora por la degradación de la función del ama de casa y la emancipación femenina, favorece el desarrollo de la industria del "prêt-à-porter alimenticio" (alimentos precocidos y alimentos rápidos) (Flandrin y Montanari, 1996).

El desarrollo de los transportes y del comercio mundial permite, no solamente generalizar el consumo de productos exóticos (naranja, toronja, bananos, maní, cacao, café, etc.), sino también conseguir en todas las estaciones los productos que sólo se conseguían antes en ciertas temporadas, por ejemplo: fresas y frambuesas en navidad, manzanas y uvas en primavera.

Pero el fenómeno más característico de este periodo se manifiesta de manera exponencial sobre todo en estos cincuenta últimos años. Se trata de la mundialización de un modo alimenticio desestructurado de tipo estadounidense, en el que el *fast food* (alimentos de restauración rápida) es una de las mayores realizaciones.

Afortunadamente, la mayoría de los países conserva todavía cierto apego cultural a sus hábitos alimenticios tradicionales, como es el caso de los países latinos. Identificamos incluso en estos países una especie de renovación al culto de las tradiciones culinarias y gastronómicas. Pero estas resistencias probablemente no serán suficientes para evitar la estandarización mundial (globalización) del modo alimenticio que contamina insidiosamente todas las culturas.

En definitiva, nuestra sociedad contemporánea se caracteriza, en comparación con la escasez de las sociedades tradicionales, por una economía de la abundancia, es decir, comemos demasiado (Flandrin y Montanari, 1996). Ahora bien, con respecto del apetito actual del occidente industrializado, puede pensarse que, aunque excesivo, no se sacia. La sobrealimentación contemporánea reviste aspectos inéditos, pues no se debe a "orgías alimentarias" parecidas a las de los cazadores después de una buena campaña, ni a los festines dionisíacos propios de las grandes ocasiones de la mayoría de las sociedades agrícolas durante los que se consumen cantidades extraordinarias de carne, grasa y alcohol. Por el contrario, en nuestra sociedad contemporánea pareciera que este tipo de excesos festivos está en vías de desaparición. Hoy en día no se celebran, casi, los banquetes en los que se consumen de golpe varios miles de calorías… Pero, la mayoría de las personas, desde la infancia picotea (come) continuamente entre comidas, golosinas, bebidas azucaradas, galletas, frituras y diversos antojos, en un constante viaje de ida y vuelta al refrigerador. El hambre ya no nos amenaza, nos "cosquillea". Ya no se vive en la época de la *grande bouffe*, sino en la del "gran picoteo" (Fischler, 1979).

Por otra parte, con la aparición de las empresas trasnacionales dedicadas a la producción y venta de comestibles en el mercado mundial, nuestros hábitos dietéticos se ven ceñidos por una forma de cómputos de costes y beneficios cada vez más precisa, pero también más parcial. En grado cada vez mayor, lo que es bueno para comer es lo que es bueno para vender. Además, la opulencia ha resultado tener sus propias e imprevistas limitaciones en forma de costumbres alimentarias cuyos peligros derivan, no de la escasez, sino de la abundancia excesiva de alimentos. Hoy en día nos hemos dado cuenta de que los mecanismos que "encienden" el apetito humano son mucho más sensibles que los que lo "apagan". Este defecto genético es una invitación permanente a la industria alimentaria para que sobrealimente a sus clientes. Es cierto, sin embargo, que el coste en términos de obesidad y trastornos cardiovasculares está llevando ya a una aversión cada vez más extendida hacia los alimentos de origen animal con alto contenido de grasas y colesterol (Harris, 1989).

Para comer mejor debemos saber más sobre las causas y consecuencias de nuestros cambiantes hábitos alimentarios. Debemos considerar las prácticas nocivas para la salud, también, como aspectos de la vida cultural y determinados por factores socioculturales. En este sentido, hacen falta, por ejemplo, estudios que definan cuáles son los efectos de la escolaridad precoz y de su prolongación, de la

presión del entorno, de las conductas adoptadas para hacer frente a las situaciones vitales, del apoyo social y de las condiciones ambientales sobre los estilos de vida y sobre las posibilidades y las imposibilidades de cambiar la conducta. Una cuestión muy importante, en definitiva, es averiguar por qué motivo o motivos, la gente, a pesar de que conoce las consecuencias, se comporta de forma que pone en peligro su salud.

También es cierto, desgraciadamente, que las exigencias cotidianas de mucha gente no permiten que lleve un régimen o un estilo de vida de esas características: más equilibrado y más conveniente para su salud, lo que pone de manifiesto, una vez más, que para cambiar de dieta es necesario, en muchos casos, cambiar de vida, y ello no siempre resulta fácil, incluso aunque amenace la enfermedad (Contreras Hernández, 2005).

La obesidad en el México prehispánico

Dentro del México prehispánico, la riqueza de la gastronomía mexica en colores, sabores y aromas puede imaginarse a partir de las descripciones que hacen los cronistas de la Conquista, Hernán Cortés y Bernal Díaz del Castillo, sobre la cocina del tlatoani Moctezuma, emperador de Tenochtitlan. Lo resume Heriberto García (1991), autor de *Cocina Prehispánica Mexicana*:

> Corredores a pie, en relevos, como antiguos carteros y mensajeros portaban productos del mar para el emperador Moctezuma (...), quien tenía a su servicio hasta tres mil hombres y mujeres. Su vajilla se componía de vasos, jícaras y jarras de oro y plata. Y sus cocineros le preparaban diariamente hasta 300 platillos diversos para que escogiera de cuáles habrían de servirle. (...) Cotidianamente servían al emperador guajolotes, faisanes, perdices, patos, venado, conejos, pájaros y diversas aves, pescados y mariscos, más jícaras de espumoso chocolate.

Con toda esta riqueza culinaria, se podría pensar que entre los antiguos mexicanos había gran propensión a la obesidad, pero no es así. Sus pobladores eran de estatura media y figura atlética, la piel morena tensa sobre los músculos magros, así era la mayoría de los habitantes de México antes de la llegada de los españoles. Había entre ellos un gran sentido de la moderación. Los padres solían aleccionar a sus hijos en este sentido, como lo demuestra el discurso que rescató Fray Bernardino de Sahagún:

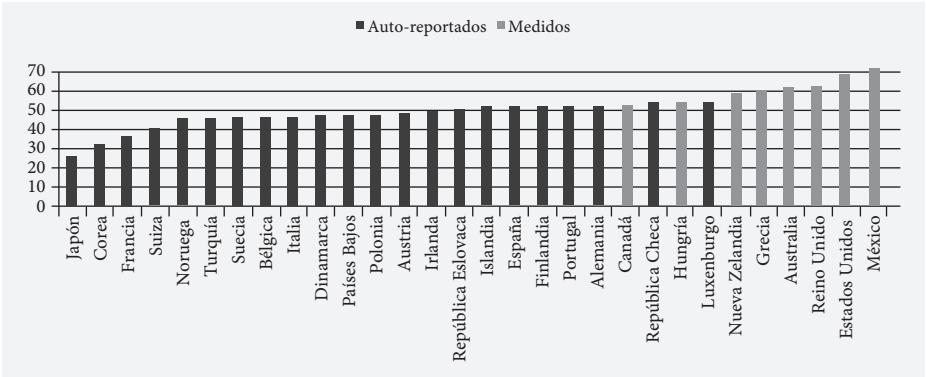
> Seas avisado, hijo (...) que no comas demasiado a la mañana y a la noche. Sé templado en la comida y en la cena, y si trabajaras, conviene que almuerces antes que

> comience el trabajo. Cuando comieres, no lo hagas muy aprisa, no comas con demasiada desenvoltura, ni des grandes bocados, ni metas mucha vianda junta en la boca, ni tragues como perro lo que comes. Comerás con sosiego y con reposo, y beberás con templanza… (García, 1991).

Cabe señalar que la alimentación en los pueblos indígenas de México era variada y carecía de hidratos de carbono refinados, así como de fuentes de grasa para freír. Por otra parte, la actividad física era generalizada y constante, por lo que la obesidad debe de haber sido poco frecuente, aunque entre los materiales arqueológicos hay algunas representaciones de personas gordas. Los restos esqueléticos humanos no permiten identificar estos problemas de salud (Escalante, 2004; Vivó, 1943).

De la desnutrición al sobrepeso: la evolución de la obesidad en México

Pocas cuestiones en el campo de la Salud pública han tenido tanta relevancia en los últimos años en los medios masivos de comunicación y reportes científicos, como es la obesidad. Según algunos estudios diacrónicos, los cambios se observan con claridad en el aumento de la frecuencia de obesidad en la población. Sin embargo, dicho incremento no es exclusivo del mundo económicamente desarrollado, como inicialmente se pensó, sino que afecta a otros países con menor desarrollo socioeconómico, como lo demuestra la revisión realizada por Popkin, que expone datos epidemiológicos en el ámbito mundial, señalando que en países como Brasil, India y China se han producido incrementos en los porcentajes de sobrepeso y obesidad en la población y, a medida que se va disponiendo de información de otros países del Tercer Mundo, se comprueba que la epidemia de la obesidad es un fenómeno universal (Gráfica 1). Esta enorme generalización de la epidemia, que no parece reconocer límites geográficos ni sociodemográficos, ha propiciado que las investigaciones sobre los factores poblacionales responsables de tan significativos cambios se centren en algunas de las condiciones sociales y económicas que imperan en las sociedades actuales (Fausto Guerra, Valdez López, Aldrete Rodríguez y López Zermeño, 2006).



Gráfica 1. Porcentaje de sobrepeso y obesidad en el mundo.
Fuente: OCDE, 2005.

Si se analiza la evolución de este fenómeno en nuestro país se puede constatar que históricamente en México, a finales del siglo XIX, el principal problema de salud relacionado con la nutrición era el de los padecimientos del hambre como asunto médico-epidemiológico. Así lo confirman los primeros informes acerca de la situación nutricional de algunos grupos de población publicados en 1889 y 1896, que describen la presencia de pelagra, una condición resultante de la deficiencia severa de una de las vitaminas del complejo B (niacina), y en 1908 se mencionó la presencia de una entidad patológica que en su momento se conocía popularmente como "culebrilla" y que más tarde Carrillo Gil demostró que corresponde al cuadro que posteriormente se refirió en la literatura anglosajona como Kwashiorkor, resultado de una hipo alimentación "cuantitativa y cualitativa" (Fausto Guerra *et al.,* 2006).

Sin embargo, no se tiene información acerca de la magnitud y la distribución de la desnutrición en el ámbito poblacional en México, de antes de la década de los cuarenta del siglo XX. La comunidad interesada en el estudio de la nutrición de ese entonces laboraba principalmente en el ámbito clínico abocándose a la identificación y definición de esta entidad patológica. Tiempo después, Federico Gómez (1946) en su artículo "Desnutrición" reconoce que toda la diversidad de los síndromes referidos anteriormente eran grados de un mismo padecimiento de etiología variada y al que en la actualidad se le denomina desnutrición (Gómez, 2003).

Buena parte de los estudios nutricionales en México ha sido realizada por instituciones públicas de investigación como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán (INCMSZ) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Dichos estudios se han centrado en dos temas principales: el consumo alimentario *per cápita* y familiar y el estado nutricional de la población. Los primeros estudios se describen a continuación.

Situación nutricional de la población mexicana de 1940 a 1988

R. K. Anderson y sus colaboradores llevaron a cabo un estudio, en el ámbito epidemiológico, entre 1943 y 1944, en el que se recolectó información acerca de las condiciones de alimentación y nutrición de la población de cuatro comunidades del Valle del Mezquital de México. Se incluyó la realización de exámenes físicos para evaluar los signos y síntomas de esta enfermedad por deficiencias nutricias en general, así como la aplicación de encuestas dietéticas para evaluar la ingesta de alimentos que producen energía, de macro y micro-nutrimentos, así como la obtención de muestras de sangre y mediciones antropométricas de toda la población residente en las comunidades. Los resultados de este estudio documentan la precaria situación nutricia de la población de las comunidades del Valle del Mezquital en los años cuarenta. A continuación se resumen algunos de ellos.

- La media de consumo de alimentos que se transforman en energía en el ámbito global fue de 1 706 calorías por día, cubriendo 70% de la recomendación de energía para esa población (de acuerdo con las *Recommenden Dietary Allowances Revised del National Research Council*) (National Research Council, 1945).
- Del total del ingreso familiar, 75% era destinado para la alimentación, siendo los productos más consumidos los frijoles y las tortillas, que aportaban 77% de la energía en niños y adultos.
- La dieta, en general, era pobre y poco variada, alta en carbohidratos (69% del total de energía) y baja en grasas (11.1% del total de energía), con un consumo escaso de frutas y verduras.
- El consumo de proteínas era deficiente en calidad debido a que el mayor aporte de este nutrimento provenía de alimentos de origen vegetal.
- La ingestión de vitaminas y minerales era adecuada en la población adulta, con excepción de la riboflavina. Sin embargo, en los niños se encontraron problemas de consumo deficiente (menores a 50% de lo recomendado) en hierro, calcio y fósforo.
- Con respecto a los infantes, 53% de los niños de 1 a 3 años de edad y 33% de los de niños de entre 4 y 6 años tuvieron un *déficit* de peso para su edad, mayor a 10% (Rivera-Dommarco y Casanueva, 1982).

En la década de los cincuenta, el interés en el estudio de la desnutrición clínica severa se derivó de la existencia en México de una prevalencia elevada de esta condición. Varios hospitales en el país contaban con grandes salas de rehabilitación nutricional donde miles de niños con desnutrición severa fueron

internados para su rehabilitación y su tratamiento. En este periodo se realizaron estudios clínicos sobre la desnutrición severa, incluidos los cambios bioquímicos y fisiológicos resultantes de este padecimiento, su tratamiento y su prevención. Entre éstos destacan los desarrollados en el Hospital Infantil de México por el equipo encabezado por el doctor Federico Gómez en colaboración con los doctores Rafael Ramos Galván y Joaquín Cravioto, quienes hicieron importantes contribuciones al conocimiento de la nutrición. Estos estudios fueron un parteaguas para el entendimiento de la etiología de la desnutrición y los cambios bioquímicos y fisiológicos asociados a la desnutrición clínica severa, así como para su diagnóstico y su clasificación.

Al final de la década, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), antes Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), llevó a cabo los primeros estudios sistemáticos en el ámbito nacional sobre las características, magnitud y distribución de la desnutrición en México. De 1958 a 1962 se realizó la primera serie de 29 encuestas, de las cuales 21 se llevaron a cabo en comunidades rurales y ocho en zonas urbanas, semi-urbanas y barrios populares del Distrito Federal (Rivera-Dommarco y Casanueva, 1982).

Aunque estas encuestas no tuvieron un diseño probabilístico y, por ello, no pueden considerarse como información representativa del ámbito rural y urbano, su cobertura y su dispersión a lo largo del país les confieren gran valor para la identificación de la dimensión y la diseminación de la desnutrición en nuestro país en esa época. Dichas encuestas recabaron información detallada sobre características socioeconómicas, patrones de alimentación e ingestión dietética (proveniente de recordatorios de consumo de 24 horas) y el estado nutricio de la población, incluidos variables antropométricas (peso y talla), indicadores clínicos de desnutrición severa e indicadores bioquímicos a partir de determinaciones en muestras de sangre de la población. Una característica particular de estas encuestas fue que el indicador antropométrico usado para evaluar el estado nutricional de los niños era el porcentaje que el peso representaba frente al peso "ideal" en función de la edad y el sexo (Instituto Nacional de Nutrición, 1976).

Se consideraba como peso ideal, la media de peso para una edad y un sexo determinados de poblaciones de referencia de niños sanos y bien alimentados de Estados Unidos. Para la clasificación del estado nutricio se usaba la propuesta del doctor Federico Gómez, en la que se consideran las siguientes categorías del porcentaje de adecuación del peso en relación con el peso ideal para la edad: *a)* estado de nutrición normal, entre 90% y 110%; *b)* desnutrición grado I, de 75% a 90%; *c)* desnutrición grado II, de 60% a 75% y *d)* desnutrición grado III, menos de 60 por ciento.

Aunque los resultados de la primera serie de encuestas realizadas en 1958 por el INCMNSZ no son representativos y no permiten hacer inferencias sobre la población mexicana, éstos identifican el tipo de problemas nutricionales presen-

tes en la década de los años sesenta (Ávila-Curiel, Chávez-Villasana, Shamah y Madrigal-Fritsch, 1993).

De 1963 a 1974 y en 1977 se realizaron la segunda y la tercera series de encuestas sobre nutrición. En ese periodo se aplicaron 20 encuestas, que recabaron la misma información que la primera serie. Antes de 1977 se incorporaron otras nueve comunidades rurales para completar un total de 58. La data recopilada a lo largo de 20 años permitió contar, por primera vez, con una estimación aproximada de la magnitud de la desnutrición en la población mexicana. Las prevalencias de desnutrición que arrojó el análisis de la serie de encuestas realizadas en el periodo 1958-1976, muestran que la población preescolar era la que presentaba las más altas prevalencias de esta condición (con base en el indicador de peso para la edad y de acuerdo con la clasificación de Gómez). Se encontró que los niños de la zona sureste del país presentaron prevalencias de desnutrición grado II y grado III de 36.2% y 38.7%, respectivamente (Ávila-Curiel, *et al.,* 1993).

Situación nutricional de la población mexicana de 1988 a 2012

En 1988 se realizó la primera encuesta probabilística sobre nutrición y alimentación en México (Sepúlveda, Lezana, Tapia, Valdespino, Madrigal y Kumate, 1990) que permitió conocer la situación nutricional en todo el territorio nacional. Para su aplicación, el país fue subdividido en cuatro regiones: Norte, Centro, Sur y ciudad de México. La encuesta proporcionó información confiable acerca de las variables antropométricas, que permite evaluar el estado nutricional infantil. Con ella se obtuvo información en más de 13 000 hogares que incluían a casi 7 500 menores de cinco años y a más de 19 000 mujeres de entre 12 y 49 años de edad. La muestra resultante fue representativa en el ámbito nacional (Sepúlveda *et al.*., 1990). A partir de ella se desarrollaron otras encuestas representativas de la población nacional, que, al utilizar el mismo marco muestral, permiten comparar y evaluar las tendencias del sobrepeso y la obesidad a lo largo del tiempo. Un hallazgo importante entre los resultados de las primeras encuestas nacionales de Nutrición (ENN 1988 y 1999) fue el marcado descenso en el país de la prevalencia del retardo del crecimiento (de 23% a 18%), la insuficiencia ponderal (de 14% a 7%) y la emaciación (de 6% a 2%); en cambio, registraron un aumento de 2% en los indicadores del sobrepeso y la obesidad. Este análisis nos permite verificar el inicio del repunte inusitado del sobrepeso y la obesidad en nuestro país (Sepúlveda, 1990; Pérez Hidalgo, 1976; INNSZ, 1982; 1990; INSP, 1999).

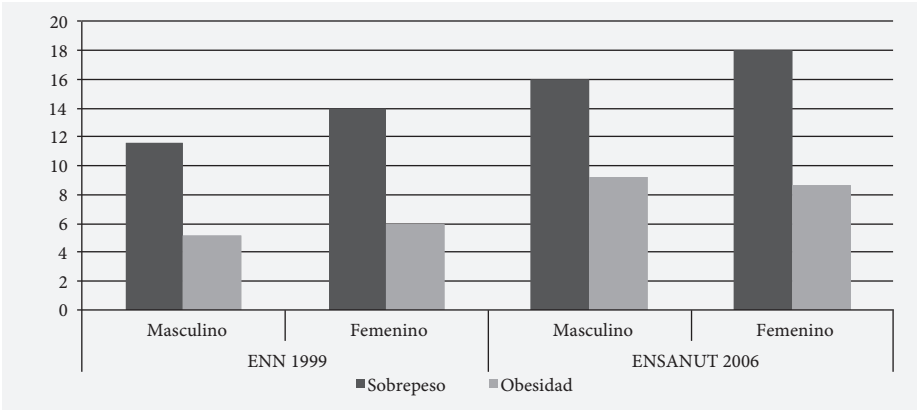
Una segunda encuesta probabilística (ENN-1999) fue conducida por el Instituto Nacional de Salud Pública entre octubre de 1998 y marzo de 1999. En ella se realizó una muestra probabilística de casi 18 000 hogares, representativa en el ámbito nacional, de zonas urbanas (> 2 500 personas) y rurales (< 2 500 personas). Las poblaciones de estudio fueron niños menores de 5 años de edad (8 011), niños en edad escolar con entre 5 y 11 años de edad (11 415) y mujeres de 12 a 49. Ésta tuvo como objetivo cuantificar prevalencias de desnutrición, deficiencias de micronutrientes y mala nutrición por exceso.

En cuanto a los resultados obtenidos acerca del sobrepeso por región y por grupo de edad, se encontró que en todas las regiones se observan porcentajes por arriba de los esperados para una población sana, aunque el exceso es pequeño. La mayor prevalencia se observó en la región Norte (7.4%), seguida de las regiones Sur y ciudad de México (5.5% y 5.4%) y de la región Centro (4.5%). Para algunos grupos de edad en la región Norte, el sobrepeso alcanzó valores superiores a 10%. El porcentaje de niños con valores por arriba de +3 desviaciones estándar de peso para talla es de 1.4% para el ámbito nacional y de 2.0%, 1.2%, 1.8% y 1.1% para las regiones Norte, Centro, ciudad de México y Sur, respectivamente. Si esto se compara con las prevalencias de desmedro, los porcentajes de sobrepeso y obesidad son aún pequeños; sin embargo, el exceso en los porcentajes por arriba de +2 desviaciones estándar de peso para talla fue una llamada de atención para vigilar las tendencias de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en el futuro, especialmente a la luz de la elevada prevalencia encontrada en mujeres (Instituto Nacional de Salud Pública, 2000; Rivera-Dommarco, Shamah, Villalpando, González de Cosío, Hernández y Sepúlveda, 2001).

En 2006 se levantó una encuesta que combinó las encuestas nacionales de Nutrición y la Encuesta Nacional de Salud, a la que se le denominó Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (Ensanut, 2006). De ésta se obtuvo información de aproximadamente 44 500 hogares representativos de los ámbitos nacional, regional y estatal, así como de zonas urbanas (> 2 500 personas) y rurales (< 2 500 personas). Se recabó información de 7 722 niños menores de 5 años, 15 111 niños en edad escolar (5-11 años), 14 578 adolescentes (12 a 19 años de edad) y 33 624 hombres y mujeres mayores de 20 años de edad.

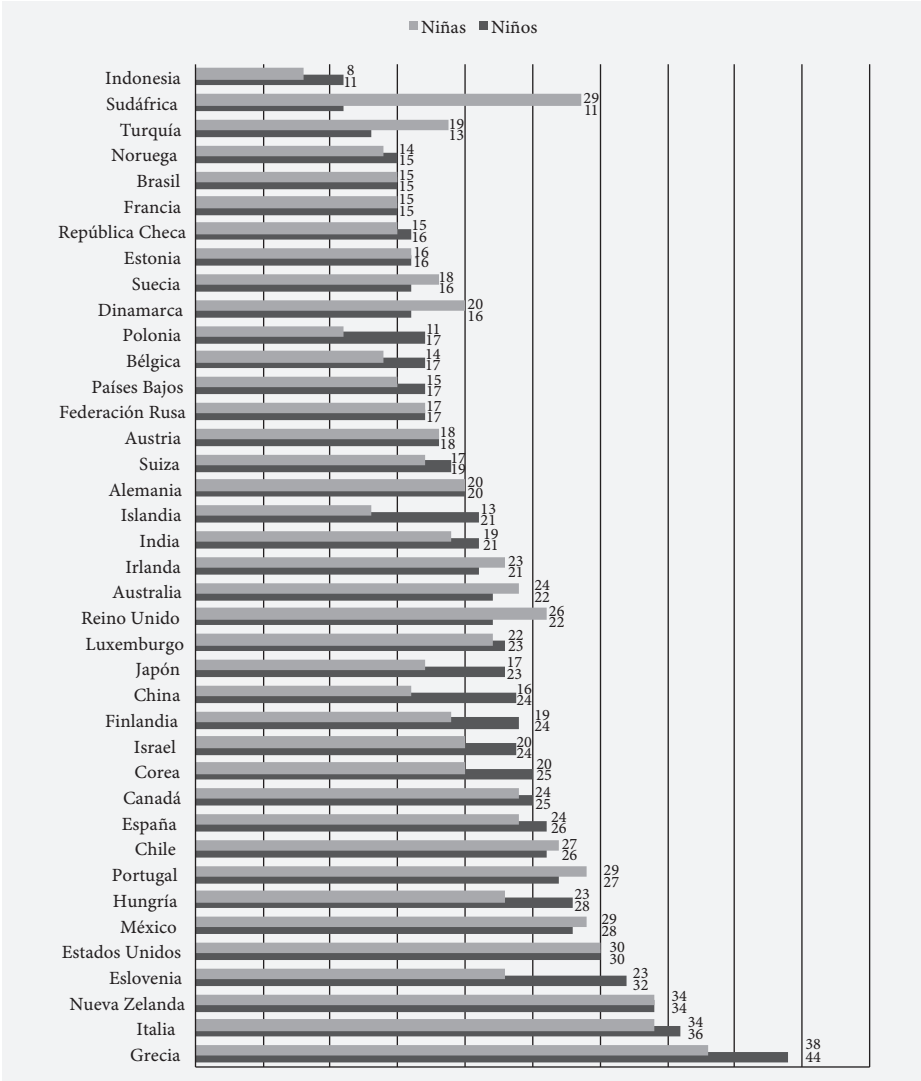
Los resultados de esta encuesta indicaron que la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años, durante el periodo 1999 a 2006, a escala nacional mostró un pequeño decremento de 0.2 puntos porcentuales mientras que en la población de 5 a 11 años de edad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de alrededor de 26%, para ambos sexos. Como se puede observar en la figura 2, entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en ambos sexos aumentó de 26.9% a 34.8%; los mayores aumentos de obesidad se presentaron en el sexo masculino, mientras que un elevado incremento de sobrepeso se observó en las mujeres. Ya estos resultados

demandaban la urgencia de aplicar medidas conducentes a la prevención de la obesidad en preescolares y escolares (Olaiz, Rivera-Dommarco, Shamah, Rojas, Villalpando, Hernández y Sepúlveda, 2006).



Gráfica 2. Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años de edad por sexo de acuerdo con los criterios propuestos por el International Obesity y Task Force (IOTF), México

Resultados reportados por la OCDE (2010) indican que en México, las tasas de sobrepeso infantil están entre las más altas del mundo. Algunos resultados internacionales recolectados por la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad muestran que casi uno de cada tres niños en México padece sobrepeso, en comparación con 23% de los niños y 21% de las niñas, en promedio, en los países de la OCDE (Gráfica 3) (OCDE, 2014).



Gráfica 3. Sobrepeso medido (incluida obesidad) entre niños de diferentes edades (2010 o el año más próximo)
Fuente: OCDE, 2014.

Los datos más recientes con los que se cuenta son los que provienen de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012, cuyos resultados mostraron que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad para el grupo de escolares (niños y niñas entre 5 y 11 años) fue de 34.4%; lo que significa que más de uno de cada tres niños mexicanos tiene un problema de sobrepeso que puede implicar multitud de enfermedades y sufrimientos en su vida inmediata y en el futuro.

También, y por primera vez, se alcanzaron cifras que superan 9% de sobrepeso y obesidad combinados en menores de 5 años, o sea, para el grupo en edad preescolar. Esta situación sin duda está relacionada con las prácticas poco favorables de lactancia exclusiva que tenemos en el país y por los procesos inadecuados de ablactación prevalentes en muchos sectores de la población, entre otras causas.

Los datos aportados de las tres últimas encuestas nacionales (ENN, 1999, Ensanut, 2006 y 2012) revelan que en los últimos 12 años (2000 a 2012), la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población infantil aumentó en grados impresionantes, que colocan a México entre los primeros del mundo que sufren estos padecimientos (figuras 4 y 5) (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Oropeza y Hernández, 2012).

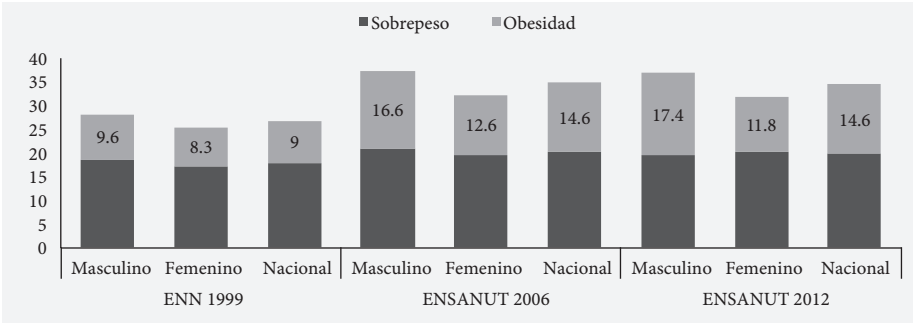


Figura 4. Prevalencia nacional de obesidad en niños en edad escolar (5 a 11 años)
Fuente: ENN, 1999; Ensanut, 2006 y 2012.

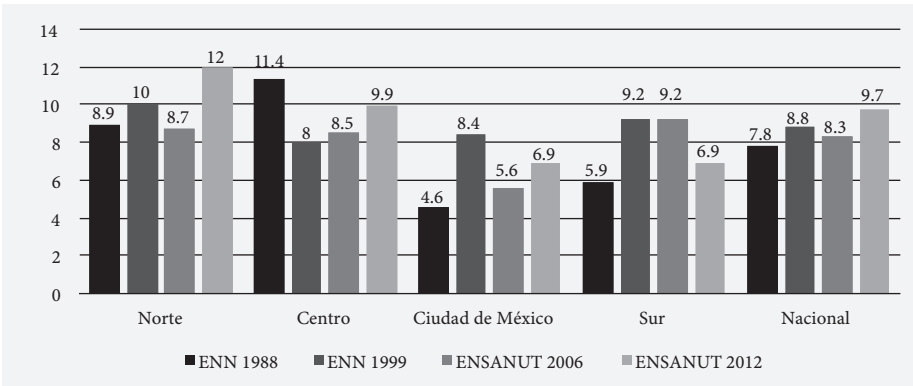


Figura 5. Prevalencia nacional de obesidad en niños en edad escolar (5 a 11 años) por región de residencia

Consideraciones finales

Al analizar la evolución de la transición epidemiológica nutricional en México, se puede constatar que históricamente el principal problema de salud relacionado con la nutrición hasta principios y mediados del siglo XX, era la desnutrición. El padecimiento del hambre a principios del siglo pasado ya se consideraba como un problema médico epidemiológico. En la actualidad se destaca la polarización epidemiológica que vive nuestro país: por un lado, altas cifras de desnutrición y anemia; por otro, aumentos sin precedentes en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños en edad preescolar y escolar. Junto con estos cambios se está observando un aumento en las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, como son la diabetes y la hipertensión, entre otras. La obesidad ha sido estigmatizada social y culturalmente. Este hecho ha conllevado, como en otras épocas de la historia, una injusta culpabilización del paciente obeso que, aunque se ha intentado combatir racionalmente, persiste en buena parte de la sociedad actual (García Barreno, 2007).

Por otra parte, el costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (cardiovasculares, cerebro vasculares, hipertensión, algunos cánceres, atención a la diabetes *mellitus* tipo 2) se incrementó en 61% en el periodo 2000-2008, al pasar de 26 283 millones de pesos a por lo menos 42 246 millones de pesos; para 2017 se estima que dicho gasto alcance los 77 919 millones de pesos. Aunado a esto, México, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), tiene como tres primeras causas de mortalidad general en el año 2012, las enfermedades del corazón, la diabetes *mellitus* y los tumores malignos, todas ellas asociadas a la obesidad. Además, según consideraciones de la Organización Mundial de la Salud citadas en nuestra Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso y la Obesidad, 44% de los casos de diabetes *mellitus* tipo 2 es atribuible al sobrepeso y la obesidad; también relacionadas con esta problemática están la hipertensión arterial, las dislipidemias, la enfermedad coronaria, la enfermedad vascular cerebral, la osteoartritis y los cánceres de mama, esófago, colon, endometrio y riñón (INEGI, 2012; Secretaría de Salud, 2013).

La movilización para luchar contra la obesidad, como muy bien se detalla en la llamada del U.S. Department of Health and Human Services (Serra Majena *et al.*, 2001), no sólo debe implicar a los profesionales sanitarios, sino también a los gobiernos, a los servicios de salud pública, a la industria alimentaria, a la restauración colectiva, a los educadores en salud, a los técnicos en urbanismo (espacios públicos para facilitar el deporte y la actividad física) y a la población en general.

