

La complejidad de las relaciones psicosociales y los cambios presentados en las últimas décadas en materia de salud, han motivado respuestas que presentan distinto origen, alcance, metodologías de trabajo, eficacia y prospectiva de desarrollo.

En este contexto, la psicología de la salud, emerge y llega a posicionarse como una de las propuestas más sólidas en el campo de la salud. Su génesis y estado actual, obedecen a una serie de factores, entre los que se pueden destacar: las modificaciones en los estilos de vida de la población y el aumento en las prevalencias de las enfermedades crónicas; los altos costos de la atención a la salud y la necesidad de los sistemas sanitarios de actuar de manera preventiva, más que reactiva; el énfasis en las relaciones entre salud, bienestar, calidad de vida y desarrollo social; la implementación de políticas públicas de salud que abarquen extensiones amplias de la población en el marco de la equidad y la justicia social; finalmente, una concepción de la salud que promueve el trabajo interdisciplinario en la atención integral de los pacientes.

La presente obra se sitúa en este marco de referencia. Hace un recorrido de las principales tendencias y enfoques en la conceptualización de la salud, enfatiza las relaciones entre salud y conducta, analiza el trabajo de la psicología de la salud en las distintas etapas del ciclo vital, aborda intervenciones específicas de problemas de salud con alta incidencia en la población, como la diabetes, el estrés, el cáncer y el VIH/SIDA; analiza con detenimiento la relación entre educación, trabajo interdisciplinario en materia de atención y prevención y, aspectos centrales vinculados al quehacer del psicólogo de la salud en el marco de la ética profesional.

Fundamentos de psicología de la salud presenta un carácter sintético; ayuda en la formación profesional de los estudiantes de licenciatura y a la vez, sirve como un referente para distintos profesionales de la salud: psicólogos, médicos, enfermeras y otras especialidades, brindando contenidos teóricos, aspectos epistemológicos, estrategias de intervención, así como tópicos clínicos y de investigación, que servirán al lector para introducirse en este campo; retomando en una sola obra, aspectos centrales y de actualidad que diversas obras suelen reunir en volúmenes grandes o bien, encontrarse de manera dispersa.



Consortio de
Universidades
Mexicanas

www.pearsonenespañol.com



Pearson

Fundamentos de psicología de la salud

COORDINADOR:
JOEL ZAPATA SALAZAR

FUNDAMENTOS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Zapata

Pearson

Fundamentos de psicología de la salud



Fundamentos de psicología de la salud

Joel Zapata Salazar
(Coordinador)

Joel Zapata Salazar
Jana Petrželová Mazacová
Mayra Chávez Martínez
Gloria Margarita Gurrola Peña
Patricia Balcázar Nava
Alejandra Moysén Chimal
Julieta Concepción Garay López
María Dolores García Sánchez
Georgina Lozano Razo
Oliva Erendira Luis Delgado
Javier Zavala Rayas
Arturo Del Castillo Arreola
Scarlett Iglesias Hoyos
Angélica Romero Palencia
Gloria Solano Solano
Flor de María Erari Gil Bernal
Ana Olivia Ruíz Martínez
Ma. de Loudes Vargas Santillán
Fabiola González Betanzos,
María Elena Rivera Heredia
Nydia Obregón Velasco

Ferrán Padrós Blázquez
Luz Adriana Orozco Ramírez
Ariagor Manuel Almanza Avendaño
José Luis Ybarra Sagarduy
Rafael Armando Samaniego Garay
Isauro García Alonzo
Gonzalo Villanueva Ibarra
César Akim Erives Chaparro
Esteban Jaime Camacho Ruiz
Lilian Elizabeth Bosques Brugada
María del Consuelo Escoto Ponce de León
Manuel Leonardo Ibarra Espinosa
Rebeca Guzmán Saldaña
Maricela Guevara Cabrera
Claudia Solano Pérez
Jorge Castelán Meléndez
Patricia Lorena Martínez Martínez
Rebeca Treviño Montemayor
Salvador Fernández Martínez
María del Rocío Guzmán Benavente



Pearson



Universidad Juárez
del Estado de Durango

Comisión de
Universidades
Mexicanas

Datos de catalogación

Autores: Zapata Salazar, Joel (coord.)
Fundamentos de psicología de la salud
Primera edición
Pearson Educación de México, S.A. de C.V., 2016
ISBN: 978-607-32-3819-9
Área: Ciencias sociales
Formato: 17 x 24 cm Páginas: 376

Fundamentos de psicología de la salud

El proyecto educativo *Fundamentos de psicología de la salud* es una obra colectiva creada por un equipo de profesionales, quienes cuidaron el nivel y pertinencia de los contenidos, lineamientos y estructuras establecidos por Pearson Educación.