CAPÍTULO 2

Análisis de la obesidad desde los determinantes sociales

La determinación de la salud

El estudio de la evolución del concepto salud desde la noción centrada en la enfermedad, a la multidimensional de la salud y su relación con los determinantes sociales, ha hecho posible establecer un debate en relación con los factores explicativos de las desigualdades en salud, incluida la identificación de los factores sociales que explican el origen de las desigualdades sociales o el gradiente social (Palomino Moral, Grande Gascón, Linares Abad, 2014).

Se considera como determinantes sociales de la salud (DSS) a los factores sociales, políticos, económicos, culturales, étnicos raciales, psicológicos y de comportamiento que inciden en la ocurrencia de problemas de salud y sus agentes de riesgo en la población y se propone que sin reducciones en las desigualdades e inequidades económicas y sociales será imposible disminuir las inequidades sanitarias y mejorar la salud de la población. Estos DSS dependen de políticas públicas y acciones intersectoriales.

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2009) define los DSS como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos que dependen, a su vez, de las políticas adoptadas. Explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a su situación sanitaria.

Desde mediados del siglo XX se ha producido una búsqueda de las causas de la enfermedad centradas en el individuo y la aparición de los determinantes sociales, como principales moduladores del fenómeno salud-enfermedad. Hoy en día sabemos que la salud y la calidad de vida están directamente relacionadas con las condiciones generales de la vida de las personas y con la forma de vivir (Palomino Moral *et al.*, 2014).

Los determinantes sociales de la obesidad

Pocas cuestiones en el campo de la salud pública han tenido tanta relevancia en los últimos años en los medios masivos de comunicación y reportes científicos, como es el problema de la obesidad en México (Fausto Guerra, Valdez López, Aldrete Rodríguez y López Zermeño, 2006). La obesidad se reconoce como un problema social que ha aumentado a velocidades inusitadas en las últimas dos décadas, según lo revelan las últimas encuestas nacionales de nutrición (Ensanut) (Barquera, Tolentino y Rivera-Dommarco, 2006; Córdova, 2009).

Los resultados de la Ensanut 2012 indican que la obesidad en México se mantiene como un reto central para el Sector Salud, debido a que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 73% en mujeres y 69.4% en hombres, mientras que en la población infantil, 26.6% de los niños varones sufre obesidad y 20.8% sobrepeso. En las niñas, el porcentaje con obesidad es de 20.2% y con sobrepeso 19.7% (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Oropeza y Hernández, 2012). Aunque la obesidad es un trastorno multifactorial, la rapidez con que aumenta su prevalencia parece estar más bien relacionada con factores sociales y ambientales, como hábitos alimentarios poco saludables y mayor sedentarismo (Durá, 2006).

Estudios recientes demuestran que las influencias genéticas representan solamente la tercera parte de la varianza del peso corporal, lo que significa que el medio ambiente ejerce gran influencia. Dentro de los factores sociales que determinan la obesidad, la condición socioeconómica es uno de los más estudiados. Por otra parte, estas investigaciones señalan que en países desarrollados, la tendencia a la obesidad es mayor en aquellos grupos de mejor situación socioeconómica, mientras que en países en vías de desarrollo, la obesidad tiene una prevalencia más elevada entre las clases de menores recursos económicos. En los pobres, la obesidad se asocia a episodios de desnutrición en edades tempranas Ante estas carencias, el cuerpo genera una respuesta de adaptación al escaso aporte que, posteriormente, si hay mejor ingesta, da como resultado aumento de peso. La obesidad, en estos casos, se relaciona con una ingesta excesiva acompañada de deficiencias nutricionales, producto del consumo de alimentos con elevada densidad energética y bajo poder nutricional (Aguirre, 2000; Isunza-Vera, 2004).

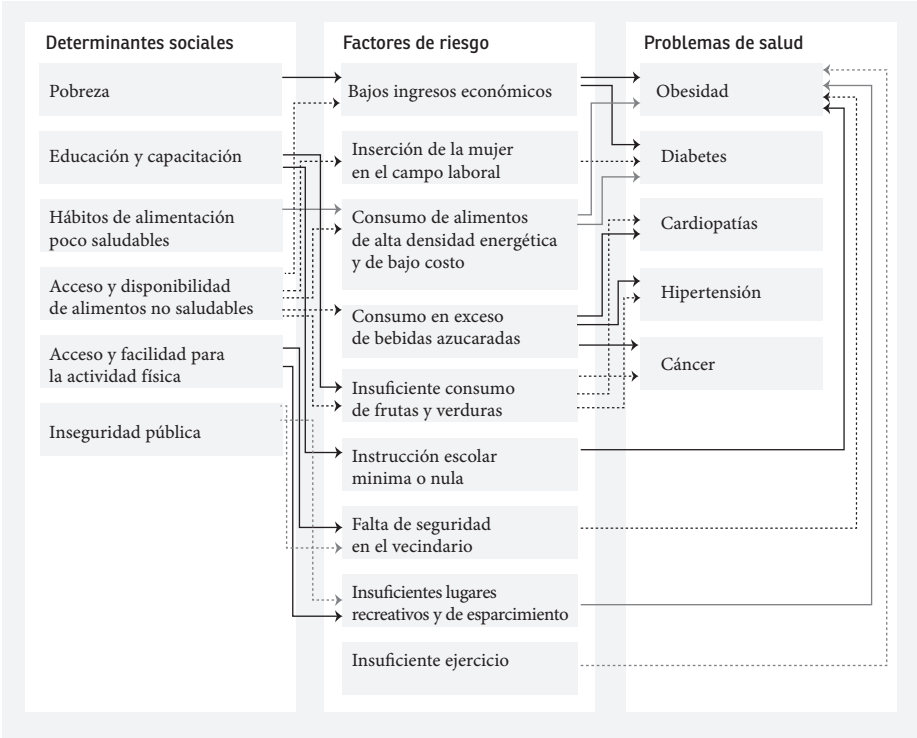


Figura 1. Relación de los determinantes sociales de la obesidad con factores de riesgo y enfermedades.

Pobreza y obesidad

La clara evidencia de los determinantes socioeconómicos de la obesidad indica una transición a riesgos mayores entre la población que vive en situación de pobreza. El acceso a alimentos y su disponibilidad se han identificado con determinantes de la obesidad tanto en países de ingresos altos como en los de ingresos medios. En México se ha documentado particularmente en zonas rurales donde hay desabasto de frutas y verduras; un estudio representativo de zonas rurales halló que en 21% de las localidades rurales estudiadas no las había disponibles para la venta de manera regular, mientras que en la totalidad de las localidades había disponibilidad de alimentos altos en grasas y azúcares y bebidas azucaradas. El problema es más grave aún en las comunidades indígenas. Así, se ha documentado que en los países que atraviesan por etapas avanzadas de la transición nutricional, la prevalencia de obesidad es mayor entre la población más pobre; mientras que en aquellos que están en etapas tempranas de dicha transición, la obesidad se presenta más a menudo en los grupos privilegiados (Monteiro, Moura, Conde y Popkin, 2004).

Factores socioculturales de la alimentación

México pasa por un proceso de desarrollo y de cambios socioculturales acelerados, en gran medida asociado a su creciente incorporación a la comunidad económica internacional. En este proceso, considerado habitualmente como un modelo de éxito económico y de modernidad en Latinoamérica, deben analizarse los aspectos positivos que implica el progreso hacia el estatus de país desarrollado e industrializado, así como los aspectos negativos asociados a este bienestar alcanzado. Entre los cambios observados en nuestro país, que pueden tener una connotación negativa con respecto a los habitantes, están aquellos asociados con la dieta y la nutrición, ya que se ha observado que en las últimas décadas, los patrones de la alimentación mexicana, caracterizada por un consumo creciente de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azucares y sodio, entre otros nutrientes, sufrieron una modificación en sus patrones de alimentación. Asociado a estos cambios se está observa un aumento en la presencia de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, como es la diabetes y la obesidad, entre otras (González Barranco, 2002).

Por otra parte, el estado nutricional no puede ser evaluado y comprendido por completo separado del contexto sociocultural. Los antropólogos han destacado que, siendo todos los individuos miembros de una cultura y la cultura una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura. Por modos de alimentarse (cultura alimentaria), la antropología entiende los hábitos alimentarios de una cultura en particular, que incluyen preferencias y aversiones, prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos. Cabe señalar que la antropología nutricional combina perspectivas tanto de la antropología cultural como de la biología, en un intento por integrar estudios del comportamiento humano y de la organización social con aquellos del estado nutricional, requerimientos de nutrientes, siendo, por tanto, una aproximación biocultural. Dentro de esta área, la teoría ecológica hace hincapié en el comportamiento alimentario y en los requerimientos nutricionales en el contexto de los ambientes físico y social; la teoría evolutiva enlaza aspectos de la evolución humana, tales como selección, adaptación y enfermedades, con los alimentos y la dieta (González Barranco, 2002).

Cambios socioeconómicos y situación nutricional

En la sociedad actual, con estratificación clasista y orientada por procesos mercantiles dirigidos a estimular la economía consumista, la industria alimentaria

interviene con diferentes instrumentos entre los que destaca la publicidad, para introducir un concepto nuevo de alimento y dieta. Esta industria segmenta la oferta y la comercialización de productos alimentarios de consumo masivo, en función de la capacidad económica de los consumidores. Los productos de baja calidad son dirigidos a los sectores con menor poder adquisitivo. Cuanto más bajo es el poder de compra del público al que se dirige, más alto es el contenido de grasas, azúcares y aditivos. Por lo general, los productos industrializados que se consumen "por antojo", se dirigen a la población con menor capacidad económica y son relativamente más caros y menos recomendables desde el punto de vista nutricio, que otros similares. En México, la cultura alimentaria tiene un amplio mosaico de expresiones regionales y locales; sin embargo, en la actualidad muestra tendencia a la homogeneización debido a la estigmatización que se ha hecho de la comida mexicana y la promoción de la comida industrial constituida como símbolo de abundancia. Según plantea Casanueva (2001), la dieta mexicana promedio es equilibrada y valiosa y más recomendable que la de los países llamados desarrollados, siempre y cuando se dé en condiciones de suficiencia y diversidad. Una dieta con predomino de cereales y leguminosas, consumo abundante y variado de frutas y verduras, además de pequeñas cantidades de alimentos de origen animal, es más aconsejable que las de los países industrializados basadas en productos de origen animal, cereales refinados y excesivo consumo de alimentos energéticos. Por su parte, Ortiz (1994) advierte que el modelo alimentario industrial que se propone por medio de la publicidad, rompe el vínculo cultural entre el lugar y el alimento. Los alimentos pierden su filiación a los territorios, no hay arraigo ni oposición entre lo propio y lo extranjero, lo que propicia una identidad alimentaria dependiente. Lo anterior produce el paso de la cocina tradicional, constituida por platillos típicos diversos, ligados a la capacidad de auto abastecimiento y a lo rural, a la cocina industrial, homogénea, extranjera y rápida; si bien esto no significa que los platillos típicos vayan a desaparecer por completo, es probable que muchos de ellos pasarán a formar parte de la cocina industrial, al precio de perder su identidad (Fausto 2006).

Para Lowe, Bocarsly y Del Parigi (2008), cinco son los factores ambientales que más influyen para comer de más: en primer lugar, los aumentos en el tamaño de la porción no se reflejan en una sensación de saciedad más pronta, pues entre mayor sea, los consumos se incrementan; mientras la reducción de la ración tiende a ser más notoria, tampoco desaparece la sensación de hambre. Un segundo aspecto deriva de lo anterior, si, como se dijo, el volumen de los alimentos determina la saciedad, la densidad de la energía no es tomada en cuenta por el organismo, por lo que se pueden ingerir grandes cantidades sin que por ello disminuya el apetito, pero sí se verán reflejadas en el peso. El tercer factor ambiental es la disponibilidad inmediata de la comida, lo que incrementa la ingesta. La variedad, el cuarto factor, además de fomentar el monto de la energía ingerida, también

repercute en la cantidad absoluta de porciones que se consumen. Finalmente, el sabor agradable fomenta también el consumo alimenticio, tanto porque permite una menor reducción del hambre, así como una más rápida recuperación de ésta respecto a alimentos más sencillos.

Estilos de vida y actividad física

Algunos trabajos han sugerido que la disminución de la actividad física ha contribuido a la tendencia creciente en la frecuencia de la obesidad. Con respecto al ejercicio físico, se ha observado una tendencia al comportamiento sedentario promovido por la mecanización creciente, tanto de los medios de transporte como de las actividades del tiempo libre o del trabajo, que sería de los principales factores asociados al menor gasto de energía. La disponibilidad de alimentos que se obtienen en forma por demás sencilla y fácil y la actividad sedentaria, nos distancian mucho del individuo de otras épocas, que para obtener los alimentos debía recurrir a la caza, la pesca o a actividades agrícolas; los niños tampoco han escapado a este fenómeno. Los reducidos espacios de las viviendas y los pocos lugares en las grandes ciudades dedicados al desarrollo de la actividad física, donde se concentra la mayoría de la población, ocasionan y favorecen que nuestros niños no practiquen la actividad física indispensable; a esto tenemos que agregar que, a diferencia de las escuelas de los países desarrollados, en las nuestras no se le da importancia debida al deporte como parte integral del desarrollo humano (Fausto, 2006).

Por otra parte, el entorno conduce a la reducción de la actividad física en cuatro aspectos muy concretos, señalados por Fox y Hillsdon (2007). Cada vez menos empleos requieren trabajo físico, pues se ha incrementado la tecnología que permite ahorrar esfuerzo en los hogares, los centros de trabajo y comerciales; se han transformado los patrones de empleo y compra de un tipo local a otro distante, lo que ha derivado en una dependencia del transporte motorizado; se ha incrementado la autosuficiencia en el hogar, desde el entretenimiento, el almacenamiento y la preparación de comestibles, el control de temperatura y más comodidad. Finalmente, ha decrecido la práctica de caminatas y del ciclismo.

James, Philliph, Jackson, Leach y Rigby (2010) refrendan lo asentado acerca de la relación entre estos factores ambientales y la actividad física y la ingesta. La Organización Mundial de la Salud (2010) reconoce que la modernización, la reestructuración económica y la transición a economías de mercado, la urbanización, los cambios en el papel de la mujer y la globalización de los mercados son los procesos sociales que han afectado tanto la forma de la ingesta de alimentos, como de la actividad física.

Inseguridad social y obesidad

Por último, cabe señalar que el ambiente de agresividad e inseguridad que se vive en las zonas periféricas urbanas obstaculiza el que la población pobre practique ejercicios físicos en forma sistemática. Además, los habitantes de esas colonias suelen recibir menos información acerca de los beneficios del ejercicio para la salud y la calidad de vida (Fausto, 2006). Así lo demuestra el estudio realizado por Luis Ortiz Hernández (2014), en el que se analiza la relación potencial del desorden social de la comunidad con el comportamiento sedentario, la participación deportiva y la adiposidad en familias mexicanas. La muestra incluyó a 8 307 adultos (edad ≥ 20 años) de 145 comunidades.

Por desorden social se entiende la ocurrencia de actos incívicos como el vandalismo, grafitear en lotes baldíos, peleas entre pandillas, drogarse en lugares públicos, tirar basura en construcciones en ruinas. El concepto de desorden social se relaciona con la teoría de las "ventanas rotas" (Wilson y Kelling, 1982), que postula que la presencia de los actos incívicos implica que muchos miembros de la comunidad no cumplan con las reglas del orden.

Estas señales ambientales crean un ambiente propicio para las conductas antisociales y delitos. Agregan Wilson y Kelling que el desorden social podría influir en la obesidad, pues las personas que viven en algunas comunidades a menudo temen ser víctimas de la descomposición social imperante y esto propicia que no lleven a cabo actividades físicas al aire libre. Además, el miedo constante podría desencadenar una respuesta al estrés crónico, que se caracteriza por la secreción de cortisol elevado y los cambios en la producción de diversas hormonas sexuales y de crecimiento asociadas con la mayor acumulación de grasa corporal, principalmente en la región abdominal. El aumento de la producción de la hormona sexual glucocorticoides también puede desencadenar apetito excesivo y el consecuente aumento de peso.

Los resultados de dicho estudio indican que durante tres años de seguimiento, los participantes de las comunidades con alto desorden social tenían mayor aumento de la circunferencia de la cintura con 1.36 m, en relación con los participantes de las comunidades con desorden social bajo. Sin embargo, no hubo diferencias en el índice de masa corporal, las horas pasadas viendo televisión o la participación deportiva. En otras palabras, no hay evidencia de que vivir en comunidades con desorden social bajo tenga relación con conductas de vida no saludables. Por tanto, la adiposidad observada en las comunidades con altos niveles de desorden social ponen de relieve la necesidad de promover entornos sociales saludables en las comunidades locales (Ortiz y Jamssen, 2014).

Factores químicos y ambientales que predisponen a la obesidad: hallazgos de estudios recientes

La exposición a factores ambientales tiene un papel importante en el desarrollo de las enfermedades. Según un informe de la OMS, casi la cuarta parte de la carga mundial de morbilidad y, concretamente, más de un tercio de la infantil son atribuibles a factores ambientales modificables. La morbilidad causada por los riesgos ambientales es desproporcionadamente alta en los países en desarrollo en relación con la de los países desarrollados (Prüss-Ustün y Corvalán, 2006).

Nuevos estudios realizados por investigadores del Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental (CREAL) asocian la exposición química ambiental, como al compuesto químico bisfenol "A" (BPA) durante el embarazo, con la obesidad en la infancia, concretamente a los cuatro años de edad, pero no antes de la primera infancia –desde el nacimiento hasta los 14 meses de vida–. El BPA es un compuesto químico que se utiliza principalmente en la fabricación de plásticos y materiales de envasado de alimentos.

Dania Valvi, principal autora del artículo "Prenatal bisphenol a urine concentrations and early rapid growth and overweight risk in the offspring", señala que "26% de los 402 niños analizados tuvieron un crecimiento rápido en los primeros seis meses de vida, el 21% tenía sobrepeso a los 14 meses, y el 25% tenía sobrepeso a los cuatro años de edad". Ella y sus colaboradores mencionan que "casi todas las madres estuvieron expuestas a bajos niveles de BPA durante el embarazo, similar a lo que se ha encontrado en otras poblaciones. De hecho, se ha demostrado que el BPA aumenta ligeramente el índice de masa corporal y la circunferencia de la cintura del niño a la edad de cuatro años".

En este estudio publicado en la revista *Epidemiology*, las concentraciones de BPA se midieron en dos muestras de orina recogidas en el primer y el tercer trimestres del embarazo de las madres del estudio INMA-Sabadell. Este estudio es uno de los primeros y más grande llevado a cabo con este examen. Ahora, el equipo de investigación está estudiando "si la exposición infantil a otras sustancias químicas, como los ftalatos, que se utilizan ampliamente en la fabricación de plásticos, cosméticos y productos de cuidado personal, también puede aumentar el riesgo de 'obesidad infantil'" (Valvi, Casas, Méndez, Ballesteros-Gómez, Luque, Rubio, Sunyer y Vrijheid, 2013).

Por otra parte, el estudio de Michelle A. Méndez y colaboradores (2011) refiere la relación entre exposición a un subproducto del pesticida DDT (dicloro difenil tricloroetano), que es un químico clasificado como "disruptor endócrino", y la alteración del equilibrio hormonal de los organismos y el trastorno de la actividad de las hormonas que regulan el almacenamiento de grasa en las "células adiposas".

Cabe señalar que el DDT está presente en el medio ambiente, sobre todo cerca de zonas donde alguna vez en el pasado se aplicó el pesticida, pues aunque su uso está prohibido desde 1977 en España y limitado en muchos países, su degradación es muy lenta. El DDT también se acumula en algunos alimentos como carnes, pescados y verduras de raíz o de hoja.

Se instrumentó en este estudio un seguimiento a 657 mujeres –residentes en Sabadell (Barcelona) y reclutadas entre 2004 y 2006– durante los primeros dos meses de embarazo, así como un control médico de los bebés hasta que cumplieron los dos años. Aquellos con un patrón de crecimiento rápido tenían cinco veces más riesgo de tener sobrepeso a los 14 meses. Los hallazgos demuestran que la exposición de una madre a este compuesto químico durante el embarazo causa un veloz aumento de peso del bebé durante los primeros seis meses de vida, así como de su índice de masa corporal (IMC) en la infancia, lo que puede incrementar su riesgo a desarrollar obesidad y otras enfermedades metabólicas a largo plazo.

Los investigadores creen necesario realizar más estudios sobre la exposición prenatal a esta clase de compuesto y sobre el riesgo de desarrollar obesidad para saber si estas asociaciones son causales (Méndez, García-Esteban, Guxens, Vrijheid, Kogevinas, Goñi, Fochs y Sunyer, 2011).

Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA) para enfrentar la obesidad en México

En respuesta al crecimiento de esta epidemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió en el ámbito internacional, la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas, a la que México se adhirió en 2004.

Para afrontar el grave problema del sobrepeso y la obesidad es fundamental contar con una política de Estado, de carácter intersectorial, que identifique las acciones necesarias para lograr cambios sustanciales y revertir la actual epidemia de obesidad y enfermedades crónicas asociadas. La experiencia global indica que la solución radica en formular diversas estrategias integrales para potenciar los factores de protección de la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario, buscando lograr un aumento en la actividad física y en los hábitos alimentarios correctos.

Una primera recomendación surgida del proceso de evaluación y consulta, coincidente con la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, es constituir un Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad, conformado por el Ejecutivo federal, otras instancias de

los gobiernos estatal y municipal, la industria, la academia, las organizaciones de la sociedad civil, los sindicatos y representantes de otros sectores involucrados.

Existen diversos instrumentos de políticas públicas que permiten modificar la dieta familiar, los hábitos alimentarios y de actividad física. Estas políticas afectan cuatro grandes áreas en las que puede incidir la acción del gobierno: *1)* disponibilidad, *2)* acceso, *3)* conocimiento de los alimentos y las alternativas de actividad física y *4)* las opciones personales. Los programas de prevención del sobrepeso y la obesidad de diferentes países subrayan la importancia que tiene la libertad de elección del consumidor de sus alimentos. La mayoría de esos programas reconoce también la trascendencia del ambiente social, del papel de la industria alimentaria y de la comunicación para promover una vida saludable.

En países como Dinamarca, España, Francia y Suecia, los programas de salud pública con un enfoque preventivo en la atención médica de primer contacto promueven que la industria alimentaria mejore sus productos para reducir el contenido de grasa y sodio, disminuir la densidad energética y limitar al mínimo los ácidos grasos. También establecen la responsabilidad de la industria de proporcionar información adecuada y accesible para todos los niveles educativos sobre el contenido nutrimental de sus productos. En todos estos países se reconoce la importancia de las escuelas y del ambiente escolar en la política nutricional y como eje prioritario para la prevención del sobrepeso y la obesidad incluyen incentivos económicos, prestaciones laborales y fondos públicos, entre otros.

Como respuesta a la urgencia y al llamado a alcanzar los objetivos planteados, este Acuerdo establece una estrategia orientada a la ejecución –enmarcada en un proceso dinámico de aprendizaje y desarrollo–, la organización y el reclutamiento de voluntades, de acuerdos y estudios, que debe tener flexibilidad suficiente para actuar, adaptarse y evolucionar. El planteamiento hasta ahora alcanzado es una plataforma que requiere un espacio dinámico, de seguimiento, de consulta, de negociación y definición de colaboración entre los actores más relevantes del sector público, las empresas, la sociedad, la academia, donde confluyan para rendir cuentas y desarrollar la política. Esto, de acuerdo con la premisa del Objetivo Común y la Responsabilidad Compartida.

Para ello, el Acuerdo define el Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad, como un espacio en el que existirán nuevas modalidades de participación democrática en los asuntos nacionales atendidos por la administración pública federal, no sólo en el consenso sino en la ejecución y en la rendición de cuentas por todos los involucrados, públicos y privados en un nuevo abordaje de corresponsabilidad social para la lucha contra el sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Educación Pública, 2010).

Consideraciones finales

El impacto de la obesidad en la sociedad es tan grande que ya ha trascendido de un problema médico a un problema social, demográfico y económico. La magnitud alcanza grados preocupantes en todas las edades, que representarán costos que consumirán buena parte de los recursos de cualquier sistema de Salud. Es evidente que es necesario instrumentar estrategias factibles y sustentables para prevenir la obesidad en los niños, cuyo costo siempre será menor que el de la atención de la obesidad y sus comorbilidades. Se ha especulado que la generación actual de niños podría vivir menos que sus padres o abuelos, debido a factores causales, como la falta de actividad física y a la ingesta de una dieta no saludable, (Barrientos-Pérez y Flores-Huerta, 2008).

La antropóloga Susana Jiles, encargada de Nutrición de Fundación EPES, precisa que

> es imperativo incorporar una mirada desde los determinantes sociales de la salud, al momento de elaborar políticas públicas que apunten a disminuir el problema de obesidad, sobrepeso y aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, las que tienen mayor impacto en la población más pobre, específicamente en mujeres, debido a la desigualdad en salud o mayor prevalencia de factores de riesgo.

Esto significa que abordar el tema de alimentación, obesidad y género implica trabajar en varios ámbitos o dimensiones: social, cultural, económico y político. Para Susana,

> no es suficiente con incrementar el acceso a través de la construcción de más centros de salud, si no se invierte y mejora la capacidad de los equipos de salud; si no se fortalecen las redes para la promoción y prevención en salud y, a la vez, se aumentan los recursos y voluntades que permitan disminuir las desigualdades sociales, mejorando las condiciones de vida de la población en su conjunto.

Es importante la participación de la sociedad civil, porque está documentado que las industrias alimentarias gastan miles de millones de dólares para evitar la regulación, lo han hecho en Europa en contra del etiquetado de alimentos, en Estados Unidos ante el impuesto a las bebidas azucaradas. Si no existe presión social, se va a imponer el interés de las empresas y no vamos a tener cambios en el entorno que está generando esta epidemia, conocido como "ambiente obesigénico".

CAPÍTULO 3

Enfoques educativos para la salud alimentaria

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (1978) se planteó un concepto amplio de salud-enfermedad, señalándose que la desigualdad en los grados de salud entre los países es inaceptable política, social y económicamente y que un nuevo orden económico internacional es la base para un cambio en esta situación (OMS, 1978). Se reconoció que para que la salud sea accesible para todos los miembros de la comunidad es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo en salud. Para lograrlo, la comunidad ha de participar en forma plena en la planificación, la organización y la administración de la salud.

En el año de 1978 se celebró la Conferencia Internacional de Atención Primaria a la Salud en donde se reunieron los países pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud,en la ciudad de Alma-Ata, capital de la entonces República Socialista de Kazakstán, con el objetivo de programar en forma conjunta las estrategias para alcanzar, en el año 2000, un grado de salud que permita llevar una vida social decorosa y económicamente productiva a todos los pueblos del planeta. La meta común se sintetizó en el lema "Salud para todos en el año 2000" (actualmente posterior a un proceso de renovación actualiza sus objetivos fijándose la meta "Salud para todos en el siglo XXI"), como un hito importante en esta materia de salud.

Surge entonces el concepto de Atención Primaria de Salud (APS) como uno de los componentes fundamentales de un Sistema de Salud efectivo, con un planteamiento para la atención a la salud integral y progresista que implica un tratamiento multicausal de los problemas de salud y la organización de los servicios de Salud globales, continuos, integrales, distribuidos equitativamente y eficaces. En esta Conferencia se propuso la Educación para la Salud como uno de los componentes esenciales para alcanzar dicha meta, por lo que se le contempló como una actividad básica. Posteriormente, en la 32ª y en la 33ª asambleas mundiales de la Salud (1979 y 1980) se reconoció que la Educación para la Salud es esencial en el esfuerzo coordinador para estimular el interés en la participación de la

comunidad (OMS, 1979). Para 1981, en el Simposio Interamericano de Educación para la Salud en Puerto Rico se reafirmó la función decisiva de la información y de la educación para la salud en la consecución de la meta de Salud Universal, así como para generar mayor conciencia entre los gobiernos de las Américas acerca de que no se puede prestar Atención Primaria en Salud, si no hay una educación apropiada al respecto. Para el Séptimo Programa General de trabajo aprobado en la 35ª Asamblea Mundial en 1982, se hace referencia en forma constante a las actividades educativas como el medio por excelencia para fomentar la participación de personas de todas las clases sociales (OPS, 1984).

A partir de estos planteamientos, la educación para la salud adquiere una connotación particular al introducirse como elemento de apoyo indispensable en la pretendida meta de Salud Universal, para lograr la participación de los individuos: "Una educación para la participación y una participación a través de la educación". Ahora bien, a partir del inicio de la Conferencia de Alma Ata, en 1978, empieza a hablarse de Promoción de la Salud, al principio como promoción primordial, esto es, como término que se diferenciaba del modelo medicalizado de Clark de prevención basada en la historia natural de la enfermedad, que planteaba iniciativas previas a la prevención primaria. La Atención Primaria de la Salud (APS), junto con los avances en la descentralización del Sector Salud, propició el surgimiento de nuevas corrientes de pensamiento en salud pública que establecieron parámetros para las discusiones de los problemas de salud y los procesos sociales y dieron origen al concepto de factores que determinan los procesos de salud-enfermedad. La importancia de las políticas y su análisis para la acción sanitaria se ponen de manifiesto, hay un renacer de la percepción de la importancia del medio ambiente físico, social y cultural, junto con una reivindicación política de disminución de la asimetría en el Sector Salud.

Estas formas sobre el pensar y el hacer con respecto a la salud surgieron como reflejo de distintos factores, entre los cuales cabe destacar la constatación de los límites del modelo Biomédico hegemónico (enfoque clínico), en el que se trataba la enfermedad de acuerdo con sus causas o su causalidad y se fortalecía el modelo de Factores de riesgo, las presiones para la realización de recortes en los costos del sistema de atención de la salud y un clima social y político de valorización de temas como la autoayuda y el control individual sobre la salud. Entre las propuestas emanadas se destaca el proyecto Promoción de la Salud, definida inicialmente como "el arte y la ciencia de ayudar a las personas a cambiar el hábito de vida apuntando a un estado óptimo de salud". El sustento de esta definición fue la consideración de que los individuos poseen autonomía para tomar decisiones y tomar actitudes que los lleven a practicar hábitos saludables y que los cambios de actitudes pueden tener efectos significativos para la salud (Minkleir, 1989).

Esta perspectiva fue institucionalizada a través de la divulgación del Informe Lalonde, que propone entender la salud a partir del concepto Campo de Salud

y propone un mapa del territorio de la salud en el que se interrelacionan cuatro grupos explicativos del fenómeno salud-enfermedad: 1) ambiente (natural y social), 2) estilo de vida (comportamiento individual que afecta la salud), 3) biología humana (genética y función humana) y 4) organización de los servicios de salud (Lalonde, 1974). Explica, además, cómo los recursos que los países invierten en salud se concentran en los servicios médicos, en tanto son los estilos de vida los que más trascendencia tienen en la situación de salud. Por su parte, en América Latina, en la década de los años setenta surge la comprensión de la salud desde un proceso que trasciende la mera causalidad –conceptualizado como de determinantes sociales de la salud–, que explicaba cómo el estado de salud no sólo dependía de los servicios de salud y de las características biológicas humanas, sino a su vez estaba determinado por los modos, condiciones y estilos de vida que las sociedades imponían a las poblaciones, enfoque que no fue adoptado en ese momento por la OMS, ni por los países desarrollados (Breihl,2003). La determinación social de la salud se explicaba en la interacción del modo de vida, las condiciones de vida y los estilos de vida con los perfiles de salud, en lo que se denomina la dialéctica entre lo singular (individuos), lo particular (grupos) y lo general (poblaciones) (Martínez, Castellanos y Mermet, 1998).

En 1990, casi dos años después, se retoma, desde el modelo europeo anglosajón, la expresión *determinantes sociales de la salud* y a mediados de esa misma década, la OMS realiza un esfuerzo muy importante por reinterpretar y fortalecer la estrategia de Salud para Todos (SPT).

Este nuevo paradigma de salud considera a ésta como resultante de una compleja red de interacciones en la que se entrecruzan factores personales, económicos, sociales y medioambientales imposibles de abordar sin el concurso de todos; por tanto, dadas la complejidad y la multifactorialidad del proceso salud/enfermedad, es necesaria la implicación de la comunidad para avanzar de forma conjunta en la mejora de la salud y en la prevención de la enfermedad. La necesidad de un modelo de intervención más amplio que el de la Educación Sanitaria resultó obvio en aquellos años.

A principios del año 2000 se toma conciencia de la necesidad de un cambio en los modelos predominantes en salud y para 2005 la OMS crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (DSS). De acuerdo con la mencionada comisión (OMS, 2008), los DSS son "las características sociales en que la vida se desarrolla", de manera que se refieren tanto al contexto social como a los procesos que subyacen a posiciones desiguales en la sociedad, mediante los cuales las condiciones sociales inciden en la salud. Estas condiciones son aquellas en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, es decir, el contexto de su vida cotidiana, sus acciones y las consecuencias de ellas. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos en los ámbitos

mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.[1] Es un concepto diferente a la tradicional perspectiva de factores de riesgo y está anclado en el *análisis de las inequidades entre grupos sociales*, clasificando los determinantes en estructurales e intermedios (Cuadro 1).

Cuadro 1. Los determinantes

Los determinantes estructurales
Conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social. Incluyen las relaciones de género y etnia. Están influidos por un contexto sociopolítico cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales.
Los determinantes intermedios
Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunsancias materiales (condiciones de vida de trabajo, disponibilidad de alimentos etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos éstos, al ser distintos según la posición económica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2009.

La Comisión de Determinantes Sociales se constituyó como una red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables. Asimismo, parte de su labor sería establecer lazos de asociación con países comprometidos a adoptar medidas integrales y que afecten múltiples áreas de la acción gubernamental para afrontar la inequidades sanitarias de la sociedad civil. Sin embargo, a pesar de este abordaje ampliado sobre la salud, las estrategias de acción delineadas en el documento de discusión hacen hincapié más la importancia de los elementos vinculados al grupo "estilos de vida" y sólo de un modo secundario abordan las causas vinculadas a los demás grupos explicativos. Asimismo, en este contexto, el informe afirma la necesidad de una nueva agenda de intervención que logre interferir sobre los hábitos de vida, lo que se justificaría por el hecho de que, frente a eventuales deficiencias del Sistema de Salud, "las personas deben aceptar la responsabilidad individual sobre la salud y de sus hábitos de vida no saludables" (Lalonde, 1974).

Las intervenciones llevadas a cabo con la coordinación de los departamentos de Promoción de la Salud en Canadá (Rootman, 1992; Pinder, 1988) privilegiaron las prácticas educativas tendientes a la modificación de estilos de vida, para con ello poder disminuir la exposición a los riesgos causados por el "comportamiento

[1] Este enfoque ha sido difundido en el mundo, pero desde la medicina social latinoamericana ha sido criticado (González, 2009).

inadecuado" de los individuos y destacaron ciertas áreas-problema, como las del tabaquismo, el alcoholismo, las drogas y los hábitos alimentarios (Raerburn, Rootman, 1998). Los efectos fueron positivos en lo referente a la adopción de estilos de vida más saludables en determinados grupos sociales (Hyndman, 1998). Sin embargo, las prácticas educativas de este abordaje que hace hincapié unilateral en los estilos de vida, tomadas en conjunto, han tenido un efecto limitado en las condiciones de vida de la población.

Al inicio de los años ochenta (siglo XX), autores como Labonte y Penfold (1981) alertaron sobre el hecho de que la perspectiva *behaviorista* (o conductista), al encubrir las enfermedades y las estructuras sociales causantes propiciadoras de la no-salud, podría estar resguardando la instrumentación de políticas neoliberales socialmente restrictivas y culpabilizar en este proceso a las víctimas por la inequidad del sistema social. Para superar los límites teórico y prácticos de la corriente *behaviorista*, a mediados de la misma década de los ochenta, en una línea de continuidad con las propuestas de Alma Ata, se actualizó el movimiento de Promoción de la Salud, con el desarrollo del Proyecto Socio-Ambiental de Promoción de la Salud, denominado por algunos Nueva Promoción de la Salud. El Documento de trabajo resultante propone que la Promoción de la Salud debe tener un papel en la transformación de las condiciones de vida de los más desfavorecidos y que debe estimular la participación de los individuos y de los grupos poblacionales en procesos decisorios vinculados a las acciones de salud (OMS, 1984).

La Carta de Otawa sintetizó esta producción y representó el consenso de 35 países en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Este documento cumple un papel central en la evolución del movimiento de la Nueva Promoción de la Salud, al proveer los conceptos y los principios, así como una lista de cinco áreas prioritarias de acción en las que posteriormente se profundizó en las cuatro conferencias internacionales de Promoción de la Salud que se realizaron hasta el año 2000 (Buss, 2000; 2003), (Cuadro 2). Entre las estrategias priorizadas por esta nueva corriente de la Promoción de la Salud, merecen ser destacadas: la constitución de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables, la reorientación de los servicios de salud, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud. Estas estrategias son subsidiadas por principios que afirman la importancia de actuar sobre los determinantes y las causas de la salud, así como de buscar constituir alternativas a las intervenciones y prácticas educativas centradas en el cambio de los estilos de vida, con lo que se sugiere repensar las prácticas de Educación para la Salud que propongan un papel más activo del público al que se dirijan.

Cuadro 2. Conferencias mundiales promoción de la salud

1ª Conferencia Ottawa, Canadá 1986	Identifica los campos de acción: • Políticas públicas saludables • Ambientes favorables a la salud • Acción comunitaria • Reorientación del sistema de salud
2ª Conferencia Adelaida, Australia 1991	Puso énfasis en las políticas públicas saludables, en esa línea identificó cuatro áreas de urgencia que atender: • Salud de la mujer • Alimentación y nutrición • Tabaco y alcohol • Creación de ambientes favorables
3ª Conferencia Sundsvall, Suecia 1991	En este caso, el énfasis se dedicó a ambientes saludables. Esta conferencia fue un buen preámbulo para la Conferencia Cumbre de Medio Ambiente de Río de Janeiro realizada el año siguiente (1992).
4ª Conferencia Yakarta, 1997	La acción comunitaria fue el eje de esta conferencia. Se destacó cómo los diferentes escenarios ofrecen oportunidade para el desarrollo de estrategias integrales de promoción de la salud.
5ª Conferencia México, 2000	Abordó todos los campos de acción identificados en Ottawa y logró atraer al debate tanto a políticos como a científicos. Su resultado más tangible fue una guía de propuesta de plan de acción para ser adoptado por cada país de acuerdo con sus principales necesidades.
6ª Conferencia Bangkok, 2005	Ésta retoma la inquietud del alcance de la promoción de la salud y subraya cuatro compromisos clave dirigidos a lograr que esta disciplina sea: • Un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial • Una responsabilidad escencial de todos los ámbitos de gobierno • Un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil • Un requisito de las buenas prácticas empresariales

Fuente: OMS: 1986, 1988, 1991, 1997, 2000, 2005.

Al respecto cabe mencionar que algunos educadores-equipo de salud cambiaron las acciones educativas a esta nueva aproximación de la Promoción de la Salud; algunos otros la consideran como una modalidad actual de la Educación para la Salud o la Salud Pública; otros mantienen aun hoy en día, los conceptos y prácticas tradicionales.

De forma más concreta, la Promoción de la Salud constituye una nueva estrategia dentro del campo de la salud y del ámbito social; esta estrategia se puede considerar, por un lado política, en tanto que está dirigida hacia la elaboración

de planes de actuación concreta y, por otro, como un enfoque que promueve la salud. Propone una construcción social de la salud a través de múltiples sectores, incluido el de la Salud; esto implica, no solamente instrumentar acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, sino a que se desarrolle un proceso que permita a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud y, en consecuencia, mejorarla con vistas a crear un futuro más saludable. En el mismo sentido, estimula la colaboración intersectorial[2] mediante la formación de coaliciones e incita a los distintos organismos públicos, privados, voluntarios, a participar en una causa común con el fin de lograr resultados de salud o intermedios de salud de manera más eficaz, eficiente o sostenible, que aquella que el sector sanitario pueda lograr si actúa en solitario. En consecuencia, se trata de la respuesta social organizada para mejorar la salud de la población mediante medios multisectoriales y multidisciplinarios al combinar la elección personal con la responsabilidad social en la construcción social de la salud.

A partir de la Conferencia en Promoción de la Salud en 1986 (OMS, 1986), la Promoción de la Salud se institucionaliza con los siguientes planteamientos:

- *Se basa en la población*: Considera la salud de toda la población, es decir, de todas las personas que comparten el lugar, como un municipio o una región, o la experiencia de ser jóvenes o pobres, o que está expuesta a determinado riesgo.
- *Es participativa*: Implica la colaboración de todos los interesados directos de la comunidad, en la selección, la planificación, la ejecución, la evaluación y el mantenimiento de las intervenciones, las políticas y las condiciones que fomentan la salud.
- *Es Intersectorial:* Hace participar a todos los sectores o partes de la comunidad, individuos, empresas, instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, en la realización de cambios que fomenten la salud en sus programas, políticas y prácticas.
- *Es sensible al contexto*: Tiene en cuenta todos los aspectos pertinentes del lugar y el tiempo, incluidas la historia, la información demográfica, la experiencia anterior, la geografía, la cultura, la política, la economía, la estructura social y otros factores importantes.
- *Opera en múltiples ámbitos*: Opera en diversos ámbitos, del individuo y las relaciones, de la organización, de la comunidad y del sistema más amplio, para alcanzar las metas de salud de la población.

[2] La acción sanitaria intersectorial es considerada primordial para el logro de una mayor equidad en salud, especialmente en aquellos casos en que el progreso dependa de decisiones y acciones de otros sectores como la agricultura, la educación y las finanzas.

Así pues, la Promoción de la Salud no se ocupa sólo de promover el desarrollo de las habilidades personales y la capacidad de la persona para influir en los factores que determinan la salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno para reforzar aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables para modificar aquellos que impiden ponerlos en práctica. Esta estrategia se ha resumido en la frase "conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir".

Las formas de la Educación para la Salud en las intervenciones de Promoción de la Salud

En el contexto de la Promoción de la Salud, ésta no es considerada 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 salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para conseguirla, 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.

Se distinguen en las intervenciones de Promoción de la Salud, dos formas de Educación para la Salud, una desde los enfoques de desarrollo personal y la otra desde los enfoques de desarrollo social.

- Enfoque desarrollo personal: dirigida a los comportamientos o situaciones identificados como riesgos para la salud, "la Educación para la Salud como una actividad diseñada para ampliar el conocimiento, desarrollar valores y habilidades de la población en relación a la salud, a fin de que se promueva la salud".
- Enfoque desarrollo social: consiste en "diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que puedan servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y de la enfermedad y con ello posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambios sociales respecto a la salud".

Perspectivas paradigmáticas

Para poder determinar las formas que la Educación para la Salud ha adoptado en las intervenciones educativas de Promoción de la Salud se hace necesario señalar que, históricamente, la Educación para la Salud ha pasado por diferentes etapas y se le ha considerado desde diversos enfoques, a partir del contexto en que se ha desarrollado. Desde principios del siglo XX hasta la actualidad se distinguen dos grandes etapas o periodos en la evolución del concepto y su contenido, que trascurren paralelamente con los cambios sociopolíticos y con el desarrollo de la nosología y de los factores de riesgo, obedeciendo cada una de ellas a planteamientos epistemológicos que las conforman, en los que subyacen determinadas concepciones acerca de la educación, el aprendizaje, el hombre y la salud. Las posturas en este campo van desde la adscripción a modelos generales de conducta, hasta la proposición de técnicas de intervención educativa: en este terreno, la confusión es patente como resultado de la falta de acuerdo en la terminología, así como de los distintos ámbitos a los que hace referencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) no opta por un modelo determinado, aunque recoge la polémica entre los enfoques metodológicos cuantitativos y cualitativos en los estudios de la conducta, al tiempo que evoluciona desde posturas normativas a participativas (Valadez *et al*., 2004), (Cuadro 3).

De esta manera, se abordan los paradigmas que han surgido acerca de la Promoción de la Salud, desde donde se fundamentan las visiones, el seguimiento y el desarrollo de cada una, la noción de salud-enfermedad que contemplan, las implicaciones teórico-metodológicas para su práctica y los alcances y limitaciones de cada perspectiva, para con ello establecer los enfoques educativos que se han aplicado en los ámbitos nacional e internacional, con la finalidad de visualizar y analizar las posibles estrategias que pueden ser instrumentadas.

Visión higiénico-preventivista

La enfermedad es la ruptura del equilibrio existente entre el huésped, un agente etiológico y el medio con el que interactúan. Parte del concepto de medicina preventiva como acción anticipatoria basada en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, para hacer improbable el inicio de un posterior progreso de la enfermedad.

La Promoción de la Salud, en esta visión, tiene que ver con el fortalecimiento de la resistencia del huésped hacia los agentes de enfermedad, con la disminución o la eliminación del contacto con el agente y con acciones generales sobre el ambiente que incluyen lo social y la preocupación por prevenir la propagación de enfermedades y por identificar los microorganismos responsables de enfer-

medades específicas. Las prácticas educativas están basadas en la transmisión del conocimiento y se corresponde históricamente con el primer enfoque del Primer Periodo o Periodo Clásico de los modelos de intervención de la Educación para la Salud, en donde las intervenciones de educación para la salud tienen un enfoque *informativo prescriptivo*, cuyo conocimiento por transmitir era fundamental, principalmente el de la higiene. Los hombres se enferman por ignorancia, a decir de Sigerest, surge "una higiene desde abajo", que pretende enseñar al pueblo medidas higiénicas. En este enfoque hay definiciones conceptuales que implican un proceso de transmisión de información con una intención preceptiva. Se trata de la forma más convencional de orientar actividades educativas; en este caso son los profesionales de la salud, los únicos poseedores de los conocimientos necesarios para su cuidado y los individuos deben estar dispuestos a aceptar y cumplir con precisión las indicaciones, identificándose este enfoque como de línea autoritaria: a los individuos se les otorga un papel pasivo, receptor (Cuadro 3).

Cuadro 3. Niveles de aplicación de las medidas preventivas en la historia natural de la enfermedad

Prevención primaria	Promoción de la salud, educación higiénica Protección específica • Inmunizaciones específicas • Higiene personal • Saneamiento del medio
Prevención secundaria	Diagnóstico temprano / tratamiento oportuno • Medidas para encontrar casos • Encuestas de tamiz • Exámenes selectivos • Curar y prevenir el proceso patógeno • Prevenir la diseminación de las enfermedades transmisibles • Prevenir las complicaciónes y secuelas • Acotar el periodo de incapacidad Limitación de la incapacidad • Tratamiento adecuado para detener el proceso patógeno y prevenir posteriores complicaciones
Prevención terciaria	Rehabilitación • Proveer hospitales y facilidades en la comunidad para reentrenamiento y reeducación de la población para el máximo de capacidades remanentes

Fuente: E. Gurney y H. Rodman 1995.

Década de los setenta (siglo xx): perspectiva estilos de vida, conductual-individualista

Las prácticas poco saludables son consideradas de "riesgos autoimpuestos" y causas relevantes de la no-salud. Los factores de riesgo están asociados a la formas de vida, a los comportamientos y a las actitudes de los individuos frente a su salud, más que a las condiciones de vida, pues se pasó de evaluar el papel de las instituciones en su compromiso con la salud de los sujetos, a culpar a estos últimos de su proceso de salud-enfermedad. Dentro de esta perspectiva, el enfoque conductual individualista se centra en modificación de la conducta y en promover estilos de vida saludables con el fin de eliminar o controlar factores de riesgo (Imagen 1). Una Educación para la Salud basada en el comportamiento y su modificación.

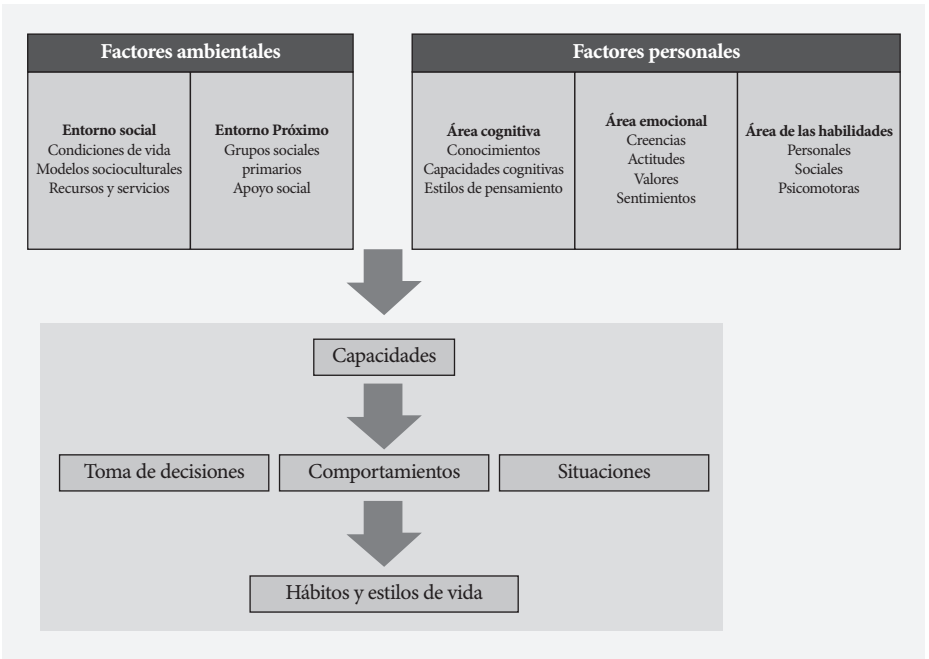


Figura 1. Factores relacionados con los comportamientos en la salud.

Históricamente ambas corresponden al segundo enfoque del Primer Periodo o Periodo Clásico de los modelos de intervención de la Educación para la Salud, estos modelos de intervención son dirigidos sólo al individuo y se fundamentan en el paradigma positivista con base en las teorías psico-sociológicas de la

modificación de comportamientos a partir de dos interpretaciones teóricas del aprendizaje: el conductismo y el cognitivismo.

El conductismo hace hincapié en la relación existente entre los estímulos y las respuestas observables por medio de condicionamiento clásico (Pavlov, Watson); el condicionamiento operante (Skinner) añade a lo anterior los antecedentes y las consecuencias de la acción e introduce el papel de los refuerzos para logar una respuesta. Las posiciones neoconductistas del aprendizaje vicario (Bandura) muestran que no es necesario estar involucrado en la acción, sino que se aprende mediante la observación de otros. El proceso de conocimiento es sólo estímulo-respuesta, su base principal sigue una secuencia: primero se da un estímulo que prepara al individuo, luego surge una conducta y, por último, se da un estímulo que garantiza la conducta. El cognitivismo tiene sus raíces en la ciencia cognitiva y en la teoría de procesamiento de la información, intenta explicar la conducta a partir de los procesos mentales, resalta que según la forma en que la persona procesa la información y entiende el mundo que la rodea, desarrolla determinado tipo de conducta. Los individuos contrastan las nuevas informaciones con su estructura cognitiva y, a partir de allí, moldean sus acciones. Según el cognitivismo, el aprendizaje es un proceso intencional de modificación de significados, que resulta de la interacción entre la nueva información y el sujeto.

De acuerdo con esta corriente, el individuo tiene estructuras cognitivas preexistentes (esquemas) con las que interactúa la nueva información y en las que encaja y modifica dichos esquemas (Rivière, 1987). Hay dos tipos de modelos (Cuadro 4):

1. Modelos predictores del comportamiento, basados en las teorías de cambio de actitud, con los desarrollos conceptuales más trabajados: La Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Atribución.
2. Modelos derivados del condicionamiento clásico operante, con el desarrollo de las teorías del Aprendizaje Social de Bandura y Teoría del Aprendizaje Observacional Perceptivo.

Las diferentes propuestas y sus fundamentos se configuran después de la segunda guerra mundial, en un contexto de creación y desarrollo del Estado de bienestar y de los sistemas sanitarios públicos. Cobran importancia en esta etapa histórica, la racionalidad y la lógica de la tecnocracia del aparato del Estado, de las burocracias y la sumisión y la adaptación del individuo. La hegemonía teórica de los postulados que Max Weber formula a principios del siglo XX, facilita la necesaria cobertura desde el campo de las Ciencias Sociales, en medio de un predominio médico biológico. Se abre el discurso de los factores sociales y culturales y el análisis de las motivaciones y resistencias, de los instrumentos educativos y persuasivos para el cambio, pero, en definitiva, centrados en la conducta de los individuos. Esta orientación se desarrolla en la década de los años de 1960 al

contar con aportaciones de la antropología cultural y recupera la subjetividad individual, se enfrenta al nuevo problema que supone las elevadas mortalidad y morbilidad cardiovascular y oncológica, asociadas a estilos de vida[3] no saludables.

Cuadro 4. Primer Periodo o Periodo Clásico: segundo enfoque, bases teóricas de sus intervenciones

Modelos predictores de comportamiento: teorías de cambio de actitud	Teoría de la acción razonada	Teorías y modelos referidos alcambio individual	Creencias en salud
			Comunicación persuasiva KAP
	Teoría de la atribución		PRECEDE-PROCEED
			Etapas de cambio
Modelos derivados del condicionamiento clásico / operante	Teorías de aprendizaje social	Teorías y modelos referidos al cambio grupal o comportamiento interpersonal	Teoría del aprendizaje social
			Teoría difusión de innovaciones
Teorías conductistas / teorías cognitivas	Teoría del aprendizaje observacional o perceptivo		Modelo aprendizaje del comportamiento

Fuente: Elaboración propia basada en la bibliografía consultada.

Teorías y modelos referidos al cambio individual

El modelo basado en las creencias en salud

Durante la década de 1950 se desarrollaron la arquitectura y la descripción original del Modelo de Creencias en Salud para comprender y predecir la conducta de los individuos en relación con la prevención de las enfermedades, el uso de servicios de salud, retrasos en la búsqueda de cuidados de la salud y cumplimiento de las recomendaciones médicas (Rosenstock, 1966; 1988; Leventhal 1984; Kegeles, 1980). Este modelo supone que las creencias de las personas influyen de manera significativa en las decisiones que adoptan con respecto a la salud, a la vez que se ocupa de las percepciones que tiene una persona acerca de la amenaza de un problema de salud y de la evaluación de un comportamiento recomendado para prevenir o manejar un problema. Estas situaciones influyen en su susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad probable de la misma, los beneficios y dificultades

[3] Estilos de vida: conjunto de patrones elegidos libremente y que caracterizan la manera de vivir de una persona o de un grupo.

que le suponen en la aceptación de medidas preventivas recomendadas por las autoridades sanitarias y en la cooperación con los planes terapéuticos propuestos por el médico, con influencia indirecta de las variables sociodemográficas. Sugiere que si las personas poseen la información acerca de la severidad de la enfermedad y su propia susceptibilidad a la misma, adoptarán la conducta saludable si perciben que la recomendada es efectiva (Donohew, Sypher y Bukoski, 1991; Smith, Helquist, Jimerson, Carovano y Middlestadt, 1993).

El modelo de creencias identifica cinco aspectos de la percepción de la exposición que se cree tener al problema de salud (percepción de riesgo):

- Lo grave que se considera el problema de salud.
- Los beneficios que se esperan lograr del cambio de comportamiento.
- Los obstáculos que se cree que existen y que no permiten tomar una acción.
- Señales para la acción.
- Autoeficacia.

La combinación ideal de estas percepciones hace que la persona esté dispuesta a actuar. El modelo contempla la necesidad de algún tipo de "estímulo a la acción" para que la nueva conducta se ponga en marcha. Este estímulo sería la información que proporcionarían las instituciones de Salud. El modelo de creencias resulta útil para analizar la falta de acción o de incumplimiento de las personas, identificando las razones para ello. El modelo tiene un buen ajuste cuando el comportamiento o la afección que constituyen un problema, originan una motivación de salud, ya que precisamente es el punto central de todo proceso.

El modelo basado en la Comunicación persuasiva

Más conocido como KAP por sus siglas en inglés (Knowledge, Attitudes, Practices [conocimientos, actitudes y prácticas] Hovland, Jannis y Kelley, 1953). Parte del supuesto de que las actitudes condicionarían los comportamientos. Según este modelo, bastaría con proporcionar a los individuos, grupos y colectividades, una información veraz y comprensible con el objeto de cambiar los conocimientos, a lo que seguiría el cambio de actitud, posteriormente el cambio del hábito y la adopción de uno nuevo (concepción causal de la actitud). Sin embargo, se sobreestima la capacidad real de los medios de comunicación y no se toma en cuenta que la actitud es sólo uno más de los factores que determinan el comportamiento. Hoy en día, este modelo, tal como fue formulado, es rechazado por la mayoría de expertos por no corresponder con la realidad, principalmente por dos razones:

- Porque los receptores de la información desarrollan mecanismos de defensa (exposición selectiva, percepción selectiva, retención selectiva) que hacen que

la comunicación llegue a la fase de cambio de actitudes en muy pocos casos.

- Porque se ha demostrado que los cambios de actitud no siempre provocan el cambio de los hábitos. Es más, las actitudes y creencias están a menudo en contradicción con los comportamientos.

Entre las modificaciones llevadas a cabo, se añadió al modelo la motivación, al comprobarse que la información sola en la mayoría de los casos sólo incide en el área de los conocimientos y muy poco en las actitudes. El cambio de actitudes, no precedería siempre al cambio de comportamiento. La actitud sólo sería uno más de los factores que determinan el comportamiento, ya que es preciso tener en cuenta elementos externos favorecedores (contingencias situacionales), tales como: *a)* La inclusión en los mensajes de instrucciones sobre cómo cambiar la conducta; *b)* La existencia de servicios para ayudar en el cambio de conducta en los casos en que el hábito esté profundamente enraizado; *c)* La presencia de un medio ambiente favorable que proporcione soporte al cambio de conducta. La interacción entre actitudes y contingencias situacionales es lo que determinaría el comportamiento.

El modelo de la Comunicación Persuasiva (conocimientos más motivación), con la incorporación de las contingencias situacionales, es el que mejor explica la modificación de los comportamientos insanos en las personas adultas. Si bien se ha cuestionado este modelo como estrategia de intervención educativa, se han retomado sus componentes en la realización de algunas investigaciones, como una forma práctica y útil de obtener un diagnóstico de necesidades educativas en diversas áreas de la salud.

El modelo PRECEDE-PROCEED

De Lawrence Green y Marshall Kreuter (1960-1991): PRECEDE es acrónimo de *presdisping* (predisponentes); *reinforcing* (reforzadores); *enabling* (facilitadores); *causes* (causas); *educational* (educacional); *diagnosis* (diagnóstico) y *evaluation* (evaluación).

Este modelo es considerado idóneo para planificar las intervenciones de salud, pues es una guía para la realización de un diagnóstico epidemiológico y social para identificar las necesidades prioritarias de salud de una comunidad y distinguir factores que predisponen en el individuo (percepciones, experiencias, conocimientos, actitudes y prácticas), factores que lo hacen posible (medio ambiente) y los de refuerzo (recompensa o castigo) que influyen en el comportamiento que se pretende adquirir o incorporar. Deben tenerse en cuenta los recursos de que se dispone para todo ello. Este diagnóstico da lugar a una serie de objetivos educacionales que, en el supuesto caso de lograrse, afectan los objetivos del comportamiento. Desde el enfoque tecnológico del proceso de enseñanza

aprendizaje, no se contempla a la persona como un sujeto capaz de determinar los resultados del aprendizaje, sino que éstos dependerán fundamentalmente del diseño y la calidad en el desarrollo del programa educativo.

El PRECEDE no tuvo como propósito explicar "fenómenos", sino organizar referentes teóricos y constructos (variables) existentes en forma coherente y sistemática útil para la planificación y la evaluación en Educación para la Salud (Green y Kreuter, 1991). Como consecuencia del extenso proceso de aplicación y validación del marco PRECEDE durante la década de los ochenta del siglo XX, se revelaron algunas limitaciones conceptuales y operativas que determinaron que los autores formularan el componente PROCEED (*policy*, *regulatory and Organizational Constructs for Educational and Environmental Development, o Constructos Organizacionales* Políticos y Regulatorios para el Desarrollo Educacional y Ambiental) para incluir explícitamente elementos ambientales en el abordaje educacional de la promoción de la salud, para presentarlo en los años noventa del siglo XX.

El modelo PRECEDE-PROCEED toma en cuenta los múltiples factores que determinan la salud humana, el bienestar social y la calidad de vida. Ayuda el planificador a identificar una serie de factores específicamente focalizables para el éxito de una intervención. Por un lado, PRECEDE genera objetivos específicos y criterios para evaluación; luego PROCEED ofrece los pasos adicionales para el desarrollo de políticas, la instrumentación inicial y el proceso evaluativo. Este modelo opera simultánea y continuamente a lo largo de una serie de etapas o pasos para planear, instrumentar y evaluar.

Fases del Modelo PRECEDE-PROCEED

Fase 1. Evaluación social y análisis situacional. Idealmente se comienza con una consideración objetiva de la calidad de vida, se valoran aspectos o problemas generales de la población objetivo (pacientes, estudiantes, empleados o habitantes). Esto es mejor si se involucra a las personas en el estudio de sus necesidades y expectativas. Algunos de los indicadores sociales que llegan a ser definidos como problemas y prioridades de individuos y comunidades son: agresividad, ausentismo, criminalidad, discriminación, desempleo, bienestar, autoestima.

Fase 2. Evaluación epidemiológica. Esta fase aplica especialmente cuando el modelo es usado por profesionales de la salud al planear un programa. Se trata de identificar las metas específicas de salud o los problemas que pueden contribuir a las metas sociales o los problemas señalados como prioritarios en la fase anterior. Con los datos disponibles y la información generada mediante la investigación epidemiológica o médica, el planeador establece un orden de indicadores de problemas o necesidades y, según los recursos, selecciona

alguno en particular, como podría ser, por ejemplo: discapacidad, fertilidad, condición física, morbilidad, mortalidad, factores de riesgo, en sus dimensiones de distribución, duración, incidencia, permanencia, intensidad u otra.

Fase 3. Evaluación comportamental y ambiental. Consiste en identificar los factores comportamentales y ambientales específicamente relacionados con el asunto y los indicadores de salud escogidos como prioritarios en la fase 2. Si el modelo es usado para un problema que no es de salud, se puede prescindir de la fase 2, pero de todos modos, los factores o condiciones de riesgo identificados deben ser señalados con claridad para que el desarrollo de la propuesta de intervención sea coherente y no se debilite por omitir dimensiones programáticas, variables comportamentales o ambientales, así como las actividades técnicas necesarias para su abordaje integral, que terminan siendo predisponentes, facilitantes o reforzantes.

Fase 4. Evaluación educacional y ecológica. Sobre la base de la investigación acumulada en Salud y el comportamiento social, así como de las relaciones ecológicas entre ambiente y comportamiento, cientos de factores podrían ser identificados como potenciales modificadores o moduladores de un comportamiento con efecto en la salud. El componente PRECEDE del modelo, en esta fase, los categoriza y agrupa de acuerdo con su relación con las dimensiones educativa o ecológica que deberán ser focalizadas en la intervención que se desea programar. Los grupos previstos son los de factores predisponentes (conocimiento, actitudes, percepciones, valores y creencias), los de factores facilitantes (disponibilidad de recursos, accesibilidad, reglas y leyes, habilidades e ingeniería social), los de factores reforzantes (actitudes y prácticas del personal de Salud y de otros grupos como son pares, padres, empleadores). Así, el estudio de estos factores automáticamente indica al responsable del programa qué decisiones tomar de manera informada.

Fase 5. Valoración administrativa y política. Apoyado en la información previa, aceptada como pertinente y sistemáticamente organizada, el responsable de la iniciativa está listo para ponderar las capacidades administrativas y los recursos que permiten el desarrollo y la instrumentación del programa. Limitaciones de recursos, políticas, capacidades y el tiempo son valorables mediante distintas técnicas. Algunas de las limitaciones o asuntos considerados como desfavorables para el éxito de la instrumentación prevista y los resultados pretendidos pueden entonces ser modificados gracias al trabajo cooperativo con otros actores o agencias involucradas en el asunto de interés. Lo que resta es seleccionar una buena combinación de métodos y estrategias para optimizar los recursos financieros, humanos y de otra naturaleza.