Dirección general: Sergio Fonseca ■ **Dirección de innovación y servicios educativos:** Alan David Palau ■ **Gerencia de contenidos y servicios editoriales:** Jorge Luis Iñiguez ■ **Coordinación de contenidos de Bachillerato:** Lilia Moreno ■ **Especialista en contenidos de aprendizaje:** Ma. Elena Zahar ■ **Especialista en contenidos de aprendizaje Jr.:** Xitlally Álvarez ■ **Gerencia de arte y diseño:** Asbel Ramírez ■ **Coordinación de arte y diseño:** Mónica Galván ■ **Diseño de portada:** Gráfica Alternativa ■ **Composición y diagramación:** Servicios Editoriales 6Ns.

Contacto: soporte@pearson.com

Primera edición, 2016

ISBN LIBRO IMPRESO: 978-607-32-3819-9

D.R. © 2016 por Pearson Educación de México, S.A. de C.V.
Avenida Antonio Dovalí Jaime #70
Torre B, Piso 6, Colonia Zedec Ed. Plaza Santa Fe
Delegación Álvaro Obregón, México, Ciudad de México, C. P. 01210

www.pearsonenespañol.com

Impreso en México. *Printed in Mexico.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 19 18 17 16

Agradecemos al Consorcio de Universidades Mexicanas (CUMex), por generar las condiciones para que la presente obra se llevara a cabo.

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de esta publicación pueden reproducirse, registrarse o transmitirse, por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea electrónico, mecánico, fotoquímico, magnético o electroóptico, fotocopia, grabación o cualquier otro, sin permiso previo por escrito del editor.



Pearson Hispanoamérica

Argentina ■ Belice ■ Bolivia ■ Chile ■ Colombia ■ Costa Rica ■ Cuba ■ República Dominicana ■ Ecuador ■ El Salvador ■ Guatemala ■ Honduras ■ México ■ Nicaragua ■ Panamá ■ Paraguay ■ Perú ■ Uruguay ■ Venezuela



Dictaminadores:

Dr. Felipe de Jesús Balderas

Dr. Jesús Francisco Laborin Álvarez

Dr. Jorge Castelán Meléndez

Dr. Marco Antonio Vázquez Soto

Dra. Ma. Isabel Barrera Villalpando

Dra. Elba Abril Valdez

Dra. Laura Barragán Ledesma

Dra. María José Cubillas

Mtra. María Teresita Castillo León

Mtro. Juan Oswaldo Martínez Sulvarán

Dra. Ana María López



Contenido

	Prólogo	ix
CAPÍTULO 1	Hacia la conceptualización de la psicología de la salud	1
	Introducción	1
	Entendiendo los modelos de salud	8
	Referencias	25
CAPÍTULO 2	Conducta y salud	29
	Introducción	29
	Conductas asociadas a las enfermedades cardiovasculares	32
	Conductas asociadas al cáncer	37
	Conductas asociadas a la diabetes <i>mellitus</i>	42
	Conductas asociadas al VIH/SIDA	48
	Referencias	52
CAPÍTULO 3	Factores protectores y de riesgo relacionados con el proceso de salud-enfermedad en adolescentes y adultos	57
	Introducción	57
	Factores de riesgo asociados al comportamiento sexual	59
	Factores de riesgo asociados a las adicciones	72
	Factores de riesgo asociados al suicidio	74
	Referencias	82
CAPÍTULO 4	La psicología de la salud en el ciclo vital	91
	Introducción	91
	Infancia	92
	Adolescencia	97
	Adultez	100
	Adultos mayores	106
	Conclusiones	112
	Referencias	112