Fases 6 y 7. Instrumentación y evaluación son dos fases que, como ya se dijo, no por ser las últimas en la secuencia se deben dejar para el final del trabajo. Éstas se deben preparar desde que se trabaja en las fases iniciales del PRECEDE. Los

criterios de la evaluación reposan en la naturaleza y el alcance de los objetivos definidos para la iniciativa o el programa. Así, el modelo PRECEDE-PROCEED para la planificación y la evaluación es una amalgama de oportunidades para profesionales de disciplinas como la epidemiología, las ciencias sociales, la estadística, la psicología, la economía, la educación y la administración.

El éxito en las fases 1 y 2, así como en parte de la 3, depende en mayor medida del uso de información, métodos y técnicas epidemiológicas y sociales. El trabajo efectivo en las fases 3 y 4 requiere estar familiarizado con la teoría y los modelos sociales y comportamentales.

El Modelo de la Teoría de Etapas o Estados de Cambio

Según esta teoría (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992), que se formuló por observación directa de personas que estaban efectuando cambios en su comportamiento (Rimer, 1990), lo más común es pasar por cinco etapas a medida que uno se familiariza con una nueva conducta. Esta teoría tiene que ver con la disposición del individuo al cambio o a intentar tener comportamientos saludables. Su premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto. Como parte de este proceso se identifican cinco etapas diferentes, *1)* Pre contemplación, *2)* Contemplación, *3)* Decisión/determinación, *4)* Acción y *5)* Mantenimiento (cuadro 5). También se señala que este proceso no es lineal, sino más bien circular, es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que pueden entrar y salir en cualquier momento del proceso y, con frecuencia, reanudarlo.

Cuadro 5. Descripción de las etapas del Modelo de la Teoría de Etapas de Cambio

Concepto	Definición	Aplicación
Pre-contemplación	No se es consciente del problema, no se ha pensado en cambiar.	Aumentar la conciencia de la necesidad de cambiar, da información personalizada sobre riesgos y beneficios.
Contemplación	Se está pensando en cambiar en el futuro cercano.	Motivar o alentar a realizar planes específicos.
Decisión/ determinación	Se trazan planes para cambiar.	Ayudar en la preparación de planes de acción concretos, fijando metas graduales.
Acción	Implantación de planes de acción específicos.	Ayudar con retroinformación, solución de problemas, apoyo social, refuerzo.

Mantenimiento	Continuación de acciones deseables, o repetición de pasos periódicos recomendados.	Ayudar a hacer frente al problema, recordatorios, hallar alternativas, fallas/recaídas (según corresponda).

Fuente: Autoría propia, basado en Prochaska, Di Clemente y Norcross, 1992.

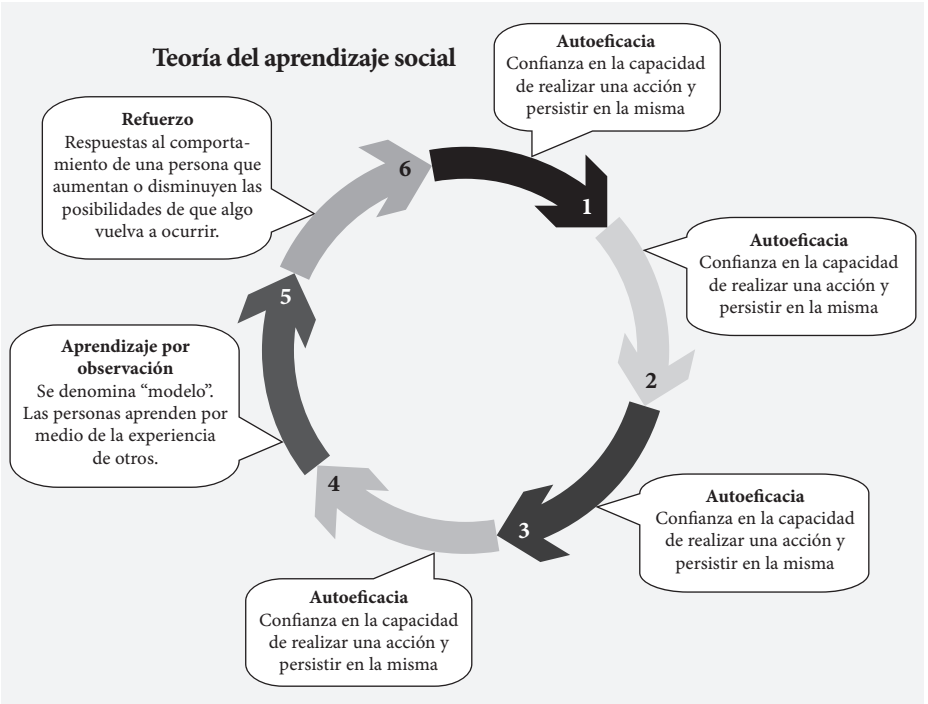


Figura 2. Teorías o modelos referidos al cambio grupal o comportamiento interpersonal Choque Larrauri, 2005

La Teoría de la Difusión de Innovaciones

Esta teoría se interesa por cómo las ideas, los productos y conductas novedosos terminan por convertirse en la norma. Esta teoría describe cómo dichas innovaciones se diseminan de manera natural mediante redes sociales y analiza cómo el uso de la difusión ayuda a planificar cambios de conducta a gran escala. Esta teoría se basa en la noción de que es más fácil adoptar nuevas prácticas, incluso comportamientos saludables, si son similares a algo que la persona ya conoce; suficientemente flexibles para practicarse en diversas situaciones; fáciles de in-

tentar y de comprender; reversibles o fáciles de interrumpir si se desea; mejores que otras posibles prácticas; de bajo riesgo y de bajo costo, no sólo en función de dinero, sino también de tiempo y esfuerzo (Roger, 1983).

Se contemplan cuatro elementos principales que determinan si la innovación será exitosa:

- La naturaleza de la misma.
- El tipo de medios de comunicación disponibles.
- El tiempo que se toma para su adopción.
- Las características del sistema social en que se disemina.

En primer elemento tiene que considerarse como algo que ofrece ventajas relativas respecto a lo que se reemplaza. También tiene que ser consistente con los valores y el contexto de quienes van a adoptarla, el grado de complejidad es importante, pues si la innovación es compleja, se reducirían las posibilidades de incorporarla. Si al realizar la prueba, los resultados son buenos, habrá mayores posibilidades de incorporar la innovación y, una vez adoptada, es probable que sea de largo plazo y que si otras personas o otros grupos pueden observar beneficios tangibles, se sentirán alentadas a hacer lo mismo. Son también importantes los canales de comunicación, o sea los medios mediante los que se trasmite el mensaje de una persona a otra. La difusión lleva tiempo, el proceso de atravesar por las diferentes etapas del cambio desde la toma de conciencia inicial, a la intención de cambiar y hacerlo en forma sostenida, puede ser gradual, tanto para las personas como para las organizaciones. En esta teoría hay conceptos clave, como la ventaja relativa de la innovación, la compatibilidad, la complejidad, la posibilidad de ponerla a prueba y de observar (cuadro 6).

El proceso de adopción de innovaciones

Entre los factores condicionantes para el aprendizaje están: *1)* La accesibilidad *a 2)* La necesidad de percepción selectiva. *3)* La compatibilidad. *4)* La observabilidad (ventaja). *5)* La estimulación simple. *6)* La experimentabilidad. *7)* La satisfacción social. *8)* La comunicabilidad y *9)* La democratización.

Este proceso de adopción conlleva una serie de pasos o etapas:

Etapa 1 (conocer superficial): Si se pretende que una persona o grupo de personas alcancen una conducta de conocimiento superficial, debe considerarse que tengan accesibilidad a esos mensajes y que deseen exponerse selectivamente a ellos.

Etapa 2 (conocer profundo): Del grupo o de los individuos que lograron el grado de conocimiento superficial, un porcentaje puede desear profundizar su

conocimiento (aclarando sus dudas) por tener necesidades (económicas, psicológicas, sociales o biológicas) y por ello percibirá selectivamente los conocimientos que más le interesen.

Etapa 3 (valorar): En esta etapa se produce la influencia mayor de la cultura (ideas, normas y materiales) en el proceso de adopción, pues si la nueva idea, la norma o el material (innovación) es compatible con su cultura se aceptará (por ejemplo, estar de acuerdo o no con la idea de prevenir las enfermedades o de adoptar ciertos hábitos higiénicos o ingerir o dejar ciertos alimentos).

Etapa 4 (evaluación): En esta última etapa del proceso de aprendizaje, la persona o las personas del grupo evaluarán si la nueva conducta esperada tiene o no ventajas sobre la conducta previa: menor costo, menor trabajo, más satisfacción, etc. y si los resultados que obtengan serán observables en plazos cortos (por ejemplo, mejoría con un tratamiento o más salud con una vacuna).

Etapa 5 (ensayar): Ésta es la primera etapa en que la persona practica lo aprendido haciendo un ensayo con cada conducta propuesta (ej.: prepara un alimento, da un tratamiento, enseña algo al escolar). El realizar o no esta etapa decisiva dependerá de que la conducta sugerida sea suficientemente sencilla para que pueda realizarla y, lo que es fundamental, que reciba la estimulación para hacerlo por parte de algún familiar, amigo o conocido. Buena parte del aprendizaje en salud se pierde porque no hay estimuladores cercanos a la persona para impulsarla.

Etapa 6 (adoptar): Cuando la persona experimenta varias conductas o comportamientos y a partir de los resultados decide adoptar una (de higiene, mentales, sociales, etc.), moldeado así su modo de ser y actuar.

Etapa 7 (difundir): Esta etapa corresponde a la difusión que la persona o grupos de personas hacen a familiares, amigos o vecinos de la nueva conducta y esto dependerá de la comunicabilidad que ella tenga.

Etapa 8 (transformación): Esta última etapa corresponde a las proposiciones o acciones de transformación que la persona hace ante los que introdujeron o dirigen la innovación y depende de una estructura participativa que favorezca la creación y el desarrollo.

Dado que en cada etapa, el objetivo de la educación para lograr la conducta buscada varía, los tipos de estrategia educativa para cada una de las etapas pueden ser:

- Para que conozca superficialmente se necesitará una información extensiva.
- Para que conozca profundamente se necesita una educación intensiva.
- Para que acepte se necesita que se legitime culturalmente.
- Para que evalúe su situación personal se necesita que se comprometa personalmente.
- Para que ensaye se debe simplificar e inducir.
- Para que adopte deberá programar su experiencia.
- Para que mantenga su conducta se debe reforzar ésta.

- Para que transforme se debe lograr su participación en las decisiones.

Se puede considerar que hay dos formas de alcanzar el cambio de conducta de la mayoría de una población:

- Con el sistema de educación extensiva a toda la población (sistema de una fase).
- Con el sistema de educación intensiva a los grupos detectados como innovadores para que éstos, a su vez, estimulen al resto (sistema de dos fases). Sin duda, el mejor sistema será la combinación de ambos, pero no siempre será factible realizarlo en razón del tiempo y del gasto.

Hay que señalar que la velocidad y la secuencia de etapas pueden variar entre las personas y, por ende, para una población.

Esta teoría se ha criticado porque, si bien la suposición de que una persona adoptará innovaciones pone el interés en ella antes que en la innovación, tal parece que la teoría trata de ajustar a la persona a la innovación, en vez de lo contrario.

Algunos investigadores consideran que no se han tenido en cuenta muchos factores que pudieran afectar la capacidad o el deseo de una persona de adoptar nuevas ideas o prácticas. Además, se critica el aspecto elitista de que los comportamientos saludables se filtrarán poco a poco hacia abajo, a los grupos más necesitados.

Se ha sugerido que esta teoría puede dar mejores resultados si se buscan innovaciones halagadoras para diferentes grupos. Puesto que la gente se siente más inclinada a probar comportamientos flexibles, reversibles, fáciles de ensayar, ventajosos, sencillos, efectivos en función de su costo y compatibles con sus valores, dentro de las actividades programáticas debe hacerse hincapié en los comportamientos sanos que tengan esas características (por ejemplo, caminar durante 15 minutos todos los días). Se ha recomendado también añadir campañas de mercadeo social para acelerar aún más la adopción de innovaciones en todos los grupos.

Cuadro 6. Difusión de innovaciones: conceptos clave y su aplicación

Concepto	Definición	Aplicación
Ventaja relativa de innovación	El grado en que una innovación se considera mejor que la idea, práctica, programa o producto al que reemplaza. ¿Es mejor que lo que existía antes?	Señalar los beneficios singulares: valor monetario, conveniencia, ahorro de tiempo, prestigio, etc.
Compatibilidad	Cuán compatible parece la innovación al compararla con valores, hábitos, experiencia y necesidades de las personas que posiblemente la adoptarían.	Ajustar la innovación a los valores, las normas y situación de la audiencia a la que se quiere llegar.

Continúa...

Concepto	Definición	Aplicación
Complejidad	Cuán difícil parece entender o utilizarla innovación.	Crear un programa, idea o producto que no sea complicado y resulte fácil de usar y entender.
Posibilidad de poner a prueba	Hasta qué punto la innovación puede experimentarse antes de que se requiera un compromiso para adoptarla.	Proporcionar oportunidades para ensayar en forma limitada, por ejemplo, muestras gratuitas, sesiones introductorias, garantia de devolución de dinero.
Posibilidad de observar	Hasta qué punto la innovación proporciona resultados tangibles o visibles.	Asegurar la visibilidad de los resultados; retroinformación o publicidad.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fundación W. K. Kellogs, 2001.

Modelo de Aprendizaje del Comportamiento

Elaborado por Alain Rochon (1992), se presenta como un modelo de síntesis. Su base teórica procede tanto de las teorías conductistas del aprendizaje, como de la psicología cognitivista y humanista, aunque su estructura se sustenta en la teoría de la adquisición o adopción de cambios de conducta de Roger. Según esta teoría, la adopción de una nueva conducta pasa por cinco fases, en donde el educador o el equipo de salud deberán orientar y facilitar el recorrido por cada una de ellas:

1. Estar informado de la nueva conducta.
2. Estar interesado en ella.
3. Tomar la decisión de realizarla.
4. Ensayar la nueva conducta.
5. Si ha sido satisfactoria adoptarla.

Décadas de los ochenta y noventa (siglo XX): perspectiva emancipadora-sociopolítica

Desde esta perspectiva, la propuesta pedagógica procura desarrollar estrategias que apunten a cambios colectivos e individuales como resultado de un proceso dialógico de identificación y análisis crítico de los problemas que busque elucidar sus raíces culturales, históricas y sociales a fin de modificar las condiciones de inequidad.

El Segundo Periodo es considerado por Valadez y colaboradores (2004) como una consecuencia de las limitaciones de los modelos desarrollados en el Primer

Periodo o Periodo Clásico, dirigidos sólo al individuo y al cambio de sus conductas. La Educación para la Salud surge con una visión más amplia en la que se destaca la influencia de los factores sociales, más crítica, más participativa y emancipatoria de las personas en lo que al cuidado y la preservación de su salud se refiere. Influida por las aportaciones de la hermenéutica y fundamentalmente por el paradigma crítico, plantea la necesidad de reconocer la influencia de los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica con respecto a las condiciones de salud de las clases sociales. El proceso educativo se centra en las personas, en su entorno; el saber implica el desarrollo de la conciencia, situándolo en el marco de su propio descubrimiento con respecto a su contexto de vida, en el espacio de las prácticas de las personas en las distintas esferas en que se desenvuelven. Contempla una perspectiva de búsqueda participativa.

El aprendizaje surge de la necesidad de analizar, comprender, sistematizar y dar respuesta a una situación que, para los involucrados en ella, presente retos e interrogantes. Se concede primordial importancia a la cultura propia del medio y extrae de ella los elementos que ayuden a generar nuevos conocimientos en torno a la situación que le dio origen. Interesan los aprendizajes concretos; pero enmarcados en la transformación de la percepción y los valores y en un nuevo tipo de relaciones. Se plantea una nueva relación pedagógica en la que ambos protagonistas (educando y educador), considerados como sujetos, establecen un diálogo constructivo alrededor del objeto de conocimiento, al que se le interroga, se le analiza y, finalmente, se le transforma.

En suma, puede decirse que este Segundo Periodo del desarrollo de la Educación para la Salud considera la salud como resultante de una compleja red de interacciones en las que se entrecruzan factores personales, económicos sociales, medio ambientales, imposibles de abordar sin el concurso de todos; por consecuencia, dadas la complejidad y la multifactorialidad del proceso salud-enfermedad, es necesario la implicación de la comunidad, resaltando con ello la acción social. Intenta dejar de lado explicaciones eminentemente individualistas o micro, tanto para el esclarecimiento del proceso salud-enfermedad, como para las propuestas de acciones educativas con la población. Es decir, se centra en los colectivos, en los grupos, con una perspectiva macro de los problemas y confluye en una nueva cultura que aproxima los sistemas sanitario y social y hace posible que la gente intervenga en todo aquello que le concierne mediante la investigación en la comunidad para comprender las fuerzas económicas y políticas que modelan el medio social e influyen en ella.

El hecho de que esta perspectiva no sólo cuente con los sujetos sino que, además, se les pida su participación, repercute decisivamente en su configuración como agentes activos de salud. Esto significa que la comunidad debe implicarse de forma activa en la búsqueda y la determinación de las necesidades y sus prioridades, así como en la elección de las estrategias conducentes a la mejora de sus

condiciones sociales, de las acciones para conseguirlo y de la valoración de los resultados obtenidos con su *praxis* en torno a las condiciones que afectan su salud. Asimismo, condiciona el modelo de Educación para la Salud que se empleará. En este caso, el modelo adecuado será aquel que permita una educación activa y capacitadora que haga que los sujetos asuman sus propias responsabilidades, interviniendo activamente en el proceso de generación de conocimiento y de acción práctica, que propugne un análisis crítico y una actuación individual y colectiva sobre los factores ambientales (naturales, socioeconómicos, etc.) que obstaculizan o impiden el desarrollo de modos de vida saludables, esto es, estilos de vida y actuación que contribuyan a la mejora del contexto individual y comunitario.

La Educación para la Salud, en el marco de la Atención Primaria de la Salud, acogió los principios de la Educación Popular y de la Investigación-Acción-Participativa, ya que entendemos que no es posible generar cambios en las vidas de las personas y comunidades sólo con información. En el entendido de que los procesos de cambio centrados en las necesidades de las personas requieren su participación, recreando formas de organización y movilización que permitan el ejercicio y la conquista de sus derechos, junto con la construcción de comunidades que puedan proporcionar apoyo y solidaridad (De Miguel, 1993; Greenwood, Whyte & Harkavy, 1993).

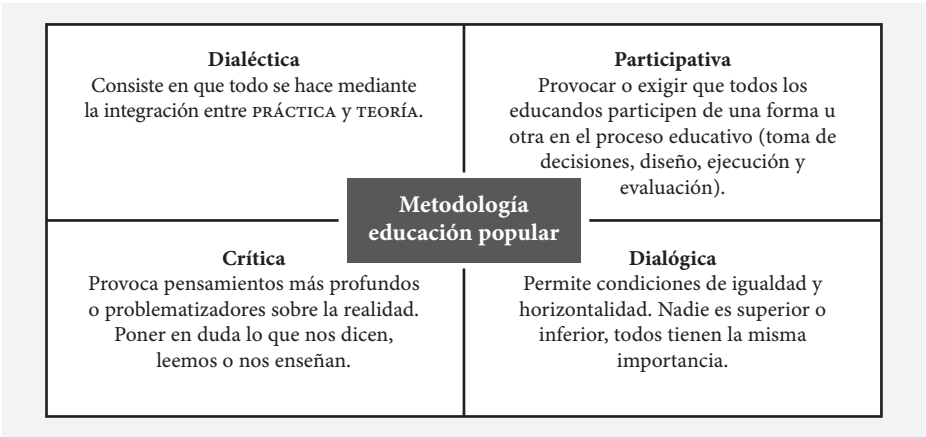


Figura 3. Características de la propuesta metodológica participativa.

La Investigación Acción Participativa y la Educación Popular como perspectivas teóricas de intervención social que postulan la deseabilidad y posibilidad de la transformación de ciertas condiciones de vida de las personas y, por ende, la transformación de la realidad social en beneficio de las personas, parecen la mejor alternativa metodológica, en primer lugar, porque nos interesa el conocimiento, no en sí mismo, sino como forma de comprensión de la realidad para la acción. En

segundo lugar, porque nos queremos aproximar a la realidad tal como es, desde el punto de vista de los sujetos que la viven y no desde la concepción del educador(a) o del equipo de salud. Y, por último, porque nos interesa generar conocimiento significativo para una práctica educativa para la salud. Ambas, Educación Popular e Investigación Acción Participativa aportan elementos metodológicos para el desarrollo de habilidades específicas para la participación social que permiten la generación de un modo de organización para la incidencia.

Así, vincular la participación a los procesos de Educación para la Salud articulando propuestas metodológicas participativas ofrece una posibilidad de trabajo, de rescate del conocimiento popular, de las maneras de enfrentar la enfermedad y de actuar ante las condiciones que la determinan, para crear nuevos conocimientos desde y en la misma realidad por parte de sus protagonistas, con ellos y para ellos con el propósito de convertir este saber en instrumento de impulso a la participación social para la solución de problemas específicos, incidiendo en el desarrollo de habilidades, destrezas, creatividad y capacidad de discernimiento y en la organización de la población.

Principales características de la Educación para la Salud desde el paradigma emancipador de la Promoción de la Salud

De forma general, la Educación para la Salud es un conjunto de prácticas encaminadas a generar las condiciones para que los sujetos individuales y colectivos desarrollen su capacidad para concebir mejores futuros y alcanzarlos.

- Lo anterior incluye el desarrollo de las capacidades humanas y la generación de capitales que permitan la modificación de las condiciones presentes para el logro de los proyectos (prácticas apoderantes) y la recuperación del control del cuerpo para la invención del proyecto (prácticas emancipadoras).
- El trabajo de promover la salud está basado en una pedagogía de autoconstrucción y de autocrecimiento (Chapela y Jarillo, 2001).
- El educador para la salud o el equipo de salud no empoderan, no dan poder, sino que generan las condiciones que faciliten el fortalecimiento del otro. De la misma manera, el educador para la salud o el equipo de salud, no emancipan, generan las condiciones para que el otro tome conciencia de los discursos de dominación que ha corporeizado en su historia y que lo influyen en la formulación de sus proyectos.
- Los procesos de Educación para la Salud, desde esta perspectiva, se organizan de manera general en ciclos de reflexión y acción transformadora sobre el mundo, con la finalidad de alcanzar los proyectos individuales y colectivos.

- En los procesos de reflexión, el diálogo cobra una importancia trascendental al ser el principal catalizador de la toma de conciencia acerca de los factores que influyen en la formulación de los proyectos. El diálogo se ejerce entre el educador o equipo de salud y las personas, grupos sociales o comunidades con las que trabaja.
- En la acción transformadora se desarrollan las capacidades humanas y se incrementan los capitales. Se modifica el entorno para que sea más favorable a los sujetos y al ejercicio de sus capacidades humanas. La acción transformadora también aporta elementos de experiencia para ser analizados en los momentos de reflexión.
- En los momentos de reflexión se dialoga acerca del mundo, el actuar de los sujetos en él y sus intenciones. En estos momentos, y gracias a la reflexión, los sujetos se construyen nuevos significados que les permiten reformular sus proyectos y ganar control sobre su cuerpo.

Para todo lo anterior es de vital importancia que el educador para la salud o el equipo de salud consideren que trabajan con sujetos, es decir, con personas con puntos de vista individuales producto de sus contextos culturales, sociales e históricos. En el mismo sentido, es de vital importancia que conozca tanto la visión de los sujetos como los contextos que influyen en ella. En esta modalidad de trabajo, la acción transformadora se realiza con la finalidad de resolver problemas nombrados, no por el educador para la salud o el equipo de salud, sino por los sujetos con los que trabaja. Sin embargo, los problemas que los sujetos nombran, no surgen espontáneamente de éstos, sino que son producto de un proceso reflexivo llamado "problematización", en el que se analizan críticamente las condiciones en las que viven los sujetos. El educador para la salud o el equipo de salud trabajan facilitando estos procesos; primero, de manera importante e intensiva y posteriormente de forma más marginal, en la medida en la que los sujetos con los que trabajan van desarrollando sus capacidades, hasta que su trabajo se vuelva innecesario.

Este enfoque de Educación para la Salud es impensable fuera del marco de los ámbitos educativos básicos, como son la familia, la escuela y el medio. La forma de concebir sus objetivos y funciones exige inscribirla en el proceso educativo general. Educar para la participación y la solidaridad, favorecer la autoestima y la autodeterminación, desarrollar el pensamiento crítico, potenciar las habilidades de comunicación, favorecer conductas asertivas, etc., son elementos imprescindibles para la Educación para la Salud, que deben ser adquiridos a lo largo de todo el proceso de socialización y desarrollo.

La Educación para la Salud en Nutrición

Las competencias relacionadas con la salud son fundamentales para el desarrollo armónico de las personas, su salud física, mental y emocional, así como para su integración social. Los problemas relativos a la nutrición, hoy son muy diferentes a los que se presentaron años atrás. Antes de la segunda guerra mundial, los principales problemas nutricionales eran la falta de alimentos o su poca variedad. Los expertos en nutrición de esa época centraban su atención en la definición de cuáles eran los nutrientes esenciales, las principales vitaminas, para poder después establecer, cuál era la ingesta mínima necesaria de alimentos para gozar de buena salud.

El panorama nutricional de México es complicado, en particular por la llamada transición epidemiológica en que se halla el país, caracterizada por la persistencia de antiguos problemas de nutrición y salud ligados a la pobreza, así como los asociados con la riqueza. La situación epidemiológica de nuestro país se caracteriza por la alta prevalencia de obesidad, enfermedades crónicas no transmisibles, que suponen las principales causas de muerte. Los factores de riesgo para estas enfermedades están estrechamente relacionados con malos hábitos alimentarios, como el bajo consumo de fibra dietética, el alto consumo de grasas animales saturadas, café o bebidas alcohólicas y otros estilos de vida poco saludables, tales como el sedentarismo y el tabaquismo. Las elevadas morbilidad y mortalidad relacionadas con estas enfermedades demandan acciones curativas costosas, que consumen parte importante del presupuesto asignado a la atención de la salud que, por ende, son limitados. De forma simultánea, en nuestro país prevalecen enfermedades agudas y carenciales, pero que participan de una transición epidemiológica hacia el problema de la obesidad y el sobrepeso.

Actualmente se han replanteado políticas de Salud con miras a reorientar el gasto público en ese rubro, se ha tratado de dar mayor prioridad a las acciones preventivas y de salud colectiva. Sin embargo, para que este cambio de política muestre efectos se requiere más que la asignación del presupuesto; hay que fomentar entre los integrantes de los equipos de salud un cambio de mentalidad que lleve a pensar más en términos de la Atención Primaria. La alimentación y, consecuentemente, la educación nutricional son pilares fundamentales de la salud individual y colectiva de la población. Así lo contempla la OMS en sus objetivos de Salud para el Año 2000 y los recogen los diversos países en sus planes de Salud, insistiendo en la importancia de los hábitos alimentarios como determinantes de ésta.

La conducta del hombre con respecto a la alimentación se relaciona con una serie de hábitos que determinan la forma en que elige sus alimentos, los prepara, los sirve, distribuye y consume. En estos hábitos interviene una serie de factores que deben ser estudiados y conocidos en cada región o grupo, por ejemplo: el comportamiento alimentario de los niños en edad escolar está supeditado a los

factores predominantes en la comunidad en la que vive, pero además, y en cierta medida, al igual que sucede en la edad adulta, algunos aspectos básicos del entorno ejercerán una influencia decisiva sobre su conducta dietética:

Entorno familiar. En especial, la figura de la madre condiciona los hábitos y apetencias alimentarias del niño. La estructura y los modos culinarios de la familia seguirán vigentes en el individuo a lo largo de toda su vida. Es fácil comprender que cualquier programa de educación nutricional debe contemplar la actuación simultánea sobre el medio familiar, cuna del comportamiento alimentario. Junto a la familia y la escuela hay un tercer ámbito que está adquiriendo cada día más importancia como elemento educador, nos referimos al medio ambiente y, de manera muy especial, a los medios de comunicación social.

Medio escolar. El ámbito escolar es el marco para la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades desde un punto de vista cognitivo y operativo. El medio escolar proyecta la figura familiar en el exterior, siendo el marco social más próximo en el que se desenvuelve el niño. La promoción de la salud en materia nutricional debería ser contemplada desde una perspectiva formal dentro del *currículum* escolar. A Sigerist se le puede considerar también el precursor de las Escuelas Saludables cuando dice: "la escuela es una de las instituciones más importantes, como campo de acción que compete a la salud pública". Su influencia se mantiene aun en los círculos más prestigiosos de formación y discusión de la salud pública.

Entorno social. El entorno social engloba múltiples factores que influyen dinámicamente y de forma recíproca en la conducta alimentaria del individuo:

- Disponibilidad alimentaria. La oferta alimentaria y la producción autóctona condicionan el modelo alimentario del entorno.
- Modas y costumbres. El costumbrismo culinario y las tradiciones influyen básicamente en las prácticas dietéticas.
- Creencias religiosas, simbolismo social y tabúes.
- Medios de comunicación social. La radio, la televisión y, en general, la publicidad apoyan campañas de publicidad que sustentan parte importante del modelo alimentario del mundo actual. Estas campañas han convertido la mayor parte de los productos alimentarios en compuestos complejos, totalmente distintos a la base de las materias primas, transformando en un objeto que se compra y se consume por su color, la belleza de su etiqueta, el simbolismo, la moda o por su sabor artificioso.

La necesidad de realizar intervenciones de Promoción y Educación para la Salud en los centros educativos es recomendada por diversas entidades internacionales y nacionales de reconocido prestigio, como la OMS, la UNESCO, la UNICEF.

En el Desarrollo de un marco de trabajo integral es recomendable que se incorporen las cuatro dimensiones siguientes: curricular; del entorno interno del centro; familiar; y de coordinación y colaboración con los recursos externos al centro.

Curricular: Hace referencia a los elementos del currículo: los objetivos, competencias básicas, contenido, métodos educativos y criterios de evaluación necesarios para promover una formación y unas habilidades en salud adecuadas a cada etapa educativa
Del entorno interno del centro: Comprende actuaciones relacionadas con el ambiente de la escuela, la infraestructura, los servicios de alimentación, así como otros aspectos relacionales dentro de la comunidad educativa. Favorecer la coordinación y la comunicación entre todo el personal de la escuela (profesores, alumno, personal de apoyo, personal de intendencia etc.) e incorporar a los alumnos como personas activas con derechos y deberes.
Familiar: En todos los aspectos relacionados con la salud, las madres y los padres, o las personas que ejercen sus funciones, son agentes dispensadores clave de la acción educativa; por ello se incorpora esta dimensión que hace referencia a todas aquellas actuaciones que se desarrollan desde el centro educativo y se dirigen a las familias (por medio de las escuelas de madres y padres) con la intención explícita de mejorar las habilidades familiares para la gestión y la promoción de todo lo relacionado con el cuidado y el mantenimiento de la salud. Las propias familias se dirigen a la comunidad escolar en su conjunto, pudiendo contribuir a mejorar el estado de salud de la población escolar. La consideración de esta dimensión plantea, como necesidad prioritaria, la exigencia de buscar nuevas vías eficaces de implicación familiar, mejorando y fortalecimiento de la relación familia-escuela.
C*oordinación:* Es el cuarto de estos niveles e implica aunar esfuerzos y voluntades en pro de una meta en común, optimizando recursos para un mayor beneficio de los esfuerzos personales e institucionales del centro escolar.

Consideraciones del apartado

Hay múltiples maneras de entender la Educación para la Salud. No olvidemos que es una práctica antigua que ha variado en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico, como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación con el concepto de salud dominante y con la manera de ejercer la práctica educativa y de salud. Esto ha determinado que existan definiciones que aluden a perspectivas teórico-ideológicas, incluso antagónicas, en la forma de llevarla a la práctica. Perspectivas que van desde una orientación que hace hincapié en las conductas

individuales, hasta otra más ambiental y de delegación de poderes, que eleva la participación comunitaria por encima de los estilos de vida e incluye el cambio social. De acuerdo con esto, la Educación para la Salud puede ser entendida como la transmisión y la recepción pasiva de conocimientos para paliar problemas concretos del ámbito de la enfermedad o como elemento central y prioritario para el desarrollo nacional en salud. En lo particular, se considera que la información en salud puede contribuir a dar solución a algunos problemas, mas la principal razón de la Educación para la Salud no es sólo informativa, su importancia debe radicar en generar elementos positivos que potencialicen la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva.

La conceptualización de la Educación para la Salud que se asuma tiene implicaciones directas en dos instancias importantes: La práctica educativa en salud y la formación de recursos humanos.

En la primera, el conocer los modelos que se utilizan en ella, mediante el análisis de las concepciones subyacentes o el discurso teórico epistemológico que les da forma, no sólo es deseable sino imprescindible para entender cómo se lleva a cabo el acto educativo, cuáles son sus objetivos y sus finalidades y en qué sentido se desenvuelve este acto, en la libertad o en la restricción, en la pasividad o en el empoderamiento. En consecuencia, determina hacia dónde se dirigen los esfuerzos del educador y lo que implica el papel que asume el educando. En esta misma perspectiva, en el proceso de formación académica, los ejes y líneas de formación profesional deben partir del *para qué* y, por ende, *del cómo* formamos futuros profesionales en el campo de la Educación para la Salud, situación que remite a un primer cuestionamiento: *¿Desde qué postura teórico conceptual estoy considerando la Educación para la Salud?* Visto en estos términos, es a partir de la postura asumida como se determinan los componentes curriculares, cuáles son los principios, contenidos, estrategias y metodologías de aprendizaje que se consideran relevantes en la formación del recurso humano.

Ignorar las características y la argumentación paradigmática en la interpretación de la situación educativa en salud puede provocar tropiezos y errores de diversa magnitud. Cuando las distintas concepciones educativas en salud y sus aplicaciones prácticas se adoptan a ciegas y cuando se pretende integrarlas (hay muchas manifestaciones explícitas o implícitas de mezclas de los modelos educativos), con buena intención y con carencia de argumentos sólidos, se corre el riesgo de seguir criterios puramente pragmáticos y de caer en eclecticismos simples que muchas veces, en vez de constituir propuestas de amplio alcance, sólo tienen un valor limitado. Conviene señalar la complejidad que supone conceptualmente la Educación para la Salud, en todas sus implicaciones y funciones, ya que acoge al hombre en su totalidad, de forma holística, y también su contexto en una doble dimensión, ecológica y social.

Elegir un método educativo debe suponer previamente la elección de una concepción de la educación, conocer los modos de acción y reacción de sus des-

tinatarios, así como los efectos que puede producir. El proceso metodológico se constituye como elemento neurálgico de la tarea educativa y no sólo como procedimiento o instrumento, ya que las dificultades que se plantean en la Educación para la Salud no son producto únicamente de hacer una definición o un programa, sino de la coherencia interna en la línea metodológica. Los diversos paradigmas determinan las interpretaciones y las prácticas de la Educación para la Salud y, por ende, deben ser referentes explícitos en cada caso, para el estudio de las evidencias de su efectividad.

Sabemos que los resultados de la Educación para la Salud suelen visualizarse en mayor grado a mediano y largo plazos; por ello, se requiere un esfuerzo adicional de constancia. Además, se precisa la coordinación estrecha con multitud de entidades y colectivos, instituciones y profesionales para incrementar esa efectividad. Todo ello hace que la Educación para la Salud sea una tarea compleja y que requiera continuidad

CAPÍTULO 4

Aspectos teórico-conceptuales del diagnóstico social

El diagnóstico social

Para iniciar un proyecto o programa de Educación para la Salud en Alimentación y Nutrición en preescolares y escolares en la comunidad, lo que se necesita no es tanto una estadística exacta, sino más bien una apreciación general de los problemas más graves y la identificación de personas clave y grupos que puedan involucrarse y apoyar al proyecto, puede ser suficiente para iniciar una investigación o desarrollar un programa. El equipo investigador puede conocer mucho más en las conversaciones en el centro de salud, en la plaza del pueblo, los mercados y otros lugares de reunión de la población o por medio de entrevistas informales, que mediante la aplicación de cuestionarios.

Es conveniente dejar la investigación sistemática para cuando se necesite la información detallada y para después de haber conseguido la confianza de la comunidad.

En esta etapa de diagnóstico preliminar no es tan importante determinar cuáles son los problemas que real y objetivamente podrían tener prioridad, sino aquellos que son más urgentes desde el punto de vista de la comunidad. No obstante, cuando más objetivo y preciso sea el conocimiento de los problemas de la comunidad, con más efectividad podrán llevarse a cabo las primeras actividades, tendientes a resolver los problemas considerados más urgentes. Para lo primero bastaría el uso de las técnicas de observación y entrevistas a informantes clave; pero para ampliar el marco referencial necesitamos recurrir a otras técnicas y a la consulta de documentación, como la del diagnóstico del estado nutricional y de salud elaborados por otras instituciones. Además, conviene identificar las necesidades educativas, de atención y prevención de la comunidad a la que se pretende atender. El reporte de diagnóstico debe describir los problemas de salud nutricional más importantes que afectan a la comunidad, las enfermedades más comunes que están relacionadas con el proceso nutricio alimentario, hasta aspectos relacionados con el contexto, los recursos con que se cuenta y distinguir

a los líderes, los beneficiarios potenciales del programa (escolares y preescolares), la población objetivo del programa (padres de familia y profesores), entre los que hay que diferenciar a los simpatizantes potenciales y a los oponentes potenciales (Ander-Egg, 1991; Organización Panamericana de la Salud, 1965).

¿Qué es un diagnóstico?

La palabra diagnóstico es utilizada en diferentes momentos o contextos para hacer referencia a la caracterización de una situación, mediante el análisis integral de todos los elementos.

El término diagnóstico proviene de la voz griega *diagnostikós*, formada por el prefijo *dia* ="a través" y *gnosis* = "conocimiento", "apto para conocer"; por tanto, se trata de un "conocer a través" o un "conocer por medio de..."; esta primera aproximación al significado del término nos permite precisar el concepto que aquí interesa. Los diagnósticos son los puntos de partida y la base fundamental de las acciones que se emprenderán en el corto, el mediano y el largo plazos. Uno de los principios fundamentales del diagnóstico es "Conocer para actuar", que no debe terminar en el "conocer por conocer" para saber qué pasa con un grupo o una comunidad, porque finalmente se termina dado prioridad a lo que no se debe priorizar. La necesidad de realizar un diagnóstico está basada en el hecho de que es menester conocer para poder actuar con eficacia. En este sentido, todo diagnóstico social se convierte en uno de los primeros pasos para llevar a cabo un proceso de planeación o proyecto en la medida en que por medio de él se puede tener conocimiento real y concreto de la situación en la que se va a intervenir, teniendo en cuenta que las acciones de un programa o proyecto buscan resolver una situación-problema; en palabras de Kurt Lewin, el diagnóstico debe servir para "esclarecer el quehacer profesional en el manejo de los problemas sociales específicos" (Pineault y Daveluy, 1995; Ander-Egg y Aguilar, 1995).

¿Para qué nos sirve un diagnóstico?

- Nos permite conocer mejor la realidad, la existencia de debilidades y fortalezas, entender las relaciones entre los distintos actores sociales que se desenvuelven en determinado medio y prever posibles reacciones dentro del sistema frente a acciones de intervención, o bien, cambios suscitados en algún aspecto de la estructura de la población en estudio.
- Nos permite definir problemas y potencialidades, profundizar en ellos y establecer órdenes de importancia o prioridades, como también qué problemas son causa de otros y cuáles consecuencia.

- Nos permite diseñar estrategias, identificar alternativas y decidir acerca de acciones por realizar.

¿Cómo se realiza un diagnóstico?

El diagnóstico supone el análisis de situaciones y éste es un momento complejo en el que nos vemos desafiados a conocer lo que está sucediendo en determinada representación de la realidad que denominamos situación, incluyendo a quiénes afecta y quiénes están actuando sobre y dentro de los límites de esa problemática (Pineault y Daveluy, 1995).

La investigación diagnóstica como momento privilegiado de articulación entre conocimiento e intervención contiene en su definición las complejas relaciones entre sujetos (actores), prácticas (acción) y escenario (estructura). El análisis situacional implica un conjunto de procesos específicos que se describen a continuación:

- Identificación de necesidades, problemas, puntos de interés y oportunidad de mejora.
- Identificación de los factores causales o determinantes y factores de riesgo.
- Análisis de la problemática desde el código operativo de los actores sociales, por ejemplo: en el proceso nutricio alimentario, no siempre se percibe qué significados tienen los alimentos en las relaciones sociales, qué lugar ocupan en el sistema de valores colectivos, qué reglas presiden a su elección, a su preparación y a los rituales a los que se asocian.
- Determinación de prioridades en relación con las necesidades y los problemas detectados.
- Identificación de los actores sociales (población objetivo) relevantes que concurren a ella: nos referimos a personas o fuerzas sociales que puedan intencionalmente permitir o impedir que se alcancen los objetivos del programa.
- Identificación de recursos y medios de acción (Róvere, 1993).

Técnicas para realizar un diagnóstico

El diagnóstico inicial comprende como núcleo metodológico, la utilización de diferentes técnicas, principalmente:

- La observación
- El diálogo
- Las entrevistas a informantes clave (individuales y con grupos, formales e informales)

- Encuestas de opinión
- Consulta de documentos
- Otras técnicas

La observación

Ésta consiste en el uso sistemático de nuestros sentidos orientados a la captación de la realidad que queremos estudiar. Es una técnica antigua: por medio de sus sentidos, el hombre capta la realidad que lo rodea, que luego organiza intelectualmente. El uso de nuestros sentidos es una fuente inagotable que genera de datos que, tanto para la actividad científica como para la vida práctica, resulta de inestimable valor.

Como técnica de recopilación de datos e información consiste en observar a la gente *in situ*, o sea, en su contexto real, donde desarrolla normalmente sus actividades, para captar aquellos aspectos que son más significativos de cara al fenómeno o hecho por investigar y para recopilar los datos que se estiman pertinentes. La observación abarca también todo el ambiente (físico, social y cultural) que influye en la salud nutricional. La observación consta de diferentes modalidades de acuerdo con el propósito y los objetivos del proyecto.

El investigador puede realizar observaciones individuales o colectivas según el problema del estudio. Es conveniente efectuar los registros de las observaciones, grabar o tomar videos de lo observado.

Para que la observación se haga de forma sistemática y controlada es necesario recurrir a ciertos procedimientos metodológicos.

Procedimiento metodológico para realizar la observación

El observador es el principal protagonista o elemento del proceso de observación, por lo que el primer requisito es que se debe tener capacidad de observar. ¿En qué consiste esta capacidad? La experiencia del uso de esta técnica permite proponer algunas sugerencias sobre los principales cuidados que se deben considerar para realizar una observación sistemática y controlada. Así, se debe recurrir a la observación con un objetivo bien determinado, dentro del proceso general de la investigación por realizar en el área nutricio alimentaria. Antes de iniciar el trabajo en el terreno, es importante haber establecido el qué y para qué de la observación. Asimismo, antes de iniciar el trabajo de campo es necesario planificar las tareas en sus aspectos importantes:

- Tener una lista o guía acerca de los aspectos que se pretende investigar u observar; ésta debe ser flexible, ya que una vez introducidos en el contexto, o en terreno, aparecen elementos que no se habían contemplado en un inicio.

Por ello, también se recomienda que la observación sea lo más vasta posible, para poder descubrir hechos significativos.

- Determinar los instrumentos que se utilizarán para el registro de la información y de los datos.
- Resolver los problemas prácticos, tales como el traslado al lugar, el alojamiento, el material de trabajo que se utilizará, etcétera.
- Realizar el trabajo de manera sistemática y responsable, pues si las tareas de observación se realizan como mero formulismo o de manera fragmentaria o rutinaria, se resta validez a los resultados.
- Se necesita tener capacidad empática, es decir, la habilidad que posee un individuo de inferir los pensamientos y sentimientos de otros, lo que genera simpatía y comprensión. En otras palabras, significa "entender lo que el otro dice", "comprender cómo él lo siente", "apreciar el significado y sentir el matiz emocional que tiene para él".

Fases de la observación

Primero, con base en el problema planteado se determina qué, cuándo, dónde y quién realiza la observación. Esto implica identificar las características de la población con la que se pretende trabajar, tener en cuenta la ocurrencia periódica de los comportamientos que se observarán y se seleccionarán los grupos específicos con los que se pretende trabajar.

Determinar el lugar y definir los periodos e intervalos de observación contribuye a mejorar la toma de datos y sirve para controlar los sesgos debidos a la variabilidad de los momentos de observación. Entrenar a los observadores para la toma de datos permite tener mayor control de la subjetividad, que cuando es el investigador quien se encarga de recolectarlos.

Segundo, elaborar el formato o guía de observación de acuerdo con los objetivos y las variables de la investigación. Categorizar las observaciones según las diferentes áreas del estudio.

Tercero, escoger y entrenar a los observadores según las condiciones. Los requisitos de los estudios y el manejo de las instrucciones para alcanzar una aceptable estandarización para la toma de datos y poder evitar sesgos.

Cuarto, probar el formato (pilotaje) en una muestra de sujetos con características similares a las del estudio. Realizar las correcciones necesarias y redactar las instrucciones y los códigos correspondientes. Éstos pueden escribirse al reverso de cada hoja del formato.

Quinto, supervisar periódicamente la toma de los datos para evitar los errores de los observadores.

Las ventajas de la observación: se puede obtener información de los comportamientos verbales o de acción. Se puede ser externo al grupo observado. Esta

técnica demanda poca o ninguna participación de los observados y puede ser aplicable a diferentes tipos de investigación según los objetivos.

En contraparte, las limitaciones de la observación son: la dificultad para hacer predicciones. La imposibilidad de observar todos los aspectos de un fenómeno. Las fallas en la subjetividad del observador.

Los instrumentos para una observación sistemática

Los medios o instrumentos de observación son los elementos que facilitan, amplían o perfeccionan la tarea de observación realizada por el investigador. Suelen mencionarse cinco medios principales, aunque en realidad es posible hacer uso de algunos otros o de formas y aplicaciones variables que se mencionan. Los más utilizados son: el diario, el cuaderno de notas, los cuadros de trabajo, los mapas y los dispositivos mecánicos.

El diario es un relato escrito cotidianamente de las experiencias vividas y de los hechos observados. Puede ser redactado al final de una jornada o al término de una tarea importante. El diario se enriquece y gana en objetividad si se vuelcan en él los datos recogidos en el cuaderno de notas. La extensión de las reseñas diarias variará notablemente de acuerdo con la índole de las experiencias.

Algo semejante es el cuaderno de notas, que adopta generalmente la forma material de libreta que el observador lleva consigo en su bolsillo o cartera.

Menos utilizado, por su complejidad de su manejo, es el cuaderno de trabajo. Consiste en una forma de presentación gráfica semejante a plantillas, con casilleros formados por renglones y columnas. Por lo general, cada columna puede corresponder a diferentes graduaciones del fenómeno que observamos (Montero, 1990).

El diálogo

El diálogo, la conversación o los reportes verbales son algunos de los términos que con los que se designa a esta técnica. Es importante subrayar que este diálogo no significa hablar por hablar, sino que se trata de un proceso de comunicación circular, útil para recabar información que no desestima ninguna opinión o sugerencia de los miembros de la comunidad y que permite la revisión de los marcos de referenciales.

La entrevista

Se trata de una manera útil de recabar información, no sólo de hechos, sino de sentimientos que producen éstos en las personas y de las diversas formas como

es comprendida e interpretada la propia realidad. Consiste en una interacción entre dos personas, en la que el investigador formula determinadas preguntas relativas al tema. Su principal característica es permitir una comunicación directa con las fuentes de información. La entrevista puede ser de dos tipos: semi-estructurada y estructurada.

Entrevista semi-estructurada

En este tipo de entrevista, el entrevistador utiliza una guía temática o preguntas definidas de alguna materia que deberá abordar con cada uno de los entrevistados. Nuevas preguntas o líneas de interrogación surgen de las respuestas del entrevistado. El cometido del investigador consiste en motivar a los participantes a expresarse con libertad acerca de todos los temas clave definidos con anticipación y en registrar las respuestas, por lo regular mediante una grabadora y con el consentimiento del entrevistado. Pueden realizarse con grupos de diversos tamaños y con los contactos clave de la comunidad. Sus características son:

- Se realiza utilizando una guía con preguntas o temas clave. Se adaptan flexiblemente el procedimiento y los temas de la entrevista a las necesidades del interlocutor.
- Permite una investigación más profunda del entrevistado.

Entrevista estructurada

Este tipo de entrevista se desarrolla con una secuencia determinada de antemano y se emplean siempre las mismas palabras en cada pregunta. La elaboración de la preguntas se ajusta a los mismos criterios del cuestionario, pero el entrevistador cuenta con libertad para aclarar la pregunta o respuesta, si nota alguna duda o confusión por parte del entrevistado. Sus características son:

- Las preguntas que en ellas se utilizan son cerradas y exactas.
- Los temas están predeterminados.
- Posibilita mejor la comparación sistemática de datos.

Entre las opciones de entrevistas para realizar en una comunidad están:

Entrevistas a toda la población: Se invita a todos los habitantes de una zona específica para reunir información e ideas acerca de decisiones que los afectan.

Entrevistas individuales: Ésta es la más convencional de las alternativas y se caracteriza por la preparación anticipada de un cuestionario guía que se sigue, en la mayoría de las ocasiones, de una forma estricta aun en su orden de formulación.

Entrevistas con grupos temáticos: Se enfocan en un tema concreto, por lo general con grupos homogéneos.

Entrevistas con informantes clave: Se hacen con determinadas personas representativas para obtener la información necesaria sobre temas concretos.

Las encuestas de opinión

Las encuestas de opinión tienen por objetivo averiguar lo que la población en general piensa acerca de una determinada situación o lo que considera debe hacerse en una circunstancia concreta. Las encuestas sobre hechos se realizan sobre acontecimientos ya ocurridos.

Consulta de documentos

La consulta de documentos o recopilación documental consiste en ponerse en contacto con esa parte de la realidad en la que se ha de actuar, a través de lo que otros vieron o estudiaron de ella. Se trata de información contenida en documentos, escritos, estadísticas, mapas, periódicos, etc., recogidos y elaborados por distintas personas, organizaciones e instituciones y que sirven para conocer mejor el contexto de esa realidad.

Esta consulta puede llevarse a cabo antes o durante la realización del diagnóstico y constituye una tarea ardua y laboriosa que puede resultar a veces un desgaste innecesario cuando no se tiene claro lo que hay que investigar (Ander-Egg, 1971; Pardo, 1997).

Otras técnicas

Las reuniones con pequeños grupos posibilitan una discusión más profunda de las preocupaciones comunes. Por ejemplo, un grupo de mujeres embarazadas y lactantes seguramente debería estar particularmente interesado por una discusión acerca del crecimiento sano de los niños. La identificación de tales grupos focales por la comunidad tendría que ser tarea importante para el investigador. Un número de seis a doce participantes sería apropiado para reuniones de grupos pequeños.

A muchas personas les parece que es difícil participar en discusiones de grupo que tienden a ser dominadas por un número limitado de personas. Con grupos alfabetizados puede mejorarse la participación de las personas y proteger su anonimato usando técnicas de visualización, en las que los participantes ponen por escrito los puntos que consideran esenciales para la discusión. Estas técnicas pueden también ser adaptadas para usarse con personas no alfabetizadas, por ejemplo, organizando los grupos de tal modo que cada uno incluya una persona que sepa escribir para anotar los puntos de vista de los participantes.

Los diálogos de uno-a-uno, o personales, sirven también para promover la participación de aquellos individuos, de la gente más pobre en particular, que a menudo no se animan a hablar en público

Observando o escuchando narrar las tradiciones culturales es posible conseguir referencias valiosas sobre diferentes formas de concebir los aspectos culturales de la alimentación, los significados sociales de los alimentos, mitos y costumbres, etc., pidiendo a la gente que recuerde cuentos, canciones y rituales relacionados con la alimentación y la nutrición. Esta técnica proporcionará al investigador una oportunidad para estimular la participación y el debate.

Se ha demostrado que el teatro popular y los juegos de roles son técnicas eficientes para hacer tomar conciencia a la comunidad de asuntos relacionados con la salud nutricional y para promover la participación tanto de los actores como de los espectadores.

Organizar juegos y celebraciones es otro modo por medio del cual se puede incrementar la participación y optimizar las oportunidades para el intercambio de opiniones. Una variedad de ejercicios de análisis puede también utilizarse para estimular interés entre los participantes, así como para esclarecer dudas acerca de los datos. Entre estos ejercicios se incluyen los calendarios estacionales, ejercicios de jerarquización, mapas y cuadros de tiempo.

CAPÍTULO 5

El autodiagnóstico o diagnóstico participativo

¿Qué es el autodiagnóstico?

El autodiagnóstico es una herramienta útil para conocer la problemática desde dentro (diagnóstico interno) o, lo que es lo mismo, una apreciación interna. Es un proceso mediante el cual una comunidad reflexiona de forma colectiva en una asamblea su situación real, problematizando y analizando los factores causales y sus consecuencias (Moreno y Espadas, 1998).

El diagnóstico participativo surge de la necesidad de dar una mejor respuesta a los problemas de salud, ya que cuando la población participa en esta modalidad de diagnóstico se consiguen varios puntos cruciales: que sea la propia población la que identifique sus problemas y necesidades y se comprometa en la búsqueda de soluciones para resolverlos. Los fundamentos teóricos y metodológicos de este diagnóstico están en la investigación-acción-participativa de Orlando Fals Borda y de educación popular de Paulo Freire.[4]

En la última década apareció bibliografía de autores de Estados Unidos y Canadá que presentan la propuesta de Community-Based Participatory Reserch (CBPR), que se puede traducir como Investigación Participativa Basada en la Comunidad. Nina Wallerstein y B. Duran señalan que está influenciada por la investigación-acción de Kurt Lewin y por la tradición de investigación participativa de América Latina (por Paulo Freire y Orlando Fals Borda), Asia y África. Estas mismas autoras señalan que la CBPR integra un componente de educación y de acción social dirigido a mejorar la salud y a reducir la inequidad a través de la transformación social (Wallerstein y Duran, 2006).

[4] Cuando hablamos de educación popular e investigación —acción— participativa, nos referimos a un "proceso" de aprendizaje colectivo, que apunta al fortalecimiento de su organización a fin de transformar la realidad en función de sus intereses.

Otro antecedente del diagnóstico participativo está en la perspectiva actual de promoción de la salud y específicamente en la propuesta de municipios, ciudades y comunidades saludables, cuyo objetivo es que se mejore la calidad de vida y, por consiguiente, la salud gracias a los esfuerzos conjuntos de las autoridades, instituciones públicas, privadas y todos los habitantes de esa región. En ese sentido, se requiere interés y compromiso de parte de todos los actores sociales. Para que se genere el interés de la población para involucrarse en la propuesta de municipios o comunidades saludables, se menciona que la primera acción es iniciar con el diagnóstico participativo. Así, en la medida en que la población está involucrada desde el comienzo en la identificación y la priorización de los problemas de Salud, se comprometerá a buscar soluciones y no será sólo un trabajo que le compete al personal de Salud, a las autoridades o a otros sectores e instituciones (Sanabria y Benavides, 2003; Hausberg y Wacsman, 2000).

Con estos antecedentes, el diagnóstico participativo encuentra sustento, ya sea apoyándose en la investigación de acción participativa (IAP), o en la educación popular, o bien en la CBPR. Cada una de estas propuestas tiene en común impulsar la participación activa de la población para que sea protagonista y no sólo receptora.

Tanto en el continente Americano como en otras regiones existen experiencias de diagnóstico de salud en general, o específico, para abordar una temática en particular (nutrición, adicciones, jóvenes). Estos reportes se basan en CBPR o en elementos de IAP y educación popular o en una combinación de las tres (Wilches, 2008; Nogueira Correia, 2005; McAllister y col., 2003).

Acciones previas al autodiagnóstico

El autodiagnóstico comunitario participativo contempla tres momentos específicos: Se inicia con la conformación del equipo de trabajo y se lleva a cabo el primer acercamiento en la comunidad para obtener un prediagnóstico. En el segundo momento se efectúa el autodiagnóstico con la población convocada en una asamblea para identificar necesidades y problemas, que se jerarquizan y priorizan. En la etapa final se elabora el Plan de Acción.

Constituir el equipo técnico o de trabajo

Existe una gama amplísima de formas de constituir el equipo trabajo. De manera especial depende del tipo de programa o proyecto que se va a realizar y de quién lo patrocina (organización gubernamental, o no gubernamental y que como agente

externo promueve este trabajo). O bien cuando una organización de base solicita la colaboración de un equipo técnico para realizar este tipo de labor. A veces se sabe quiénes son los beneficiarios reales y otras sólo hay beneficiarios potenciales. Algo parecido ocurre cuando el programa es promovido por una organización no gubernamental. En cambio, cuando una organización de base promueve un determinado programa, ya está más claramente resuelto quiénes participaran. No hay "que buscarlos y encontrarlos"; el equipo surge de la misma gente de la organización que ha acordado trabajar conjuntamente con uno o más agentes externos.

Quienes participan deben saber que posteriormente tendrán que involucrarse en la programación y la ejecución de las actividades y su evaluación. Decir que hay que integrar un equipo con la gente, no significa que toda la gente implicada en un programa o proyecto participará sin más. Lo que ocurre en la práctica es que se logrará la participación de la gente más consciente, comprometida e interesada, que suele ser de las minorías activas que se dan en todos los colectivos sociales.

Existen los agentes externos y los grupos involucrados, que es la gente cuyos problemas se pretende resolver. Entre los grupos involucrados hay que distinguir a las minorías activas y los líderes, a los beneficiarios potenciales y a los afectados, entre los que hay que diferenciar entre simpatizantes potenciales y oponentes potenciales.

Aun cuando se trate de involucrar a la mayor cantidad de gente posible y se facilite la participación, habrá un mayor o menor porcentaje de gente que no participará. Obviamente, el equipo ha de quedar constituido con quienes deciden participar (Ander-Egg y Aguilar, 1995).

El prediagnóstico

Como su nombre lo indica, es un proceso de levantamiento de información, previo a la realización del autodiagnóstico participativo comunitario. El objetivo es poder recabar data suficiente que permita tener una caracterización o perfil de la comunidad y debe estar disponible para el equipo técnico que estará a cargo del autodiagnóstico y la elaboración del plan de acción junto con la población. El objetivo de esto es que sirva como recurso para la comprensión de la realidad de la comunidad al entablar las discusiones sobre sus problemáticas, necesidades y fortalezas.

La información del prediagnóstico se recogerá a través de:

- La inserción comunitaria (conocimiento intuitivo) o etapa intuitiva, en la que el equipo técnico en salud obtiene una apreciación de las condiciones de vida y del modo de pensar de la población; se conoce el asentamiento de la

comunidad y establece relación cara a cara con los habitantes. La inserción, aunque indispensable, es sólo el punto de arranque para algo que viene después y que ella lo posibilita. Por eso, la inserción no puede ser idealizada como la panacea de los procesos participativos de Educación para la Salud; se considera como el medio para lograr una alianza concreta y práctica de los educadores(as) con la comunidad y de la comunidad con ellos(as), con el objetivo concreto de realizar un proyecto o programa en común. Generalmente, la inserción se inicia con recorridos a pie en los que se mantendrá una posición de alerta para percibir todo hecho o situación que suceda y elaborar una crónica de lo presenciado, con lo que posteriormente se efectuará en sesiones de trabajo un análisis sistemático de los datos obtenidos y, en su caso, se conjuntarán las observaciones de los educadores(as), se destacarán los hechos y las escenas o palabras que indiquen problemas concretos. Hay que tomar en cuenta que si el educador(a) no pertenece al lugar, lo que en la mayoría de los casos es muy probable, no conocerá las características socioculturales (entre otras, los códigos restringidos del lenguaje) ni su dinámica social y es muy posible que esas ideas y expresiones espontáneas y personales o colectivas se contaminen con prejuicios, interpretaciones o valoraciones personales del educador(a) (Barquera, 1987).

- El abordaje comunitario (conocimiento preciso) conlleva a una interacción más directa con la comunidad para establecer una relación de diálogo y de interés mutuo. Para ello, el educador debe elegir las técnicas y los instrumentos que empleará: observación, entrevistas a informantes clave, líderes detectados, visitas domiciliarias, encuestas, diario de campo, registro anecdótico, etc. Ambos conocimientos, intuitivo y preciso, serán complementados mediante otras fuentes de información, tales como reportes de estudios realizados, libros o periódicos.

¿Cómo lo hacemos? Elaboración de un plan sistemático para observar

Cuando el educador o el equipo de salud conoce las necesidades de los pobladores de la zona o de los grupos sociales donde desarrollará su labor educativa, los primeros datos las mencionarán, así como sus problemas. Al observar o recibir comentarios de las personas, con referencia a la realidad que les toca vivir, intentará captar la dimensión de dichas situaciones, tratando de transcribir textualmente las ideas principales, ya que es muy probable que el educador o el equipo de salud perciba necesidades que los individuos de la población no sientan como tales, de ahí la importancia de esta etapa, dirigida al revelamiento de datos que serán

registrados de la manera más fiel posible. El campo por descubrir es complejo, los sujetos que se adentran en él para observarlo están atravesados por una serie de prejuicios y de ideologías, por lo que la observación debe ser lo más comprensiva y cercana a la realidad posible. Así, la elaboración de un plan es una ayuda y un imperativo. Decidir qué observar, determinar los instrumentos, los lugares y el tiempo, asegura un mejor control de la observación (cuadro 1).

Algunas recomendaciones para la observación:

- Abrir tiempos y espacios para la observación.
- Definir objetos y criterios de observación.
- Elaborar una ficha definiendo qué se quiere observar.
- Hacer explícitos los focos que se registrarán sin dejar de observar otros.
- Hacer mapa de la distribución de los sujetos.
- Programar la actividad con espacios para anotaciones.
- Definir aspectos concretos que se quiere observar (más atención, más participación, más interacción).
- Monitorear con ayuda de las personas de la comunidad y de los grupos sociales, sus actitudes del momento y las posteriores relacionadas con el cometido prefijado.
- Registrar cambios de conducta con base en diferentes contextos.
- Utilizar apoyo técnico.
- Hacer propios códigos o claves.
- Registro de anécdotas y conductas atípicas relacionadas y/o como respuesta a los comportamientos del educador/equipo de salud.
- Elaborar, identificar preconcepciones (Barquera, 1987).

Cuadro 1. Guía de observación

Servicios de infraestructura	La forma como la comunidad atiende sus necesidades
Servicios públicos	Las vías de acceso con las que cuenta la comunidad (brechas, caminos peatonales, vehiculares) y las condiciones en que se encuentran.
	Distancias entre colonias, barrios y redes de comunicación (transportes, teléfonos etc.) y el medio transporte usual.
	Los tipos de comercio existentes (mercados, tianguis, tenditas en las casas, puestos de comida etc.).
	La proximidad de escuelas, parques, centros culturales, clínicas, centros de salud.
	La cercanía de cantinas, bares, moteles, gasolineras etcétera.

Continúa...

Cuadro 1. Guía de observación	
Aspectos ecológicos	Se refiere a la higiene del medio ambiente, se toma nota del grado de contaminación del aire, suelo y agua de la comunidad, la cercanía a zonas industriales, su colindancia con basureros públicos, con zonas de desagüe de aguas negras, etcétera.
Aspecto humano	Observar las actividades que realizan los diferentes grupos de la población y los problemas de salud y sociales que presentan, tales como obesidad, diabetes, hipertensión, drogadicción, alcoholismo, pandillerismo, desempleo, etcétera.
De la vivienda	El material con que están construidas las viviendas, sus dimensiones, la cercanía entre unas y otras, el uso que se le da a la habitación (taller, tienda etc.), la presencia de animales domésticos.

Fuente: Valadez, Alfaro y Fausto, 2005.

En las etapas de conocimiento de la comunidad se deberán realizar anotaciones o notas de campo, con ayuda del diario de campo y la bitácora. El diario es un cuaderno en el que se anotan día a día las percepciones o impresiones y las opiniones del entrevistador y de los participantes. Es una descripción detallada de acontecimientos; se anota todo lo que sucede a lo largo de la rutina de trabajo y se basa en la observación directa de la realidad, por lo que es importante la intuición, es decir, la percepción de lo que subyace al lenguaje. Es una ayuda para retener de manera sistemática la experiencia que cada uno va obteniendo, recordar la escena lo más completa posible, frases importantes que una persona ha dicho. Se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones (Lima, 1983):

- Anotar la fecha, el lugar y los participantes.
- Describir el hecho observado de la manera más sintética posible.
- Después de la descripción se debe analizar la situación mediante un procedimiento de conceptualización sobre causalidad, interrelaciones.
- Encuadrar el o los hechos en un contexto histórico económico–social, procurando descubrir las contradicciones objetivas que se dan en su dinámica.Ser cuidadosos con los juicios de valor u opiniones personales, debiendo considerarse como aspectos adicionales y nunca como parte de la descripción teórica.

¿Cómo se realiza un autodiagnóstico?

El autodiagnóstico como herramienta involucra un proceso de aprendizaje que permite mayor precisión en el conocimiento objetivo de la realidad al hacer que el

grupo se estudie a sí mismo. Esto no quiere decir que sus integrantes no conozcan su realidad, sino que la conocen bien en forma individual y lo que se pretende es superar esa visión individual y llegar a una reflexión colectiva. El trabajo de grupo se enriquece con todas las opiniones de los compañeros, fruto de diferentes actividades y experiencias. Implica el desarrollo de las capacidades de la gente para enfrentar sus necesidades, el desarrollo de sus capacidades de comprensión de su situación, de su realidad social y de su organización y acción (Fals Borda, 1980).

Es por ello un proceso educativo por excelencia en el que los participantes, no sólo aprovechan los resultados, sino también el proceso mismo, comparten experiencias, intercambian conocimientos, aprenden a usar técnicas, es un proceso colectivo de aprendizaje (cuadro 2).

Cuadro 2. Autodiagnóstico

¿Qué es?	Desde un enfoque participativo es un proceso mediante el cual una comunidad reflexiona colectivamente en una asamblea su situación real, problematizando y analizando los factores causales y sus consecuencias.
El análisis de la realidad se realiza para	• Generar conocimiento significativo. • Evaluar una situación. • Como etapa de un proceso de grupo operativo o de investigación participativa. • Planear acciones.
Los aspectos de la realidad que se diagnostican son:	• Aspectos positivos y negativos. • Aspectos cuantitativos y cualitativos. • Aspectos coyunturales y estructurales. • Aspectos locales y nacionales.
En síntesis, se analizan tres aspectos dentro del autodiagnóstico	1) La realidad. 2) Las acciones individuales o grupales conscientes e intencionadas, espontáneas u organizadas. 4) Las interpretaciones de esa realidad y la intención frente a ella, que subyacen a todo accionar.
Esto implica que el autodiagnóstico se lleva a cabo para alcanzar varios objetivos:	a) Identificar las características más relevantes del asunto en función del cual se realiza el autodiagnóstico. b) Identificar los recursos y potencialidades existentes en la situación en la que se pretende llevar a cabo una intervención. c) Identificar, asimismo, los problemas y dificultades. d) Hacer proyecciones y/o estimaciones acerca de cómo evolucionará la situación diagnosticada.

Fuente: Elaboración propia con base en la bibliografía consultada.

La ejecución del diagnóstico participativo

Para llevar a cabo el autodiagnóstico es necesario adentrarse en las cuestiones experienciales, teóricas y metodológicas, al respecto Ander-Egg (1985) plantea que hay tres momentos importantes en las reuniones de trabajo: *el antes, el durante y el después:*

- Organización, preparación y convocatoria (el antes).
- Presentación y encuadre.
- Reflexión y análisis de la realidad para identificación de problemas.
- Jerarquización y priorización de problemas.
- Elaboración del plan de acción.

El antes: Organización, preparación y convocatoria de la asamblea

Organizar el orden del día o plan de trabajo

Se relaciona con los asuntos o problemas que se van a tratar. Éste debe tener un objetivo bien definido, que se debe expresar aquí.

La preparación del material necesario para la reunión

No basta con elaborar una agenda de trabajo y hacer una convocatoria adecuada en tiempo y forma, también hay que preparar materialmente la reunión, lo que conlleva dos aspectos: uno referente el entorno físico, es decir, donde se llevará a cabo la asamblea, y los medios materiales de apoyo. El ambiente físico en donde se llevarán a cabo el autodiagnóstico y, posteriormente, las reuniones de trabajo son de suma importancia para lograr mayores productividad y eficacia; se debe hacer referencia a la disposición adecuada de sillas y mesas. Realizar una lista y luego hacer acopio de los materiales necesarios (pliegos de papel, cinta, lápices, marcadores, documentos, etc.), así como también prever la utilización de ayudas o apoyos audiovisuales y equipamientos técnicos (pizarrón, rotafolio u otros medios más sofisticado como computadora y cañón; dependiendo de los recursos y características del lugar) que han demostrado su utilidad en las reuniones, entre otras razones, porque permiten fijar la atención sobre el tema o cuestiones en debate, atrayendo la atención visual sobre lo que se habla, centrando la discusión y evitando la dispersión, a la vez que da relieve a lo que se discute y facilita que todos capten la situación, ya que actúa como una especie de secretario o memoria grupal.

La convocatoria

Es el aviso previo, que generalmente se realiza por escrito, aunque puede hacerse por medio de cartelones, volantes, trípticos, invitación verbal. En dicha difusión deben aparecer básicamente cuatro aspectos: *a)* El propósito de la asamblea, *b)* la oportunidad de elaborar un programa como alternativa para resolverlos, *c)* fecha, hora y lugar donde se llevará a cabo, *d)* duración posible de la reunión (Ander-Egg, 1985).

Antes de lanzar la convocatoria para la elaboración del autodiagnóstico, se deben definir y resolver algunas cuestiones en relación con el encuentro:

- Actividad: ¿qué sucederá?
- Objetivo: ¿cuál es el propósito de la actividad?
- Dinámica: ¿cómo se desarrollará?, ¿quién/quiénes hablará/n?
- Lugar: ¿dónde se llevará a cabo? Procurar elegir un lugar acorde con la cantidad de personas esperadas.
- Horario: ¿A qué hora? Buscar el horario que sea más conveniente para que todos los convocados puedan asistir. Tener en cuenta compromisos y horarios de trabajo, según las costumbres de cada comunidad.
- Duración: ¿cuánto tiempo durará la actividad? es importante aclarar los horarios de una y otra actividades para que quienes reciban la invitación puedan acomodar sus tiempos según sus intereses y su disponibilidad.
- Resultados esperados: ¿qué resultados se esperan de esta actividad?

Presentación y encuadre

La primera reunión es muy importante para el logro de un buen autodiagnóstico. Antes de iniciar esta tarea es imprescindible comenzar con la integración del grupo, partiendo de cuestiones fundamentales, como:

- Conocerse mutuamente, iniciando la relación interpersonal.
- "Romper el hielo" desde el principio, a fin de eliminar tensiones.
- Demostrar que ningún miembro del grupo puede pasar inadvertido.
- Dar a todos la oportunidad de hablar y escuchar.

Dinámica del inicio de la reunión

- Los integrantes se sentarán cara a cara; de preferencia en círculo, incluido el coordinador o facilitador.
- Se sugiere que todos porten un gafete con su nombre u otro dato de interés que los identifique.

- Se dará la bienvenida a los integrantes del grupo y se puntualizará el objetivo de la reunión.
- El facilitador explicará e invitará a los integrantes del grupo a participar en alguna dinámica de presentación preparada con antelación para este propósito.
- Antes de iniciar con la identificación de problemas, el facilitador establecerá reglas puntuales de respeto mutuo y recordará las seis palabras más importantes para fortalecer las relaciones humanas (cuadro 3) y los diez mandamientos de las relaciones humanas (cuadro 4).
- El facilitador debe evitar imponer ideas o pensamientos a los integrantes del grupo. Debe ser imparcial.
- Promover la participación de todos los integrantes del grupo mediante dinámicas que faciliten la interacción.
- Propiciar el intercambio de ideas, experiencias y conocimientos (Gobierno del Distrito Federal, 1999).

Cuadro 3. Relaciones humanas

1. Las seis palabras más importantes:	Admito que el error fue mío
2. Las cinco palabras más importantes:	Usted hizo un buen trabajo
3. Las cuatro palabras más importantes:	¿Cuál es su opinión?
4. Las tres palabras más importantes:	Haga el favor
5. Las dos palabras más importantes:	Muchas gracias
6. La palabra más importante:	Nosotros
La palabra menos importante:	Yo

Cuadro 4. Los diez mandamientos de las relaciones humanas

• Hable con las personas. Nada es tan agradable y estimulante como una palabra de saludo.
• Sonría a las personas. Acuérdese de que accionamos 72 músculos para fruncir la frente y sólo 14 para sonreír.
• Llame a las personas por su nombre. La música más suave para muchos es oír su propio nombre.
• Sea amigable y servicial. Si quiere tener amigos, sea un amigo.
• Sea cordial. Hable y actúe con toda sinceridad; todo lo que hiciere, hágalo con todo placer.
• Interésese sinceramente por los demás. Acuérdese de que usted sabe lo que sabe, pero usted no sabe lo que otros saben.
• Sea generoso para elogiar y cauteloso para criticar. Los líderes elogian, saben alentar, dar confianza y elevar a los demás.
• Sepa considerar los sentimientos de los otros. Existen tres lados en una controversia: el suyo, el del otro y el de quien está en lo cierto.
• Preocúpese por la opinión de los demás. Tres comportamientos de un verdadero líder: escuche, aprenda y sepa elogiar.
• Procure prestar un excelente servicio. Lo que realmente vale en nuestra vida es aquello que hacemos por los demás.

Reflexión y análisis de la realidad para la identificación de problemas

En esta etapa se reflexiona y, por medio del diálogo, se conocen las opiniones y el sentir de cada uno de los asistentes y se llega a acuerdos de interés para todos. En esta reunión aprendemos a ver la realidad que vivimos, a pensar sobre ella (Fals Borda, Vio Grossi, Gianotten y Wit, 1981).

El educador o el equipo de salud debe ser responsable de coordinar esta sesión y encargarse de hacer respetar el orden del día y cuidar que no se mezclen los puntos que se tratarán, para así evitar el desorden y la confusión.

- Cada punto debe ser tratado, discutido, totalmente agotado y, si es necesario, votado, antes de pasar a otro punto. Para hacer una votación correctamente, el coordinador debe exponer con claridad las distintas proposiciones y cada persona debe votar por la que considere la mejor y no por la que vota la mayoría, o su comadre, o su amigo.
- Antes de iniciar esta etapa se debe aclarar que para hablar se debe pedir la palabra levantando la mano. Si más de una persona quiere hablar en un determinado momento, el coordinador dará la palabra a uno por uno, en el orden en que la hayan pedido.
- Mientras alguien está expresando su opinión, se debe procurar que todos escuchen con atención. Hablar mientras otro tiene la palabra es falta de respeto: la palabra es para ser escuchada, por eso, no deben hablar dos personas a la vez.

Es muy probable que al principio casi todos sientan temor de hablar y de decir lo que piensan. Pero cuando las personas se dan cuenta de que sus opiniones se aprecian, se toman en cuenta y de que cualquier idea por más sencilla que pueda parecer, se considera importante, se va perdiendo el miedo y se empieza a participar en todo. Por tanto, es importante que el coordinador de la sesión no descalifique las intervenciones u opiniones de los participantes. Suele suceder que al estar hablando de un tema, algunos se distraigan provocando que la atención se centre en otro punto. En este caso, se debe hacer una moción, esto es, decir a esas personas de forma cordial que se centren en el tema, para evitar que se sientan ofendidas y hacer hincapié en que eso es necesario para ordenar poco a poco los pensamientos. Recordar que todos estamos aprendiendo.

Por supuesto que el educador o el equipo de salud debe ejercer su oficio con muy buen estilo y con paciencia. Al estar discutiendo un tema o problema pueden contradecirse las personas y haber opiniones contrarias, pero no hay que preocuparse, la diferencia de puntos de vista es normal, nos hace crecer y nos ayuda a pensar por nuestra cuenta. Lo que sí se debe evitar es que las diferencias se "personalicen", es decir, que haya disputas personales entre personas que piensan de forma diferente. Se debe aclarar que cuando se tengan opiniones

distintas, siempre se deben externar pero sin tratar de imponerlas. Las opiniones enriquecen, las imposiciones dividen.

El educador o el equipo de salud también deben aclarar las confusiones y los malentendidos que puedan surgir en la reunión.

- El que coordina (facilitador) debe dirigirse a todos los reunidos. Cuando la reunión se convierte en plática entre dos personas, el coordinador deberá hacerlo notar y corregir la situación.
- Tampoco es correcto que una persona hable mucho, mientras que otros nada más escuchan. Siempre hay alguien más desinhibido que los demás, pero el educador o el equipo de salud se encargarán de moderar a los que hablan mucho y de motivar a los que participan poco con sus opiniones.
- Igualmente, nadie tiene el derecho de imponer su opinión sobre la de los demás. El educador/equipo de salud debe evitar también que esto suceda.
- Generar conocimiento significativo.
- Evaluar una situación como etapa de un proceso de grupo operativo o de investigación participativa.
- Planear acciones (Orozco, 2002).

Las cuestiones de la realidad que es posible analizar de acuerdo con Astorga y Van der Bijl (1991), giran alrededor de un diagnóstico institucional previo de la situación, o a un problema seleccionado por los educadores, o a un problema seleccionado por la comunidad y son:

- *Aspectos positivos y negativos.* Aunque nuestra atención está en los problemas, es necesario conocer también el lado positivo (si hubiera) de la situación.
- *Aspectos cuantitativos y cualitativos.* Lo cuantitativo tiene que ver con estadísticas y lo cualitativo con creencias, ideas.
- *Aspectos objetivos y subjetivos.* Lo objetivo se refiere al mundo que nos rodea y a nuestro actuar, lo subjetivo tiene que ver con nuestras ideas, opiniones formas de percibir y comprender la realidad.
- *Aspectos coyunturales y estructurales.* Lo coyuntural se refiere a los acontecimientos que se dan en la sociedad actual en que vivimos, siempre se trata de hechos pasajeros que no determinan la organización esencial de la sociedad. Lo estructural son los aspectos más permanentes y estables de la realidad, definen el tipo de sociedad en que vivimos.
- *Aspectos locales y nacionales.* Los primeros son todo lo que se da en una zona limitada, son las estructuras, los hechos y acontecimientos que hay en una comunidad, en un recinto. Los segundos tienen que ver con las estructuras, los hechos y acontecimientos del país.

No necesariamente se distinguen todos los aspectos arriba mencionados, los aspectos apropiados dependerán del problema y los objetivos de cada diagnóstico.

Por otra parte, Aldana y Núñez (2002) señalan que si pretendemos entender lo que sucede en la colectividad, debemos reflexionar acerca de lo que nos sucede personalmente, combinando ambas reflexiones podremos entender mejor todo lo que ocurre. De lo local a lo nacional: debemos tratar de entender lo nacional, debemos también reflexionar de forma ordenada acerca de lo que sucede en nuestra localidad. Se trata de combinar dos pensamientos o reflexiones para entender mejor la realidad completa (cuadro 5).

Cuadro 5. Direcciones dialécticas

Lo biográfico	Lo histórico
Lo específico	Lo general
Lo coyuntural	Lo estructural
Lo cercano	Lo abstracto
Lo inmediato	Lo mediato
Lo superficial	Lo profundo
Lo presente	Lo pasado
Lo conocido	Lo desconocido

Fuente: Aldana y Nuñez, 2002.

Si se asume que siempre debemos pensar y actuar atendiendo estos aspectos de la metodología dialéctica, se estará llevando a cabo, desde lo metodológico, una auténtica educación popular, porque estaremos, entre otras cosas, logrando para y con todos los participantes (Jara, 1984):

- Un conocimiento más profundo y crítico de la realidad.
- Mayor desarrollo de nuestras capacidades para reflexionar (teorizar).
- Mayor aprovechamiento de esas capacidades para reflexionar en beneficio de prácticas que nos ayudan a cambiar la realidad.
- Mejor capacidad para entender, valorar y aprovechar los momentos sencillos y profundos de la vida cotidiana.

El análisis de la realidad se ubica dentro de un proceso sistemático de trabajo organizativo, constituye la primera etapa del ciclo, la que nos permite comprender los problemas de nuestra realidad de tal manera que tengamos los conocimientos necesarios para planificar y realizar acciones. Necesitamos investigar qué pasa en nuestro alrededor, porque es imposible actuar de forma eficaz sobre algo que desconocemos.

El conocimiento práctico es el comienzo, el descubrimiento se transforma en la base del proceso de concientización, que es el eje central y la meta de la Educación para la Salud, tanto en la producción de conocimientos, como en las

experiencias concretas de acción (Barreiro, 1974). La concientización se define como un proceso de dinamización de conciencias. Se supone que ésta se logra, no sólo con un cambio de contenidos, sino también con un cambio de estructuras mentales. Se parte de que el pensamiento se va formando en la práctica social, que las personas que se enfrentan a un proceso educativo traen consigo un conjunto de procesos objetivos, como son los sistemas productivos, las relaciones económicas y el reflejo producido en la conciencia por esos procesos objetivos, es decir, la percepción de la realidad objetiva. Además de las percepciones y creencias, existe un universo valorativo que es parte de la ideología dominante, que se explica en su práctica social, su experiencia vivencial y su historia concreta. De la Riva (2003) señala que el reconocimiento crítico participativo y colectivo de la propia realidad es un factor importante movilizador de la acción transformadora.

Esto implica que el autodiagnóstico se lleva a cabo para alcanzar varios objetivos:

- Identificar las características más relevantes del asunto en función del cual se realiza.
- Identificar los recursos y potencialidades existentes en la situación en la que se pretende llevar a cabo una intervención.
- Identificar los problemas y dificultades.
- Hacer proyecciones o estimaciones acerca de cómo evolucionará la situación diagnosticada (Elizalde, 1993).

¿Que buscamos?

Problemas de salud nutricional. Averiguar lo que la gente cree que influye en la salud nutricional de escolares y preescolares.

- Saber cuál es la situación nutricional en la vida cotidiana inmediata.
- Saber cómo y por qué está así el estado nutricional de los escolares u otro grupo social, desde el punto de vista de los actores inmediatos.
- Conocer las condicionantes biológicas, psicológicas y sociales que el actor considera que influyen en la nutrición de los escolares y preescolares.
- Conocer qué alternativas proponen para el mantenimiento de la salud nutricional de los escolares y preescolares.
- Conocer los elementos culturales que determinan la situación nutricional: modos de afrontar y vivir los problemas nutricionales, prácticas generalizadas en la cultura alimentaria, mundo de creencias y valores que existen en torno al proceso nutricio alimentario en la comunidad.

Recursos

- Materiales: su disponibilidad (locales, centros de reunión, medios audiovisuales).
- Humanos, institucionales o no: se incluye a las personas de la comunidad que potencialmente se comprometen con la idea del proyecto.
- Financieros: se deben siempre explorar y utilizar (si se considera conveniente) las posibilidades de financiación del proyecto.
- Organizativo: organizaciones o instituciones que potencialmente puedan participar y apoyar los programas o proyectos.

Preguntas que debe plantear el equipo educador o el equipo de salud:

- ¿Cuáles son las condiciones de vida de los participantes?
- ¿Cuál es la situación nutricional de la población?
- ¿Cuáles son los determinantes sociales de los problemas nutricionales?
- ¿Cuáles son las características de la estructura social y las relaciones sociales que contribuyen a crear modos y estilos de vida?
- ¿Cuáles son las posibilidades de acción con base en su experiencia?

Ferreira (1968) señala que no debe dejarse de lado:

- El ajuste del menor en la sociedad.
- La asimilación del inmigrante nacional o el extranjero.
- La penetración de los valores sociales, morales y religiosos.
- Las oscilaciones de los hechos económicos y políticos y sus repercusiones sociales.
- La formación de grupos, segregación y discriminación racial.
- La aparición de comunidades menores dentro de la comunidad local.
- Grupos marginados.
- Situaciones de pobreza crítica.
- El lugar que ocupa la mujer.
- Grupos de riesgo.
- Conflictos existentes.
- Prejuicios

Para qué lo buscamos:

- Vivenciar situaciones, experiencias y condicionantes que influyen en la salud de la comunidad y consensar las acciones colectivas que la comunidad realiza en su beneficio.
- Favorecer la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones con respecto a su situación de salud, mediante el diseño de estrategias conjuntas para poner en práctica las acciones al respecto propuestas por la comunidad.
- Determinar los elementos que pueden favorecer u obstaculizar el proceso.
- Dicho en otras palabras, es buscar el conocimiento del problema o problemas y la identificación de los educadores o del equipo de salud con el mismo.

Jerarquización y priorización de problemas

Una vez identificados los problemas, lo que sigue es jerarquizarlos y priorizarlos. Para ayudarnos en esta tarea, propiciar la reflexión de las ideas aportadas y determinar la importancia de los problemas enunciados, se recurre a la discusión de grupo con base en seis preguntas: *1)* Qué tan común, *2)* Qué tan grave, *3)* Qué tan importante, *4)* Cuánto afecta a otros problemas de salud, *5)* Hay posibilidad de prevención o tratamiento y *6)* Cuánto se podría hacer.[5] Se marca desde una cruz (+) hasta cinco cruces (+++++) en cada columna (Werner y Bower, 1985). Para ello se pueden utilizar papeletas pegadas a la pared; es recomendable iniciar con una actividad sencilla, hasta llegar a una más compleja. Esta sucesión progresiva se recomienda cuando las personas del grupo involucradas en la tarea se inician en el proceso de aprender a participar. Enseguida, un ejemplo (cuadro 6) de situación problemática identificada en una comunidad escolar.

Cuadro 6. Autodiagnóstico inicial

Problema	Qué tan...			Sumatoria
	común	grave	importante	
Niños con sobrepeso	++++	+++	+++	6
Consumo de alimentos chatarra	+++++	+++++	++++++	10
Consumo de bebidas azucaradas	+++++	+++++	+++++++	10
Inactividad física	+++++	+++++	+++++++	10

Fuente: Valadez, Alfaro y Fausto, 2005.

[5] Aunque Werner y Bower (1985) nos señalan que la discusión de grupo parte de seis preguntas, la experiencia de trabajo comunitario realizada nos permite afirmar que bastan las tres primeras para llevar a cabo esta fase del autodiagnóstico; ya durante la reflexión de las ideas se llega a responder las otras tres interrogantes.

Hasta poner en práctica formas más complejas (cuadro 7); anotar todas las aportaciones de los participantes en el pizarrón o en un papel grande, luego, el grupo discutirá qué tan común y qué tan grave es cada problema. Al considerar tanto "lo común" como "lo grave" que es cada problema, los participantes podrán compararlos y se darán una idea de su importancia relativa en el aula y en el centro escolar. Para ayudar en esto, se sumarán las cruces de cada problema.

Cuadro 7. Autodiagnóstico complejo

Problema	Qué tan común	Qué tan grave	Preocupación de la gente	Cuánto afecta a otros problemas de salud	Posibilidad de prevención, tratamiento	Cuánto se podría hacer
Niños con "sobrepeso"						
Consumo de alimentos chatarra						
Consumo de bebidas azucaradas						
Inactividad física						

Fuente: Valadez, Alfaro y Fausto, 2005.

\+ No muy común (o grave). ++ Algo común (o grave). +++ Común (o grave). ++++ Muy común (o grave). +++++ Sumamente común (o grave).

Enseguida, se le preguntará al grupo cuál problema parece ser el más importante de acuerdo con el número escrito como resultado de la suma de cruces; luego, cuáles siguen en importancia y así sucesivamente. De esta manera, es posible identificar el problema que más afecta y relacionarlo con el detectado previamente por el equipo de investigadores. Cuando en el grupo haya personas que no sepan leer, o que se les dificulte la lectura, puede diseñarse un material acorde para el trabajo a base de cartulinas con las formas de cruces, calaveras, siluetas humanas y líneas. Para mostrar qué tan común, se utilizan las cruces; las calaveras para señalar qué tan grave. Las siluetas de personas, en las columnas de cuánto afecta y las líneas para expresar cuánto se puede hacer, entendiéndose como la posibilidad de prevención y tratamiento (figura 1).

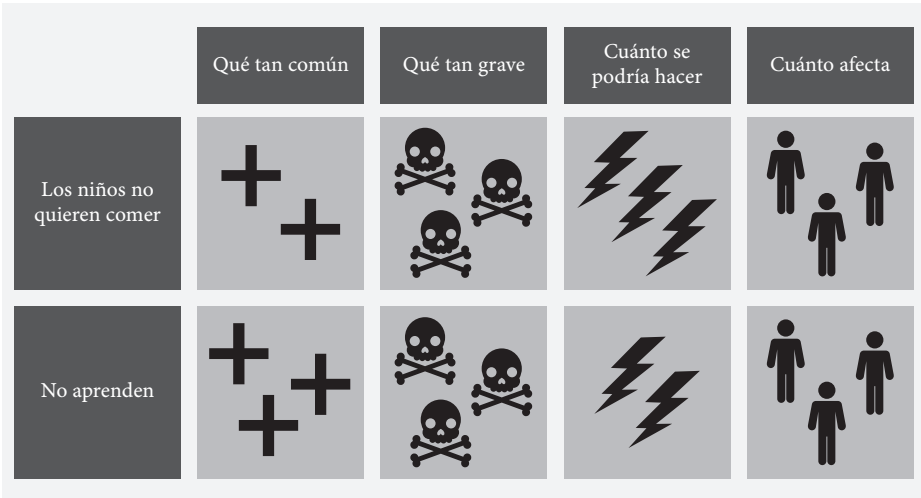


Figura 1. Educación Popular en la aceptación del concentrado de alfalfa como enriquecimiento nutricional: una experiencia de trabajo comunitario "recreación a partir de Valadez, Alfaro y Fausto, 2005".

Con estas imágenes se propicia que los participantes puedan comparar, discutir y darse una idea de la importancia relativa en la comunidad, pues al realizar la sumatoria de las cruces o símbolos en cada situación planteada, se deciden las prioridades de lo que se va a tratar.

Al considerar tanto lo común como lo grave del problema de la obesidad en los niños, así como el resto de preguntas, se discutió cada uno de los problemas una vez que colocaron las cruces en cada columna, según su punto de vista personal, en el entendido de que cada persona tiene una forma de interpretar la vida y los hechos a partir de su experiencia, que fueron compartidos y analizados como problema.

Se propicia la discusión acerca de cada uno de los problemas o necesidades por los integrantes del grupo, de acuerdo con su punto de vista personal, en el entendido de que cada individuo tiene una forma de interpretar la vida y los hechos a partir de su experiencia. El siguiente paso es precisar un poco más el problema identificado, o los problemas.

Para la búsqueda de la matriz de los problemas enunciados y priorizados se prosigue con el ejercicio de responder la pregunta: ¿qué sabemos del problema en cuanto a sus manifestaciones, su contexto y las opiniones?, y se propicia el análisis a partir de las respuestas dadas. Es decir, hechos concretos en que se evidencia tanto el problema como los comportamientos de los sujetos; en cuanto al contexto, se analizan las situaciones en torno al problema y las situaciones de los individuos relacionados con él. Y, finalmente, se reflexiona y se discuten las opiniones de las personas, es decir, la forma en que los diferentes involucrados ven y explican el problema (Valadez, Alfaro y Fausto, 2005).

Se considera importante llevar la discusión del grupo en tres planos:

- Las manifestaciones del problema: los hechos concretos en que se evidencia y los comportamientos de la gente.
- El contexto del problema: lo que rodea al problema, las situaciones de la gente, de la región o del país que están relacionadas con él.
- Las opiniones sobre el problema: la forma en que los diferentes involucrados ven y explican el problema.

Este análisis deberá partir del ámbito personal al colectivo, y a la inversa, en términos de sus implicaciones en las prácticas cotidianas, de su realidad individual, como sus problemas, aspiraciones, deseos y frustraciones (micro); con base en la constitución de las prácticas en un contexto social y económico mayor (macro). Los resultados se escriben en papelotes y se comparte el trabajo.

Elaboración del plan de acción. Identificación de alternativas de solución frente a los problemas prioritarios

Una vez identificados los componentes de un problema por solucionar, se puede iniciar con propuestas concretas de solución para cada uno de ellos (cabe hacer notar que para cada causa específica, puede haber más de una alternativa de solución). Si hay capacidad institucional y recursos suficientes, se pueden trabajar en orden de prioridad: mientras más grande sea el número de medidas o soluciones que se pretende lograr a la vez, menos esfuerzo se puede dedicar a cada una de ellas, por tanto, se sugiere que se priorice una, quedando con la opción de planificar y llevar a cabo otras posteriormente.

Elección de alternativas

Hacer con cuidado una lista de ventajas y desventajas o problemas para cada una de las alternativas, para hacer posible el éxito de la acción que se pretende realizar.

- ¿Qué podemos hacer?
- ¿Qué es lo que queremos de acuerdo con nuestras necesidades y con la información obtenida sobre el problema? (Definición de objetivos).
- ¿Por qué lo queremos?
- ¿Qué estamos dispuestos a hacer para conseguirlo?
- ¿Qué necesitamos conocer y qué acciones realizaremos?

- ¿En qué orden lo realizaremos?
- ¿Cómo lo realizaremos?
- ¿Qué necesitamos para llevar a cabo las acciones planeadas?
- ¿Qué tiempo requeriremos?

La forma deseable de apoyo técnico es la siguiente: el grupo en sus diversos ámbitos y a partir de información específica, diseña las alternativas, las evalúa y selecciona la que considera más apropiada y conveniente.

Esta forma de trabajo es la mejor en función de los objetivos de desarrollo de capacidades, tendiendo a la autogestión. No siempre es posible introducirla en una primera instancia, ya que depende su aplicación del grado de desarrollo de las capacidades del grupo, del tipo de problema y su complejidad, de la urgencia en resolverlo, de la importancia del tiempo de su resolución y de los objetivos propuestos en el proceso del grupo.

La construcción de un plan comprende:

- Pensar en el problema.
- Selección de proyectos concretos.
- Especificar en forma clara qué debería hacerse, qué me gustaría hacer, qué puedo hacer para cambiar.
- Compromiso colectivo: un cambio progresivo en el pensar-actuar.
- Decidir qué hacer.
- Por dónde empezar, qué objetivos se persiguen, qué hacer primero, quiénes están o podrían estar implicados, con qué recursos contamos, qué necesitamos saber, qué organización, qué metodología.

Una vez que se ha discutido el programa y al parecer la población beneficiaria del mismo ha generado endógenamente un grado suficiente de reconocimiento y convencimiento, se puede decir que se está en condiciones de pasar a la siguiente fase de ejecución del programa.

Algunas técnicas útiles para realizar el autodiagnóstico

Para distinguir claramente entre causas y consecuencias y empezar a identificar a la población más afectada por el problema, se puede ampliar el análisis del problema aplicando técnicas como la del árbol de problemas. A veces es posible que las consecuencias de un problema también sean causas y revelen un fenómeno cíclico en lo que el asunto en cuestión se reproduce y se profundiza.

Árbol de problemas

El árbol de problemas (figura 2)[6] es una adaptación para el Sistema de Análisis Social, de una técnica ampliamente utilizada en el campo de la investigación participativa (JM. Chevalier, "SAS 1.0: Árbol de Problemas", en *Sistemas de Análisis Social* 1.0, http://www-sas-pm.com/). Se constituye en tres ámbitos: un centro donde se ubica el problema medular o situación no deseada; un ámbito inferior donde se detectan las causas primarias y a partir de ellas las causas secundarias, terciarias y así sucesivamente; y el ámbito superior donde se localizan los efectos desfavorables de los problemas en orden o ámbitos, es decir, primero los efectos más cercanos o de impacto negativo, posteriormente, los secundarios, que son aquellos que se producen por los primarios y así en adelante. La ventaja de la técnica es que se descompone el problema en causas y efectos en tantos ámbitos como sea capaz el grupo de construir.

En suma, el árbol de problemas es una técnica que nos permite identificar y entender una situación problemática que requiere una solución o investigación a conciencia. Esta técnica expresa, mediante un encadenamiento tipo causa/efecto, las condiciones negativas percibidas por los involucrados con relación al problema en cuestión. En este dibujo didáctico se representan tres niveles fundamentales de la situación problema que se quiere abordar, o la situación ideal a la que se quiera llegar: el problema central (tronco del árbol), las causas (raíces del árbol) y efectos (ramas del árbol). La clarificación de la cadena de situaciones inmersas en el problema o en la situación ideal a la que se quiere llegar supone efectuar un análisis mediante una discusión crítica (Astorga y Van der Bij, 1991).

1. Identificar los problemas o la situación a la que queremos llegar.
2. Jerarquizar o priorizar.
3. Identificar las causas del problema.
4. Identificar los efectos.

En síntesis, el árbol social es una herramienta valiosa en el diagnóstico participativo para el procesamiento de una amplia gama de informaciones. Hay que analizar el problema haciendo una clara distinción entre causas y consecuencias, para luego pasar al planteamiento de soluciones concretas frente a las causas principales.

En el árbol de problemas se trata de elaborar una red que permita explicar las principales relaciones causa-efecto en la situación-problema que se analiza:

- Se define el problema y se ubica en el lugar central (tronco). De acuerdo con los intereses y apreciaciones de las personas afectadas, se describe el problema de manera clara, como un estado negativo o situación no deseada que se puede verificar en la realidad.

[6] Trabajo participativo realizado con padres de familia en la población de Ameca, Jalisco, 1998.

- Las causas esenciales y directas del problema se ubican debajo del problema definido (raíces). Causas: condiciones que determinan o influyen en la presencia del problema. Es importante verificar la relación directa entre las causas y el problema.
- Los efectos o manifestaciones se ubican sobre el problema central (copa o frutos). Se refieren a las consecuencias y el impacto que produce el problema en la calidad de vida de la población afectada

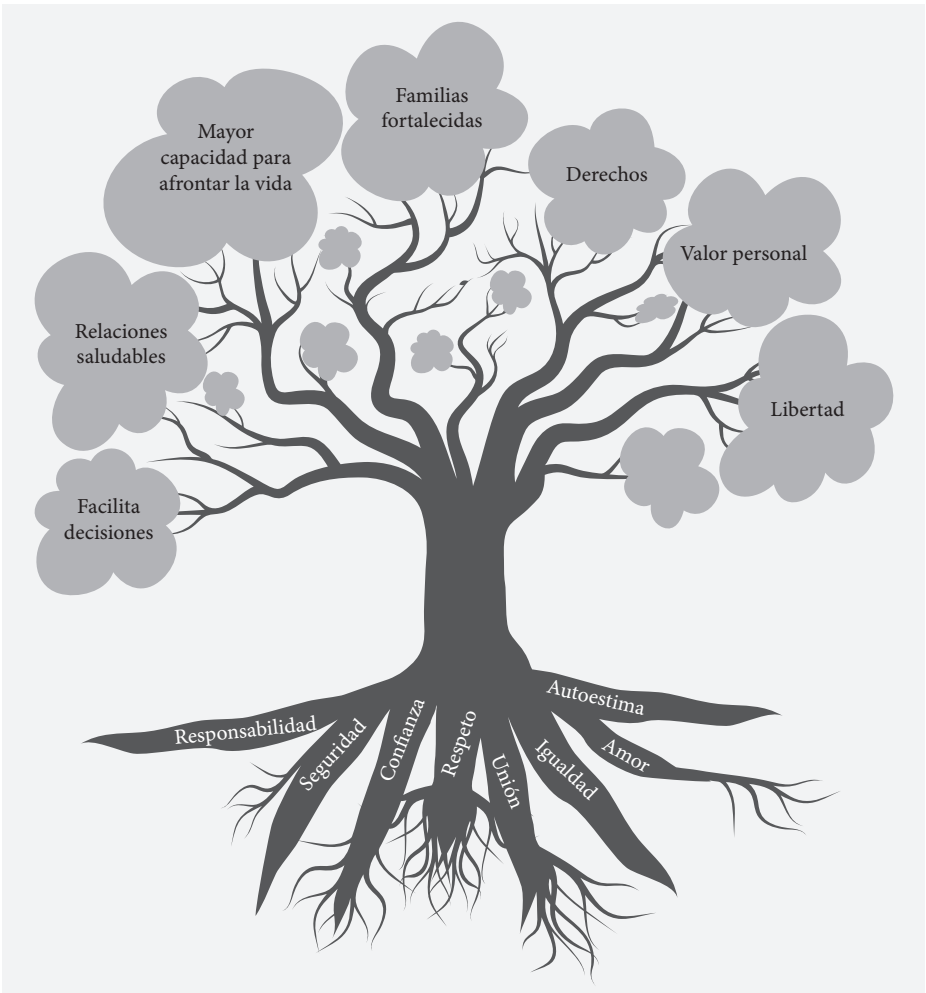


Figura 2. Árbol del problema: Una familia saludable.

A partir de este autodiagnóstico se construye el contenido de proceso educativo

Construcción del contenido educativo

Éste se puede construir a partir de cuatro puntos:

- Especificidad del preescolar y escolar, buscando que éstos partieran de la relación que los niños tienen con el problema.
- Clase social, dado que ningún problema se puede desvincular del contexto socioeconómico, político y cultural en que se desenvuelve.
- Contexto histórico (en el entendido de que la realidad actual tiene un desarrollo dinámico y es necesario entender de dónde viene y hacia dónde va).
- Aspectos técnicos y legales, ya que toda problemática se concreta en una serie de conocimientos que permiten mejorar el manejo de ella en la vida diaria.

Los contenidos se deberán manejar en tres esferas de la vida cotidiana: familia, escuela y comunidad. Es muy posible que durante el desarrollo de los contenidos surjan temas específicos, que pueden ser trabajados con ayuda de expertos y deberán ser manejados en forma paralela, siempre respetando sus intereses y su participación.

Es recomendable que cada sesión educativa se inicie con una o dos dinámicas de animación de acuerdo con el ánimo del grupo. Con la finalidad de propiciar un mejor clima para el desarrollo de los trabajos, se sugiere seguir cinco pasos, que han mostrado ser de utilidad relevante:

- Se propiciará que el grupo hable y dé a conocer su saber popular.[7]
- Los educadores o el equipo de salud deberán sistematizar con el grupo y analizar este saber.
- Los educadores o el equipo de salud aportarán los conocimientos que consideren necesarios, en dos sentidos: para que los integrantes de la comunidad o de los grupos sociales tengan explicaciones cada vez más profundas del porqué de la situación y para que adquirieran instrumentos que pudieran usar en su quehacer diario.
- Se estimulará a los integrantes del grupo a que compartan lo aprendido.
- Se alentará al grupo a realizar un resumen y con ello se evaluará la reunión.

Teniendo como base la práctica social, durante el trabajo educativo se buscará y se mantendrá una situación permanente de diálogo, es decir, se debe procurar que todos los participantes entablen comunicación entre sí y puedan expresar

[7] Carlos Brandao, citado por Marcelo Gajardo (1985), introduce el tema del Saber Popular, considerado por muchos autores como una dimensión que contiene expresiones e intereses que se gestan en el ámbito de la experiencia de los sectores populares. En él se expresan las formas de reproducción social, organización familiar, estilos de vida, patrones de consumo, en suma, todos los conocimientos y expresiones ideológicas elaboradas y asumidas como propias por estos grupos de población.

sus propios pensamientos, a la vez que discutir o pensar distinto de los demás libremente en un ambiente de respeto y en condiciones de igualdad. Se deberán atender los conceptos de tiempo y espacio e intentar que las sesiones sean un ámbito para que los participantes conozcan, reflexionen, decidan y actúen en aspectos concernientes a su salud y a su comunidad.

Estas actividades serán tendientes a que los integrantes del grupo logren una serie de competencias dirigidas:

En el ámbito cognoscitivo:

- Que expresen el problema de salud: acontecimientos, fenómenos, usos, reglas, formas de abordarlo.
- Que sean capaces de distinguir características, propiedades, formas de manifestarse el problema, factores de riesgo.
- Que definan el problema en su complejidad: factores físicos, psicológicos y sociales del problema.
- Que puedan identificar factores de riesgo, medios por los que se adquiere, elementos de protección.
- Que relacionen con sus modos de vida: ejemplificar estilos de vida y factores de riesgo.

En el ámbito de la comprensión:

- Que expliquen con sus palabras el problema: teorías, significados, métodos.
- Que interpreten las relaciones causales.
- Que demuestren efectos y consecuencias

En el ámbito de la aplicación:

- Que organicen: métodos de trabajo y actividades.

En el ámbito del análisis:

- Que clasifiquen las ideas, conclusiones, interrelaciones.
- Que analicen argumentos, elementos, ideas, relaciones de causa-efecto, organizaciones y hechos.
- Que deduzcan: conclusiones, relaciones de causa-efecto, evidencias.

En el ámbito de la acción:

- Reclamar cambios en el contexto que influye en el problema: esfuerzo, organización, sistema, justicia, ayuda, solidaridad, aceptación.

En el ámbito del terreno afectivo:

- Que expresen: emociones, opiniones.
- Que escuchen argumentos de sus compañeros.
- Que compartan amistades, trabajos, éxitos, fracaso, esfuerzos.

- Que aprendan a manejar los errores, encuadrarlos, aprender de ellos.
- Que mejoren las propias competencias en trabajos, esfuerzos.

El trabajo educativo no debe ser una transmisión de saberes para que sean memorizados, ni tampoco se debe tratar de llevar a cabo acciones y procesos educativos en donde sólo se hagan prácticas, sino de acuerdo con los principios de la metodología participativa. En este proceso, los participantes hacen y piensan.

Es deseable que la evaluación[8] se realice en dos ámbitos. Se propiciará en el grupo comunitario la reflexión del desarrollo de la sesión y el educador o el equipo de salud, desde sus expectativas, objetivos y recursos hacen su análisis. En general, los procedimientos deberán ser flexibles y abiertos y se utilizarán determinadas técnicas o instrumentos pertinentes en los momentos del proceso.

[8] El carácter participativo de la evaluación le da al individuo un rol protagónico en el proceso y le permite asumir sus responsabilidades como sujeto de aprendizaje. En él se acrecienta el compromiso del grupo de intervenir para mejorar el proceso, de brindar la ayuda que necesitan los demás y que cada uno de los miembros pueda decir lo que precisa en este sentido. La consideración de los tipos de ayuda es decisiva para la implicación de cada individuo en el proceso; es por ello que su participación consciente, reflexiva, libre de prejuicios, permite que el aprendizaje revele su verdadero carácter social e interactivo.

La implicación consciente del individuo en el proceso educativo y la constatación de su evolución para llegar a un resultado a partir de la evaluación demandan una actitud autorreflexiva de los logros de su aprendizaje, a fin de que en cada etapa de evaluación el grupo lleve a profundizar en sus propios procesos cognitivos, a regularlos, a planificar sus tareas y a diferenciar la inmediatez de la mediatez, a tolerar posiciones y estadíos de desarrollo de las demás personas, y a que se evidencie en los momentos de la actividad de aprendizaje la relación entre el saber qué y saber cómo. La evaluación participativa logra potenciar las relaciones afectivas, los vínculos contexto–autorregulación, el autodiagnóstico, la supervisión y la cooperación (F. Addine 1998).

CAPÍTULO 6

Aspectos teórico-conceptuales de la planificación y la evaluación

Para planificar acciones en el campo de la salud nutricional es necesario partir de un concepto operativo. Desde este punto de vista, se considera la salud como una variable dependiente influida por diferentes factores o determinantes: *a)* biológicos o endógenos; *b)* ligados al entorno o medio ambiente; *c)* ligados al estilo de vida y *d)* ligados al sistema sanitario (Aranceta Bartrina, 2001).

La planificación es un proceso de gestión que permite establecer las decisiones sobre bases racionales. El arte de la planificación contrapuesto al de la improvisación exige, por un lado, un conocimiento profundo de la realidad que se pretende modificar o promocionar y, por otro, un conocimiento exhaustivo de las bases científicas teóricas de la intervención (cuadro 1) (Serra Majem, 2001).

Se entiende por programa de salud, el conjunto de actividades organizadas que se pretende realizar con la finalidad de obtener un resultado definido en una población. Los elementos fundamentales de un programa de salud son los resultados u objetivos que se quiere lograr en términos de mejora del nivel de salud; las actividades y los recursos necesarios para lograr los objetivos y el tiempo en el que se llevará a cabo.

Cuadro 1. ¿Qué es planificar?

Es el proceso de establecer anticipadamente las acciones que se realizarán en un periodo determinado, para conseguir algunos resultados que estimamos deseables. Relaciona las necesidades (ilimitadas, hay que priorizar) con los recursos (escasos, hay que racionalizar).

El propósito fundamental de la planeación es tomar medidas para el uso inteligente de los recursos en el desarrollo de un programa más efectivo. Implica el establecimiento de condiciones para el desarrollo de una serie de acciones previamente identificadas y priorizadas; debe aplicarse a una situación cuyas características se requiere conocer para intentar cambiarlas (Consejo Nacional de Fomento Educativo [CONAFE] 2010).

La planificación permite:

- Lograr una situación deseada.
- Organizarse internamente aprovechando mejor el tiempo y los recursos.
- Prever resultados para luego poder evaluarlos.
- Articular las actividades que emprendemos sabiendo a dónde apuntamos.
- Pensar ahora lo que se va a hacer después.

El proceso programático

Este proceso es, esencialmente, la acción de programar y se compone de objetivos, metas, actividades, procedimientos, asignaciones de tareas, pasos que han de darse, recursos que deben emplearse y otros elementos necesarios para llevar adelante una acción determinada (OPS, 1990).

En consecuencia, un programa educativo es el conjunto de actividades de información, comunicación y educación que se desarrollará en un periodo, en apoyo a un programa de salud. Constituye el cumplimiento de los objetivos de salud, al estimular cambios en la conducta de las personas y de la comunidad frente a situaciones específicas que las afectan (Mercedes y Roca, 1998).

La programación supone la exposición, generalmente por escrito (proyecto), de la distribución y el orden de las partes que constituirán un trabajo. Comprende acciones de diverso tipo, que pueden agruparse esquemáticamente en cuatro etapas principales (Arrosi, Andueza, Sommerfel, Zerda, Ancina y Mamondez, 1893):

1. Diagnóstico de situación:
   - La primera etapa de cualquier proceso educativo debe ser el diagnóstico, única forma de establecer objetivos alcanzables.
2. Toma de decisiones, que contempla:
   - Se elaboran planes y programas de acción concretos y detallados, con base en el diagnóstico.
   - Análisis de soluciones posibles para el problema o cursos de acciones necesarios para lograr la situación deseada, que tengan factibilidad tanto científica, tecnológica, económica como política, que resulte más favorable, que dará origen a la estrategia que se seguirá.
   - Establecimiento de los propósitos del programa teniendo en cuenta para su determinación las políticas generales que rigen en el contexto. Se debe manifestar el estado que se pretende alcanzar con respecto a la situación problema, en un tiempo, área y población que se cubrirá.
   - Una vez priorizados los problemas, establecidos los propósitos y objetivos y seleccionadas las alternativas de solución, se procede a la programación propiamente dicha. En ella se determinan las acciones que se realizarán, se

definen actividades, los recursos y se fijan las bases para el proceso de control del programa:

3. Ejecución.
   - Organización general del programa, que incluye la selección y la capacitación del personal, la asignación de funciones, responsabilidades, líneas de comunicación y desarrollo de las actividades.
4. Evaluación.
   - Se evalúa el desarrollo del programa (evaluación del proceso), así como el impacto y sus resultados.

En la práctica, estas etapas se programan y ejecutan de manera muy interrelacionadas y muchas veces superpuestas.

Por su parte, Maya Jariego (2001) señala que todos los contenidos que conforman un programa aparecen resumidos en un documento escrito. Se trata de un conjunto de estrategias que se organizan, por regla general, de acuerdo con el siguiente esquema: Introducción, Objetivos, Metodología y actividades y Evaluación.

1. En la *introducción* se expone la justificación social y teórica de la intervención. Esto es, se aportan aquellos datos –preferentemente de evaluación de necesidades– que muestran la pertinencia de la actuación que se va a desarrollar. Y, en segundo lugar, se proponen modelos teóricos que hacen esperar que las actividades propuestas sean efectivas.
2. Los *objetivos* precisan, del modo más concreto posible, qué se quiere conseguir. Establecen, al mismo tiempo, una guía de actuación y los criterios de éxito para valorar el programa.
3. *Metodología* y *actividades* son el contenido propiamente dicho del programa, es decir, las actuaciones que lo materializan; se identifican los medios, el método, las actividades y el procedimiento pedagógico.
4. En el apartado de *evaluación* se proponen los indicadores y diseño para valorar el programa.

Por su parte, Ander-Egg (1991) propone el método de las diez preguntas. Es un método sencillo para elaborar un proyecto, consistente en responder diez preguntas básicas acerca del contenido del mismo. En concreto, con relación a las actuaciones que se desarrollarán habría que responder qué se quiere hacer, por qué, para qué, cuánto, dónde, cómo, cuándo, a quiénes, quiénes y con qué. Esta lista de preguntas puede facilitar la elaboración de un proyecto de intervención, método que puede ser práctico por su sencillez de aplicación (cuadro 2).

Cuadro 2. He aquí las preguntas de referencia		
Qué	Se quiere hacer	Naturaleza del proyecto
Por qué	Se quiere hacer	Origen y fundamentación
Para qué	Se quiere hacer	Objetivos, propósitos
Cuánto	Se quiere hacer	Metas
Dónde	Se quiere hacer	Localización física (ubicación en el espacio, cobertura espacial)
Cómo	Se quiere hacer	Actividades y tareas, metodología
Cuándo	Se va a hacer	Calendarización o cronograma
A quiénes	Va dirigido	Destinarios o beneficiarios
Quiénes	Lo van a hacer	Recursos humanos
Con qué	Se va a costear	Recursos financieros
Con qué	Se va a hacer	Recursos materiales

Aunque la programación es un aspecto que siempre debe estar presente en la Educación para la Salud, no es posible hablar de un único modelo para establecerla. Esto es así porque la programación depende del modelo general en el que estamos trabajando y, más globalmente, del paradigma de partida.

Evaluación

¿Qué es la evaluación?

Es el proceso por medio del cual se determina el valor de un programa de Salud, por tanto, es recomendable efectuar una evaluación de los resultados que en la medida de nuestras posibilidades permita obtener, aunque sea de manera sencilla, datos sobre la mejora en las actitudes y los comportamientos y, quizás, a largo plazo, en el estado de salud del individuo o del colectivo.

La planeación de la evaluación debe realizarse desde el momento mismo en que se diseña el programa de educación para la salud nutricional, ya que empezarla una vez que éste se ha puesto en marcha, puede limitar las opciones para recabar información acerca del efecto que ese programa tiene en la comunidad (Brindis y Laski, 1997).

Tipos de evaluación

Para examinar los diferentes componentes de un programa de educación para la salud nutricional, existen diversos tipos de evaluación, como los que a continuación se refieren.

Evaluación del proceso

Permite valorar la adecuación del programa en su totalidad a los objetivos perseguidos en su diseño, haciendo referencia a la cantidad y la calidad de los contenidos, metodología empleada, tiempo dedicado y materiales de apoyo utilizados así como a la calificación del educador. Precisa la selección de indicadores en cada una de las etapas que permitan obtener información tipo *feed-back* sobre su desarrollo y su adecuación desde la etapa de identificación de problemas. Implica, por consiguiente, que la evaluación debe considerarse desde las primeras etapas de planificación de los proyectos de educación en nutrición. En este sentido, puede ser necesario utilizar indicadores indirectos que nos permitan obtener información acerca de su marcha y su alcance.

Evaluación del impacto

Este apartado hace referencia a las modificaciones de la conducta o los comportamientos favorables para la salud como consecuencia del proceso educativo. Se analizan desde dos vertientes los conocimientos alcanzados: los cambios de actitud y el desarrollo de habilidades relacionadas con la promoción de la salud. Son varios los diseños teóricos propuestos como marco para la evaluación de proyectos de educación para la salud: diseño experimental, comparando observaciones previas y posteriores a la intervención, con grupo de control o sin él; combinaciones factoriales; diseños casi experimentales; encuestas de población, etc. Sin embargo, no existe un diseño teórico válido en todos los casos. Es necesario conocer las distintas posibilidades, sus ventajas y limitaciones para poder elegir el modelo más adecuado en cada circunstancia. En ocasiones, incluso se combinan diversos modelos de manera complementaria.

Evaluación cuantitativa

Utiliza diversos métodos objetivos que permitan cuantificar los nuevos conocimientos y el desarrollo de habilidades adquiridas. Pretende conocer la distribución de los fenómenos observados en la población y realizar consideraciones de tipo estadístico. En definitiva, por medio de este tipo de valoración se pretende expresar en términos numéricos las observaciones realizadas. Esta fase puede subdividirse a su vez en sus tres estadios:

- Evaluación inmediata. Realizada inmediatamente después del proceso formativo. Aporta información de la eficacia del mensaje y grado de comprensión de los nuevos conocimientos. También puede facilitar indicadores de la voluntad de cambio. A veces es necesario confeccionar indicadores intermedios que permitan valorar hasta dónde se ha llegado dentro del camino que se pretendía recorrer.
- Evaluación primaria. Permite conocer las modificaciones inmediatas en las actitudes y los comportamientos de los individuos o del colectivo.
- Evaluación diferida. Hace posible la evaluación del cambio en los estilos de vida, hábitos nutricionales y el porcentaje de individuos con cambios favorables para la salud.

La evaluación de conocimientos y actitudes en el apartado de evaluación cuantitativa puede realizarse por medio de entrevistas estructuradas, cuestionarios de respuesta múltiple o, bien, preguntas cerradas. En la evaluación de actitudes son aplicables las técnicas de observación, grupos de discusión y cuestionarios categorizados. Aspectos prácticos pueden ser de utilidad en la evaluación de habilidades y destrezas adquiridas.

Evaluación cualitativa

Intenta describir el cómo y el porqué de los cambios observados. Ofrece una buena correlación entre la necesidad/utilidad sentida en relación con la educación nutricional. Esta metodología de evaluación está basada en la filosofía naturalista y se plasma como resultados alfanuméricos agrupados en categorías, de manera que sea posible verbalizar términos numéricos. Analiza y se expresa en el lenguaje de la población, de los consumidores. Para llevar a cabo esta valoración se han utilizado diferentes técnicas, entre las que cabe citar:

- *Observación directa.* Permite el acopio de datos sobre comportamiento no verbal en grupos cerrados e instituciones.
- *Método etnográfico.* Consiste en la observación de los participantes y del proceso educativo de un observador integrado en el mismo y, por tanto, no extraño al grupo. Es un método empleado en antropología, válido sólo en colectivos.
- *Entrevista en profundidad.* Puede adoptar la forma de una conversación informal, entrevista semi-estructurada o, bien, estandarizada abierta.
- *Grupo foco y grupo de discusión.* Está formado por el coordinador y 6-12 participantes. Permite controlar el proceso educativo mediante técnicas de dinámica de grupos.
- *Respuesta cognitiva.* Consiste en verbalizar pensamientos o ideas a partir de la lectura de un mensaje. Permite el análisis de los mensajes en los planos individual y grupal.

En la aplicación de cualquiera de los métodos citados es imprescindible registrar la información mediante técnicas de audio, video o ambas, así como realizar anotaciones para sus posteriores transcripción y análisis.

Se recomienda que tanto la trascripción como el análisis sean realizados por varias personas para incrementar la validez del método. Los aspectos cualitativos son de gran interés en las distintas fases de la evaluación, tanto en la observación del proceso como en el análisis de modificación de actitudes y del entorno social. Además de los aspectos mencionados, en la evaluación de programas de nutrición comunitaria deben valorarse los cambios sociales experimentados como consecuencia de la intervención, tales como aspectos legislativos o de disponibilidad y accesibilidad de los alimentos cuyo consumo se pretendía promocionar.

En el cuadro 3 se describen las técnicas y los métodos que se pueden utilizar en la valoración de los distintos aspectos que se deben contemplar en la evaluación del impacto de los programas de educación nutricional (Aranceta Bartrina, 2001a).

Cuadro 3. Técnicas y métodos de valoración de los aspectos contemplados en la evaluación del impacto de un programa de educación nutricional

Aspecto evaluado	Método sugerido
Interés y concienciación	• Análisis de la demanda de información • Cobertura de los medios de comunicación social • Cuestionario y encuesta
Conocimientos	• Cuestionario • Observación • Grupos de discusión
Actitudes	• Observación • Grupos de discusión • Cuestionario categorizado • Entrevista
Habilidades	• Observación • Grupos de discusión • Cuestionario • Actividades prácticas
Toma de decisiones (intención de cambio)	• Entrevista • Grupo de discusión • Cuestionario

Evaluación de resultados (salud)

Ésta persigue una valoración del estado de salud con cuantificación de las estadísticas de mortalidad y morbilidad y determinación de la mejora en la calidad de vida, lo que en última instancia permitirá evaluar en términos reales la eficacia del programa.

CAPÍTULO 7

Guía para el diseño y la formulación de programas

Antes de ponerle título a un proyecto o programa se debe pensar cuidadosamente en el problema que interesa estudiar y analizar para proponer cambios factibles de realización, aunque sólo se quede en propuesta o diseño y no se llegue a la etapa de instrumentación o evaluación.

Elementos para la formulación de un programa

Cuando ya se sabe lo "que pasa", se tiene un diagnóstico de la situación y hay que proceder a generar soluciones, o sea, decir "qué se va a hacer" a partir de esos datos e información. Esta respuesta, en algunos casos, puede traducirse en la elaboración de un programa de trabajo tomando en cuenta a los involucrados en el problema. Pero antes, cabe la pregunta ¿Qué es programar? Etimológicamente, programar significa la acción de escribir por adelantado. En su entendido más sencillo consiste en decidir anticipadamente lo que hay que hacer. Se trata de prever un futuro deseable y señalar los medios para alcanzarlo. Para llevar a cabo el proceso de diseño de un programa de educación para la salud nutricional, se deben tomar en consideración algunos criterios importantes, de manera que el producto final dé respuesta a las necesidades de la población. Los puntos o elementos que se deben tomar en cuenta para la instrumentación de un programa de educación en nutrición según Ander-Egg (1991) son los siguientes.

Título del programa

La denominación del programa se hace de manera clara y concisa, debe describir el logro o propósito que impactará positivamente en una comunidad específica y en un ámbito bien delimitado. En cuanto a su extensión, lo importante es que

se usen los vocablos necesarios para evitar ambigüedades. Cuidar la repetición de palabras y el uso excesivo de preposiciones.

Descripción de la situación

En este punto se deberá, antes que todo, confirmar la existencia de un problema en el área de la Salud Nutricional e incluir factores que lo condicionen. ¿Cómo se puede definir este problema, a partir de datos existentes?, ¿cuál es su prioridad con respecto a otros problemas sanitarios, educativos y más?, ¿cuáles son los grupos vulnerables? El equipo responsable de la planificación recopilará toda la información posible acerca de la percepción, por parte de la población, de la problemática nutricional y de problemas conexos (Fausto Guerra *et al*., 2012).

Justificación

La justificación de un programa se refiere a la exposición de motivos que fundamentan su aplicación y se hace explicitando dos cuestiones principales.

Por qué se hace: concepción, origen de la idea o necesidad que lo origina, incluyendo datos del diagnóstico que fundamenta la importancia o necesidad de instrumentarlo.

Para qué se hace: se indican los fines y objetivos que se pretende alcanzar y los servicios que prestará, especificando la población que será atendida o beneficiada con el desarrollo del programa.

Localización física del proyecto

Consiste en determinar el área, sector, zona, barrio y lugar donde se ubicará y desarrollará el programa de Educación para la Salud Nutricional (Ander-Egg, 1991).

Población objetivo

La población objetivo del programa educativo no se supone que sea necesariamente la misma de la intervención. Así, por ejemplo, en un programa de educación para La Salud en Nutrición Infantil, la población objetivo de la intervención puede estar constituida por niños menores de cinco años. En este caso, la población objetivo del programa educativo estará constituida por las madres de esos niños y de otras personas que juegan un papel, directo o indirecto, en su cuidado.

Objetivo

La definición de los objetivos implica la exposición precisa del problema de salud nutricional foco del programa. Éstos pueden definirse como los propósitos o límites que se desea alcanzar en un periodo determinado por medio de acciones organizadas en proyectos. Para decirlo en breve: se trata de lo que se quiere hacer. El programa educativo trata de alcanzar objetivos generales y específicos que estarán en función de las necesidades de enseñanza que presenta la población, por lo que deben ser enunciados con claridad, precisión y concisión.

El realismo de los objetivos constituye un aspecto fundamental y decisivo de la tarea del planificador. Todo programa debe ser viable y operativo en cuanto a objetivos y metas, así como también en cuanto a medios e instrumentos. Esto quiere decir que el programa debe ser realizable y operable dentro del marco de posibilidades que ofrece el contexto social, político, institucional y humano para el que fue concebido y elaborado (Aranceta Batrina, 2001c).

De ordinario, cuando se habla de viabilidad y factibilidad de un proyecto, esto se dice con referencia a las cuestiones financieras. Sin embargo, en los programas destinados a la comunidad, lo que cuenta fundamentalmente es la viabilidad socio-cultural: ciertos proyectos, como son los de desarrollo comunal que buscan expresamente cambiar la estructura de participación y decisión implican, de hecho, o en forma potencial, un choque de intereses de grupos, sectores o clases (en esto se revela la viabilidad social), al igual que cambios mentales, actitudinales y de conductas (en éste se expresa la viabilidad cultural).

El diseño de objetivos debe aludir a los resultados concretos que son constitutivos de la intervención educativa. Deben formularse en términos de comportamientos observables en una situación definida.

El realismo de los objetivos y las metas constituye un aspecto fundamental y decisivo de la tarea del planificador. Todo programa debe ser viable y operativo en cuanto a objetivos y metas, a la vez que en cuanto a medios e instrumentos. Esto quiere decir que el programa debe ser realizable y operable dentro del marco de posibilidades que ofrece el contexto social, político, institucional y humano para el que fue concebido y elaborado (Organización Panamericana de la Salud, 1990).

Contenidos educativos

La preparación del contenido requiere una cuidadosa selección de los temas, que estarán determinados por las necesidades educativas concretas que experimenta el grupo humano sobre el que se actúa. En este punto se contemplan los mensajes educativos del programa, delimitados según prioridades, en función de la multicausalidad de las variables de riesgo definidas en la fase de diagnóstico.

Actividades

El desarrollo de un programa se va concretando por la ejecución secuencial e integrada de diversas tareas, lo que implica que en éste se indique de manera concreta y precisa el conjunto de las diferentes actividades que hay que realizar para alcanzar los objetivos.

Metas

Éstas son los fines que se desea alcanzar con la realización del programa y deben ser cuantificables y alcanzables. Se deben enunciar cuantitativamente y especificar el porcentaje que se desea conseguir, tomando en cuenta que en algunas metas puede ser utópico fijarnos el logro de 100 por ciento. La diferencia de meta y objetivos es que estos últimos son expresión cualitativa de ciertos propósitos, si bien las metas son su traducción cuantitativa. Afirmar, por ejemplo: "disminuiremos el consumo de bebidas azucaradas", es un modo de enunciar un objetivo, por ello no basta. Es preciso determinar dónde, cuánto (en qué proporción, en este caso) y cuándo (en qué plazo), se pretende hacerlo. Si queremos traducir el objetivo antes enunciado en una meta, podría expresarse de la siguiente manera: "disminuiremos el consumo de bebidas azucaradas en los escolares de la escuela primaria x, de 14% a 7%, en el término de un año". El objetivo así definido, precisado en tiempo y lugar y con especificación del resultado, es lo que se denomina meta (Fausto Guerra *et al.*, 2012).

Determinación de los recursos necesarios

Todo programa necesita medios e instrumentos para alcanzar determinados objetivos y esos instrumentos y medios requieren recursos humanos, financieros, materiales y técnicos. Cuando éstos no se tienen, pero hay disponibilidades financieras suficientes, se debe prever en qué tiempo se dispondrá de los recursos necesarios para llevar a cabo el programa. Si estas previsiones no se toman en tiempo oportuno, puede producirse una serie de problemas por falta de medios técnicos, insuficiencia de recursos humanos o escasez de medios materiales.

1. *Material didáctico:* los medios didácticos y los recursos humanos estarán en función de la disponibilidad económica y de las características del programa.
2. *Financieros:* se hace un estimado de los ingresos posibles y del costo total del desarrollo del programa.
3. *Humanos:* Para desarrollar cualquier tipo de programa, hay que disponer de personas adecuadas y capacitadas. Las que participen en la instrumentación

del programa pueden formar parte del equipo específicamente constituido para tal fin, o bien a partir de los recursos humanos disponibles.

Determinar tiempo y duración

Se trata de precisar el tiempo requerido para realizar cada actividad y el tiempo total de la instrumentación del programa. El tiempo que toma la ejecución total de un programa y de sus diferentes etapas, depende de las metas que se han propuesto y de los recursos disponibles; ello es precisamente lo que condiciona el ritmo y la velocidad. Pero, en los programas participativos, el tiempo y el ritmo se establecen teniendo en cuenta también a la gente que participa en el programa; su capacidad de innovación, el deseo o la resistencia a cambiar, su grado de conciencia y organizacional, todos ellos, factores condicionantes.

Además, en el ritmo de realización de un programa el respaldo político incide de una manera fundamental. También condiciona el ritmo de ejecución, la posible resistencia por parte de los grupos y sectores cuyos intereses y privilegios se ven afectados por la realización del programa y toda otra serie de circunstancias coyunturales ajenas a las posibilidades de previsión de parte del planificador. De ahí que estrechamente ligado a todas estas cuestiones se plantea el problema de la estrategia (Fausto Guerra *et al.*, 2012).

La evaluación del programa

La evaluación es una herramienta útil que nos ayuda a mejorar la calidad de nuestro trabajo, la calidad de nuestros resultados y nuestra comprensión de aquello que pasa. Constituye una fase en el ciclo de la programación, una fase que acompaña y que continúa después de la instrumentación de un programa educativo en nutrición. Su propósito es reunir informaciones cuantitativas o cualitativas, hacer observaciones directas, extraer conclusiones y proporcionar las explicaciones relativas a las actividades de educación en nutrición en un contexto dado.

Metodología de la evaluación

Aunque habitualmente se piensa en una evaluación final de los resultados, ésta debe estar presente desde las fases iniciales del programa. Por tanto, se recomienda evaluar el diseño, la efectividad y la eficiencia de los programas de educación en nutrición. Hay que considerar la educación en nutrición como una intervención dentro de la comunicación social y aplicar los métodos más

adecuados. En este apartado hay que definir qué tipo de evaluación se utilizará en el programa que se proponga.

La evaluación inicial o de diagnóstico de la situación de partida permite identificar los problemas y las necesidades educativas. La evaluación inicial dirige sus esfuerzos a comprender mejor cuáles son los determinantes, externos e internos, de los problemas nutricionales de las prácticas que la intervención educativa se propone influir y modificar.

La evaluación del proceso es otra dimensión de la evaluación que permite realizar un seguimiento continuado de cada una de las fases de desarrollo del programa valorando los contenidos, metodología empleada, tiempo dedicado, materiales de apoyo utilizados, la asignación de recursos y la puesta en marcha de actividades.

La evaluación del impacto permite conocer la posible modificación de conductas o comportamientos alimentarios adoptados como consecuencia del proceso de intervención. Se analizan desde tres vertientes: los conocimientos alcanzados, los cambios de actitud y el desarrollo de habilidades relacionadas con la promoción de una alimentación más adecuada.

La evaluación final o de resultados permitirá valorar los logros alcanzados e incluso su repercusión a largo plazo por medio de la evaluación del estado de salud, con la cuantificación de las estadísticas de morbilidad, mortalidad y determinación de la mejora de la calidad de vida (Aranceta Batrina, 2001b).

Bibliografía

ADDINE, F. (1998). "Didáctica y optimización del proceso de enseñanza-aprendizaje". *Pueblo y Educación*. La Habana: IPLAC.

AGUIRRE P. (2000). "Aspectos socio antropológicos de la obesidad en la pobreza". En: M. Peña, J. Bacallao (eds.). *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública.* (pp. 13-25). Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica, 576). Disponible en: http://www. bibliomed. com/ book/ showdoc. cfm?bookid= 125&bookc atid=54&b ookch ptrid=7

ALARCÓN, F. (1993). "Salud Reproductiva"; Introducción. En Memorias de la Jornada Conmemorativa del Cincuentenario. La Medicina en el IMSS; Reflexiones sobre su Trascendencia y Porvenir. *Revista Médica del IMSS*, 31. (pp. 47-48). México.

ALDANA, C., Y NÚÑEZ, C. (2002). "Educación popular y los formadores políticos". *Cuadernos de Formación para la práctica democrática 3*. Guatemala: Instituto Centroamericano de Estudios políticos [INCEP]. Pp. 10-28.

ALFARO, N. (2013). "Salud sexual y reproductiva. Implicaciones en la salud materno infantil". En: L. G. Malagón & M. A. Moncayo (ed.), *Salud Pública. Perspectivas.* Editorial Médica Panamericana.

ANDER-EGG E. (1971). *Introducción a las técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Humanitas.

_____ (1985). *Técnicas de reuniones de trabajo.* Buenos Aires: Humanitas.

_____ (1991). *Introducción a la planificación.* Madrid: Siglo XXI.

_____ Y AGUILAR, M. J. (1995). *Diagnóstico Social, conceptos y metodologías.* Buenos Aires-México: Lumen Hvmanitas.

ARANCETA BARTRINA, J. (2001a). "Educación nutricional". En: Serra Majem L. *et al.* (ed.). *Nutrición y Salud Publica.* Barcelona: Ed. Masson.

ARANCETA BATRINA, J. (2001b). "Evaluación de programas de nutrición". En: *Nutrición comunitaria*. 2ª ed. Barcelona: MASSON.

ARANCETA BATRINA, J. (2001c). "Planificación y diseño de programas de nutrición". En: *Nutrición comunitaria.* 2ª ed. Barcelona: Masson.

ARROSI, J. C., ANDUEZA, E. B., SOMMERFEL, I. E., ZERDA, P. N., ANCINA, J. R. Y MAMONDEZ, C. A. (1893). *Educación para la Salud Aspectos básicos conceptuales. Guía de programación.* Buenos Aires: Dirección de Educación para la Salud/ Subsecretaría de Programas de Salud.

ASTORGA, A., Y VAN DER BIJL (1991). *Manual de diagnóstico participativo.* Buenos Aires: Hvmanitas/CEDEPO.

ÁVILA-CURIEL, A., CHÁVEZ-VILLASANA, A., SHAMAH, T. Y MADRIGAL-FRITSCH, H. (1993). "La desnutrición infantil en el medio rural mexicano: análisis de las encuestas nacionales de alimentación". *Salud Pública de Mex.,* 35.

BARQUERA, H. (1987). "Guía de Investigación Campesina, Autodiagnóstico". *Cuadernos del Centro de Estudios Agrarios 3*. México: CREFAL.

BARQUERA S., TOLENTINO L. Y RIVERA-DOMARCO, J. (2006). *Sobrepeso y Obesidad, epidemiología, evaluación y tratamiento.* México: Instituto Nacional de Salud Pública.

BARREIRO, J. (1974). *Educación Popular y proceso de concientización.* Buenos Aires: Siglo XXI.

BARRIENTOS-PÉREZ, M. Y FLORES-HUERTA, S. (2008). "¿Es la obesidad un problema médico individual y social? Políticas públicas que se requieren para su prevención". *Boletín médico del Hospital Infantil de México, 65*(6): 639-651. Recuperado en 19 de agosto de 2014, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600019&lng=es&tlng=es.

BONFIL-G. (1962). "Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán. (Un ensayo de antropología aplicada)". México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

BRAY, G. A. (1990). "Obesity: Historical development of scientific and cultural ideas". *Int J Obes Relat Metab Disord, 14:* 909-926.

BREIHL, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e intercultural.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

BRINDIS, C. D., LASKI, L. (1997). *Evaluación de Programas de Salud.* México: McGraw. Pp. 59-74.

BRONFMAN, M. (1994). "Multimortalidad y estructura familiar". En: V. Salles y E. MacPhail (ed.), *Nuevos textos y renovados pretextos.* (pp. 353-380). México: Colmex.

BUSS, P. M. (2000). "Promoção da Saúde e qualidade de vida". *Ciência & Saúde Coletiva.*; 5(1):163-178.

BUSS, P. M. (2003). "Uma introdução ao conceito de Promoção à Saúde". En: D. Czeresnia, & C. M. Freitas CM, (org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Río de Janeiro: Fiocruz.

CARDONA, J. A., RUIZ. R. A., ÁVILA, R. E. Y MADRAZO, M. (1997). *La Salud Reproductiva en la seguridad social: Un enfoque integral ante la reforma del sector salud en México.* México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

CHAPELA, M. C. Y JARILLO, E. (2001). "Promoción de la salud. Siete tesis para el debate". *Cuadernos médico sociales,* 79: 59-69

CONSEJO NACIONAL DE FOMENTO EDUCATIVO [CONAFE] (2010). *La planeación, diseño y evaluación en educación inicial. Promotor educativo.* México: SEP.

CONTRERAS HERNÁNDEZ, J. (2005). "La obesidad: una perspectiva sociocultural". En: La imagen corporal, entre la Biología y la Cultura: antropología de la alimentación, nutrición y salud (pp. 35). *Cuadernos de Antropología, 27.* Donostia-San Sebastián: Eusko Ikaskuntza.

CÓRDOVA, J. A. (2009). "Sobrepeso y obesidad, problemas de salud pública en México". *Cirugía y Cirujanos, 77* (6): 421-422.

CORVALÁN, H. (COORD.) (1979). *Salud reproductiva: políticas y gerencia social.* Chile: OPS.

COUNTDOWN COVERAGE WRITING GROUP. (2010). "Decade report (2000-2010)". *Countdown to 2015 decade report (2000 -2010) with country profiles. Taking stock of maternal, newborn and child survival.* Washington, D. C.

CHISTROPHER, E. (1993). "Enfermedades Transmitidas Sexualmente y la Salud Reproductiva de las Mujeres en países en vías de desarrollo". *Population Council, Región para Latinoamérica y el Caribe.* Documento de Trabajo, 27, México.

DE LA RIVA, F. (2003). *Pre-supuestos participativos.* Recuperado el 15 de diciembre del 2003 de www.crac.redasociativa.org.

DE MIGUEL, F. (1993). "La IAP: Un paradigma para el cambio social. Documentación Social". *Revista de Estudios sociales y de sociología aplicada.* Julio-septiembre. (92): 91-108.

DERECHOS HUMANOS (2003). *Resolución Comisión de Derechos Humanos: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.* Consultado el 1 de junio del 2011. UNFRA América Latina y el Caribe. Disponible en: http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/2024.

DONOHEW, L., SYPHER, H., E. Y BUKOSKI, W. J. (1991). *Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention.* Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates/Hillsdale.

DURÁ, T. (2006). "Influencia de la educación nutricional en el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil". Nutr. Hosp. v.21 (3):307-312. [Internet]. [Consultado en Julio 2013). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000300004&lng=es

ELIZALDE, A. (1993). "La investigación acción participativa y del diagnóstico de las necesidades comunitarias". *Documentación Social. Revista de Estudios sociales y de sociología aplicada,* 92: 121-40.

ESCALANTE, G. P. (2004). "El México antiguo". En: G. P. Escalante, M. B. García, L. Jáuregui, J. Z. Vázquez, G. E. Speckman, J. Garciadiego y A. L. Áboites (ed.). *Nueva historia mínima de México.* México: El Colegio de México.

FALS BORDA, O. (1980). "La ciencia y el pueblo: nuevas reflexiones sobre la investigación-acción". En: *La sociología en Colombia: balance y perspectivas: Memorias del Tercer Congreso Nacional de Sociología.* Bogotá: Guadalupe. Pp. 149-174.

_____ VIO GROSSI, F., GIANOTTEN, V. Y WIT, T. (1981). *Investigación participativa y praxis rural nuevos conceptos en educación y desarrollo comunal.* Lima: Mosca Azul.

FAUSTO GUERRA, J. (2012). "Consideraciones Previas para la elaboración de programas de educación alimentaria". En: Luz E. Pale Montero, Laura L. Buen Abad Eslava (eds.). *Educación en alimentación y nutrición.* Distribuidor Intersistemas.

_____ VALDEZ LÓPEZ, R. M., ALDRETE RODRÍGUEZ, M. G., LÓPEZ ZERMEÑO, M. C. (2006). "Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México". *Investigación en Salud, 8*, (2): 91-94.

FERREIRA, F. (1968). *Teoría Social de la Comunidad.* España: Católica.

FISCHLER, C. (1979). "Gastro-nomie et gastro-anomie: sagesse du corps et crise bioculturelle de l'alimentation moderne". *Communications, 31*; pp. 189-210.

FLANDRIN, J. L. Y MONTANARI, M. (1996). *Histoire de l'alimentation.* París: Fayard.

FOX, K. R. Y HILLSDON, M. (2007). "Physical activity and obesity", *Obesity reviews 8 (Suppl. 1):* 115–121. Oxford: The International Association for the Study of Obesity.

GAJARDO, M. (1985). *Teoría y Práctica de la Educación Popular.* México: CREFAL.

GARCÍA BARRENO, P. (2007). "Gordos y Flacos". *Rev. Real Académica de Ciencias Exactas Físicas y Naturales, 101* (2).

GARCÍA R., H. (1991). *Cocina Prehispánica Mexicana: la comida de los antiguos mexicanos.* México: Panorama.

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL. (1999). *Manual de la Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Manual de grupos de autoayuda.* México. ISBN 968-816-222-1.

GÓMEZ, F. (2003). Desnutrición. *Salud Pública de México, 45,* supl. (4): S576-582.

GONZÁLEZ BARRANCO, J. (2002). "Obesidad: problema de salud pública en México". *Nutrición Clínica 5 (4)*: 213-218.

GONZÁLEZ, R. (2009). "La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la salud". *Med Soc; 4(2):135-143.*

GREEN, L. Y KREUTER, M. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach.* 2ª ed. Mountain View, CA: Mayfield.

GREENWOOD, D., WHYTE, W. Y HARKAVY, I. (1993). "Participatory Action Research as a Process and as a Goal". *Human Relations, 46 (2)*:175-192.

GURNEY, E. Y RODMAN, H. (1965). "Los niveles de aplicación de la medicina preventiva". En: H. R. Leavell y E. G. Clark (eds.), *Preventive medicine for the in his community.* 3ª edidición.

GUTIÉRREZ, J. P., RIVERA, J., SHAMAH, T., OROPEZA, C., & HERNÁNDEZ M. (COORD.) (2012). *Encuesta de Salud y Nutrición 2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. (Consultado en marzo, 2014). Disponible en: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf

HARRIS, M. (1989). *Bueno para comer. Enigmas de alimentación y cultura.* Madrid: Alianza.

HAUSBERG, M. Y WACSMAN, R. (2000). "Participación de la comunidad en la problemática de la salud. Un modelo interdisciplinario de investigación acción". *Rev. Latino-am.enfermagem 8(1):*123-130.

HOVLAND, C. I., JANNIS, I. L. Y KELLEY, H. H. (1953). *Communication and persuasion.* New Haven, C., N.: Yale University Press.

HYNDMAN, B. (1998). *The evolution of Health Promotion. Health Promotion in action: a review of the effectiveness of Health Promotion strategies.* Toronto: Centre for Health Promotion/ Participation.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA [INEGI]. (2012). *Causas de defunción: defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2012* [Internet]. Disponible en: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587

INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN. (1976) "La desnutrición y la salud en México". Recopilación de investigaciones epidemiológicas en el medio rural. Publicación L-34, México D.F. División de nutrición.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA [INSP]. (2000). *Encuesta Nacional de Nutrición ENN 1999,* Tomo 1. Resultados niños menores de 5 años. México.

ISUNZA-VERA, A. (2004). *La obesidad en la pobreza. Violación al derecho a la alimentación.* (Posgrado a distancia en Obesidad). Universidad de Favaloro. Disponible en http://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/ob04-02.pdf

JAMES, W., PHILLIPH T., JACKSON-LEACH, R. Y RIGBY, N. (2010). "An International Perspective on Obesity and Obesogenic Environments". En A. Lake, T. G. Townshend y S. Alvanides (eds.) *Obesogenic environments: complexities, 109 perceptions, and perceptions, and objective measures.* Oxford: Blackwell.

JARA, O. (1984). "La aplicación del método dialéctico en la investigación participativa en la educación popular". En: V. Gianotten y T. Wit. (org.), III Seminario Latinoamericano de Investigación Participativa. Santiago: CEAL. Pp. 1-18

KEGELES, S. (1980). "The health belief model and personal health behavior". *Social Sciencie and Medicine* 14C: 227-229.

LABONTE, R. Y PENFOLD, S. (1981). "Canadian perspectives in health promotion: a critique". *Health Education;* 19(3/4):4-9.

LALONDE, M. (1974). *New perspective on the health of the Canadians*. Ottawa: Ministry of Health and Welfare.

LAVÍN, P. A. Y VILLAR, J. (1990). *Metodología, propuesta para la identificación de prioridades de investigación en salud reproductiva.* Habana.

LEVENTHAL, H., ZIMMERMAN, R. Y GTUMANN, M. (1984). "Compliance: a self- regulation perspective". En D. Gentry (ed.), *Handboock of Behavioral Medicine.* New York: Guilford Presss.

LIMA, B. (1983). *Epistemología del Trabajo Social.* Buenos Aires: Humanitas.

LORETO, G. O. (2013). "Evaluación del efecto de una intervención basada en el acuerdo nacional para la salud alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y obesidad y su plan de acción en el contexto escolar, en la prevalencia del sobrepeso, obesidad, y en los patrones de consumo de refrigerio escolar y actividad física de escolares en Guadalajara". Tesis para la obtención de grado de Doctor en Ciencias de la Salud Pública. Universidad de Guadalajara.

LOWE, M. R., BOCARSLY, M. E. Y DEL PARIGI, A. (2008). "Human Eating Motivation in Times of Plenty: Biological, Environmental, and Psychosocial Influences". En Ruth B.S. Harris y Richard Mattes (ed.), *Appetite and food intake: behavioral and physiological considerations.* Florida: CRC Press.

MARTÍNEZ, J., CASTELLANOS P. L. Y MERMET, P. (1998). "Los procesos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales". *Salud Pública,* Madrid: MC Graw Hill.

MAYA, J. I. (2001). "La intervención social planificada". En F. Loscertales y T. Núñez. (coords.), *Comunicación y habilidades sociales para la intervención en grupos.*

Módulo 10: Evaluación y diseño del proyecto de intervención. CD Interactivo. España: Universidad de Sevilla.

MCALLISTER, C. L., GREEN, B. L., ANN TERRY, M., HERMAN, V. Y MULVEY, L. (2003). "Parents, Practitioners, and Researchers: Community-Based Participatory Research with Early Head Start". *American Journal of Public Health, 93(*10): 1672-1679.

MÉNDEZ, M. A., GARCÍA-ESTEBAN, R., GUXENS, M., VRIJHEID, M., KOGEVINAS, M., GOÑI, F., FOCHS, S. Y SUNYER, J. (2011). "Prenatal Organochlorine Compound Exposure, Rapid Weight Gain, and Overweight in Infancy". *Environmental Health Perspectives,* 119 (2):272-278. doi:10.1289/ehp.1002169.

MERCEDES, B. C. Y ROCA, F. A. (1998). *Manual de Formación de Instructores de Educación para la Salud. Santiago, Chile*: Ministerio de Salud. Pp. 53.

MINKLER, M. (1989). "Health education, health promotion and the open society: an historical perspective". *Health Education Quarterly,* 16(1):17-30.

MODENA, M. E. (1990). *Madres, médicos y curanderos: Diferencia cultural e identidad ideológica.* México: Casa Chata.

MONTEIRO, C. A., MOURA, E., CONDE W. Y POPKIN B. (2004). "Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review". *Bulletinof the World Health Organization,* 82 (12): 940-946.

MONTERO, M. T. (1990). "Investigación Educativa: Los Enfoques Participativos". *Siglo XXI Perspectivas de la Educación desde América latina,* 1 (12): 8-32.

MONTERO, J. C. (2001). *Obesidad. Una visión antropológica.* Fac. Medicina: Universidad de Buenos Aires. Disponible en www.ama.med.org.ar/obesidad/antropologia

MORALES P, ADAUCIO. (2010) Visión epistemológica de la obesidad a través de la historia. Comunidad y Salud, Maracay, v. 8, n. 2. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932010000200011&lng=es

MORENO, J. L. Y ESPADAS, M. (1998). "Investigación Acción Participativa". Mimeo.

MORLACHETTI, A. (2007). "Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos". *CEPAL-CELADE*. *Notas de población: 85:* pp. 63-95.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. (AGOSTO, 1945). "Recommended Dietary Allowances National". *Research Council Revised.* Reprinted and circular series, 122. Washington D.C.

NOGUEIRA CORREIA, M. C. (2005). *Metodología do diagnostico participativo.* Bahia: Universidad de Estadual de Feira de Santana.

OLAIZ, G., RIVERA-DOMMARCO, J., SHAMAH, T., ROJAS, R., VILLALPANDO, S., HERNÁNDEZ, M. Y SEPÚLVEDA, J. (2006). Encuesta *Nacional de Salud y Nutrición 2006.* Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS]. (1978). *Salud para todos. Declaración de Alma Ata.* Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

_____ (1979). *Atención Primaria de Salud.* Informe Oficial del Director de Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Washington, D.C.

_____ (1984). *Documento de Discusión sobre el concepto y los principios de la promoción de la salud.* Oficina Regional de la OMS para Europa. Washington, D.C.

_____ (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá.

_____ (1988). International Conference on health Promotion. *Healthy Public Policy: Strategies for action. Adelaida:* CommonHealth Department of Community Services Health Australia.

_____ (1991). *3ra Conferencia de Promoción de la Salud.* Sundsvall, Suecia: OMS.

_____ (1997). *Declaración de Yakarta adoptada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud.* Recuperado el 9 Octubre del 2006 del sitio web de la OMS: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf

_____ (2000). *5ª Conferencia de Promoción de la Salud.* México: OMS.

_____ (2004). *57ª Asamblea Mundial de Salud. A57/13*. Consultado el 7 de julio del 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/21233/1/A57_13-sp.pdf?ua=1.

_____ (2005). *6ª Conferencia de Promoción de la Salud*. Bangkok: OMS.

_____ (2009a). *Comisión sobre determinantes Sociales de la Salud. Informe Final.* Ginebra, Suiza [Citado: 1 de junio 2011]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.

_____ (2009b). *Subsanar desigualdades en una generación.* Buenos Aires, Argentina: OMS.

_____ (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, Ginebra: Suiza.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS], FUNDACIÓN W.K. KELLOG. (2001). Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPD]. (1965). Programación y Salud Pública. Programación de la Salud. *Publicaciones científicas (111):* 1-20. Washington, D.C.

_____ (1990). *Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud.* Washington, D.C.: OPS. Pp. 105.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO [OCDE-OECD]. (2014). *Obesity Update* [Internet]. Disponible en http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2014.pdf

OROZCO, E. (2002). *El acordeón; apuntes para coordinadores de grupo.* Guadalajara: IMDEC.

ORTIZ HERNÁNDEZ L. Y JAMSSEN I. (2014). "Social disorder, physical activity and adiposity in Mexican adults: Evidence from a longitudinal study". *Rev. Health & Place 30.*

PALOMINO MORAL P. A., GRANDE GASCÓN M. L., LINARES ABAD M. (2014). "La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI". *Revista Internacional de Sociología (RIS).* Vol. 72, extra 1, 71-91. ISSN: 0034-9712.

PARDO, V. G. (1997). "Técnicas e Instrumentos para Recolectar Información". *En Investigación en Salud: Factores sociales.* (pp. 230-270). Mc Graw Hill: ISBN: 9586006484.

PÉREZ HIDALGO, C. (1976). *Encuesta Nutricionales de México*, Vol. II: Estudio de 1963 a 1974. México, D.F.: División de Nutrición del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

PINDER, L. (1988). "From A new perspective to the Framework: a case study on the development of Health Promotion policy in Canada". *Health Promotion 3(2):* 205-212.

PINEAULT, R. Y DAVELUY, C. (1995). *La planificación Sanitaria. Conceptos métodos y estrategias*. 2ª ed. Barcelona: Masson S.A. pp.1-41

POWERS, P. S. (1980). "Social and cultural factors in obesity". En: P. S. Powers (ed). *Obesity. The regulation of weight.* (pp. 201-243). Baltimore: Williams and Wilkins.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C. Y NORCROSS, J. C. (1992), "In search of how people change: Applications to addictive behaviours". *American Psychology,* 47: 1102-1114.

PRÜSS-USTÜN, A. Y CORVALÁN, C. (2006). *Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente.* Organización Mundial de la Salud.

RAERBURN, J. Y ROOTMAN, I. (1998). *Promoción de la salud centrada en las personas.* Toronto: John Wiley & Sons.

REYES ZAPATA, H. (2014). "Situación Actual de la salud materna". Secretaría de Salud: 94ª Reunión Ordinaria del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México.

RIMER, B. K. (1990). "Perspectives on intrapersonal theories in health education and health behavior". En: K. Glanz, F.M. Lewis y B.K. Rimer (eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 140-158). San Francisco: Jossey-Bass.

RIVERA-DOMMARCO, J. Y CASANUEVA, E. (1982). "Identificación y definición de desnutrición". En *Estudios epidemiológicos sobre desnutrición infantil en México 1900-1980.* México: Instituto Mexicano del Seguro Social. (ISBN 968-824-142-3).

RIVERA-DOMMARCO, J., SHAMAH, T., VILLALPANDO, S., GONZÁLEZ DE COSSIO, T., HERNÁNDEZ, B. Y SEPÚLVEDA, J. (2001). *Encuesta Nacional de Nutrición 1999: Estado Nutricio en Niños y Mujeres en México.* Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública. ISBN 968-6502-54-8. 320.

RIVIÈRE, A. (1987). *El sujeto de la psicología cognitiva.* Madrid: Alianza.

ROCHON, A. (1992). *Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto.* Barcelona: Masson.

ROGERS, E. M. (1983). *Diffusion of innovations.* 3ª ed. New York: Free Press.

ROSENSTOCK, I. M. (1966). "The health belief model and preventive health behavior". *Health Education Monographs.*

ROSENSTOCK, I. M. (1988). "Social learning theory and the health belief Model". *Health Education Quarterly 15 (2)*: 175-85.

ROOTMAN, I. (1992). *Health Promotion: past, present and future.* Toronto:

Participaction Programe/Centre for Health Promotion.

Róvere, M., (1993). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud.* Washington D.C.: OPS.

Sanabria, G. y Benavides, M. (2003). "Evaluación del movimiento de municipios por la salud. Playa 2001". *Rev. Cubana Salud Pública, 29(2)*: 139-146.

Secretaría de Educación Pública (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategias contra sobre peso y obesidad.* México: SEP.

Secretaría de Salud. (2013a). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes* [Internet]. México, D. F.: IEPSA, Entidad paraestatal del Gobierno Federal. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

_____ (2013b). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018.* México: IEPSA, Entidad paraestatal del Gobierno de la República. Consultado el 4 de julio del 2014. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html.

Sepúlveda, A. J., Lezana, M. A., Tapia, R., Valdespino, J. L., Madrigal, H. y Kumate, J. (1990). "Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: resultados de una encuesta probabilística nacional". *Gac. Med. Mex. (1 26):* 207-225.

Serra Majem, L. (2001). "Planificación y programación". En: Serra Majem L. *et al.* (ed.). *Nutrición y Salud Pública.* Barcelona: Masson.

Serra Majem, L., Ribas Barba L., Aranceta Bartrina, J., Pérez Rodrigo, C., Saavedra Santana, P. y Peña Quintana L. (2001). *Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio en Kid (1998-2000).* Vol. 12. Barcelona, España: U.S. Department of Health and Human Services.

Smith, W., Helquist, A. B., Jimerson, A. B., Carovano, K. y Middlestadt, S. E. (1993). *A world against* AIDS. Washington, DC: Academy for Educational Development.

Stunkard, A. J., Lafleur, W. R. y Wadden, T.A. (1998). "Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe". Int *J Obes Relat Metab Disord,* 22: 1141-1144.

Szasz, I. (1999). Memorias del Seminario de Sexualidad y Género (1993-1997). Programa de Salud Reproductiva y Sociedad. *Reflexiones; Sexualidad, Salud y Reproducción*, 2(9).

_____(2003). "Pensando en Salud reproductiva de hombres y mujeres". En M. Bronfman y C. Deman (Ed.), *Salud Reproductiva.* (pp.35-58). México: INSP.

Urbina Fuentes, M. y González Block, M. A. (2013). "La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas". Simposio sobre determinantes sociales de la salud. Academia Nacional de Medicina. México.

Valadez, I., Villaseñor, M. y Alfaro, N. (2004). "Educación para la salud: la importancia del concepto". *Revista de Educación y Desarrollo,* 1:43-48. ISSN: 1665-3572.

Valadez, I., Alfaro, N. y Fausto, J. (2005). *La Educación Popular en la aceptación del concentrado de alfalfa como enriquecimiento nutricional de los alimentos: Una experiencia de trabajo comunitario.* México: Quadrata Diseño.

VALVI, D., CASAS M., MÉNDEZ, M. A., BALLESTEROS-GÓMEZ, A., LUQUE, N., RUBIO, S., SUNYER, J., VRIJHEID, M. (2013). Prenatal bisphenol a urine concentrations and early rapid growth and overweight risk in the offspring. *Epidemiology 24 (6):* 791-9. doi: 10.1097/EDE.0b013e3182a67822.

VILLASEÑOR, F. M. (2006). "Saber popular y autoatención en salud reproductiva de un grupo de mujeres de Guadalajara. Investigación participativa en la unidad Colón-Infonavit" (Tesis para la obtención del grado de Doctorado en Ciencias de la Salud Orientación Sociomédica). Universidad de Guadalajara.

VIVÓ J. A. (1943). "Los límites biogeográficos en América y la zona cultural Mesoamericana". *Revista Geográfica, 3*: 109-131.

WALLERSTEIN, N. Y DURAN, B., (2006). "Usingcomunity-based participatory research to adress health disparities". *Health Promotion Practice, 7* (3): 312-21.

WERNER, D. Y BOWER, B. (1985). *Aprendiendo a Promover la Salud.* Palo Alto, California: Hesperion. Pp. 640.

WILCHES, J. L. (2008). "Participatory health diagnosis with an ecosystemic approach in the locality of La Nopalera. Yautepec". International fórum EcoHealth. December 1st-5th. Mérida, México (libro de resúmenes).

WILSON, J.Q. Y G. KELLING. (1982). "Broken Windows: The Police and Neighborhood Safety". *Atlantic Monthly March,* 211: 29-38.

Autores

JOSEFINA FAUSTO GUERRA

Licenciada en Trabajo Social, maestra en Ciencias de la Salud Pública, doctora en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Profesora e investigadora titular "C" tiempo completo en la Universidad de Guadalajara. Docente del programa del doctorado en Salud Laboral, Maestría en Ciencias de la Salud Púbica y Pregrado en la Licenciatura de Nutrición, Medicina, Odontología y de Enfermería de la Universidad de Guadalajara. Integrante del cuerpo académico Salud Materno Infantil. Línea de investigación: Procesos educativos en nutrición y Epidemiología y Servicios de Salud.

ISABEL DE LA ASUNCIÓN VALADEZ FIGUEROA

Licenciada en Medicina y Trabajo Social, maestra en Educación para la Salud, doctora en Ciencias Socio-Médicas por la Universidad de Guadalajara. Profesora investigadora titular "C" tiempo completo en la Universidad de Guadalajara. Profesora del Doctorado en Ciencias de la Salud y de la Maestría en Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Integrante del cuerpo académico Salud Materno-Infantil. Línea de investigación: Procesos educativos en salud.

NOÉ ALFARO ALFARO

Licenciado en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Maestro en Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Doctor en Epidemiología por la Universidad de Guadalajara y la Universidad de Washington. Posdoctorado en el Internacional Hewlett Fellowship en Salud reproductiva en el Center for Reproductive Health Policy Research. Profesor investigador titular "C" tiempo completo en la Universidad de Guadalajara. Director del Centro Comunitario de la Salud de las Juntas, Tlaquepaque. Jefe de Enseñanza y epidemiólogo de la Jurisdicción Sanitaria XII y jefe del Departamento de Investigación de la Secretaría de Salud, Jalisco. Coordinador del cuerpo académico consolidado en Salud Materno Infantil. Profesor de Metodología de Investigación e Investigación Epidemiológica en Enfermería. Docente del Posgrado en Ciencias de la Salud Pública.

ROSA MARÍA VALDEZ LÓPEZ

Licenciada en Trabajo Social, Maestría en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Profesora e investigadora del Centro de Investigación en Sistemas de Información y Gestión en Salud de la Universidad de Guadalajara. Docente de la materia de Salud Pública en la Licenciatura de Cultura Física y Deporte, Nutrición, Medicina, Odontología y Enfermería de la Universidad de Guadalajara. Integrante del cuerpo académico Sistemas de Información en Instituciones de Salud. Línea de Generación y Aplicación de Conocimiento, Sistemas de Salud en Instituciones Públicas y Privadas de los Servicios de Salud.

La obesidad en preescolares y escolares, un problema emergente. Metodología para el abordaje y desarrollo comunitario en salud materno infantil
se terminó de imprimir en septiembre de 2015
en los talleres de Pandora Impresores S.A. de C.V.
Caña 3657, La Nogalera, 44470 Guadalajara, Jalisco