CAPÍTULO 5	Estrés, apego y salud	119
	Introducción	119
	Estrés y afrontamiento	120
	Estilos de apego	124
	Apego, estrés y afrontamiento	127
	Afrontamiento desde la teoría del apego	130
	Diferencias individuales en afrontamiento	134
	Conclusiones	136
	Referencias	137
CAPÍTULO 6	El papel de la psicología en la salud mental comunitaria	141
	Introducción	141
	Salud mental	143
	Servicios de salud mental	148
	Salud mental comunitaria	150
	Aportaciones de la psicología en promoción y prevención	158
	Conclusiones	162
	Referencias	163
CAPÍTULO 7	La evaluación en psicología de la salud	167
	Introducción	167
	Definiciones y conceptualizaciones de la evaluación	168
	Delimitaciones y alcances de la evaluación	169
	La evaluación en psicología de la salud y su relación con la epidemiología	171
	Modelos en psicología de la salud	173
	Técnicas e instrumentos de evaluación en psicología de la salud	177
	Conclusiones	188
	Referencias	189
CAPÍTULO 8	La prevención en la psicología de la salud	197
	Introducción	197
	Prevención primaria	198
	Prevención secundaria	207
	Prevención terciaria	215
	Conclusiones	217
	Referencias	219
CAPÍTULO 9	Intervención psicológica en la diabetes <i>mellitus</i>. Una visión desde la intervención primaria	223
	Limitantes y alcances de la psicología de la salud en la intervención	223
	Estadios o fases del proceso de cambio	223
	Impacto psicológico de la diabetes <i>mellitus</i>	228
	El esquema de trabajo de la atención primaria para la intervención psicológica	229
	Modelos de intervención en diabetes <i>mellitus</i>	231
	Conclusión	247
	Referencias	247

CAPÍTULO 10	Enfermedades crónicas desde la óptica de la psicología de la salud: cáncer y VIH/SIDA	249
	Introducción	249
	Intervención psicológica en pacientes con cáncer	250
	Enfermedades crónicas desde la óptica de la psicología de la salud VIH/SIDA	263
	Conclusiones	274
	Referencias	275
<hr/>		
CAPÍTULO 11	Educación para la salud y prevención de la enfermedad	279
	Introducción	279
	La salud y sus determinantes	280
	Promoción de la salud	281
	Prevención	283
	Protección de la salud	285
	Educación para la salud	286
	El papel del educador para la salud y la reducción de las desigualdades	290
	El psicólogo de la salud y las políticas públicas en materia de salud	294
	Conclusiones	297
	Referencias	299
<hr/>		
CAPÍTULO 12	El psicólogo de la salud y otros profesionales de la salud	303
	Introducción	303
	Conceptualización del equipo de salud	304
	Conceptualización de disciplina, multidisciplina e interdisciplina	305
	Multidisciplina	306
	Psicología de la salud y la multi e interdisciplina	309
	Nociones básicas de multi e interdisciplinariedad en la psicología de la salud	314
	Conclusiones	320
	Referencias	322
<hr/>		
CAPÍTULO 13	Psicología de la salud: ética profesional	325
	Introducción	325
	Preámbulo para una ética de la psicología de la salud	326
	Ética y psicología de la salud	333
	Los quehaceres éticos del psicólogo de la salud	343
	Conclusiones	359
	Referencias	360



Prólogo

La invitación para escribir las primeras letras de este libro —*Fundamentos de psicología de la salud*— me ha permitido reconocer y disfrutar su contenido, el cual es completo y sencillo de comprender en el campo de la psicología de la salud. Los autores de cada uno de los capítulos son colegas y compañeros de esta disciplina. Como primera aproximación quiero mencionar que la salud es una prioridad del ser humano ante cualquier circunstancia y en todo momento. Esta obra responde a las necesidades actuales que como investigadores, estudiantes o lectores interesados en la temática de salud tenemos al respecto.

La salud, en los últimos años, ha cobrado especial interés, pues la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que esta “es un estado de bienestar físico, mental y social”. Estos parámetros son tan amplios que tendríamos que definirlos con precisión para lo cual es necesario revisar a profundidad su conceptualización, así como se menciona en el primer capítulo del libro; en éste se hace una aclaración del término pero, además, se clarifica la razón de ser de la psicología de la salud, de la cual quiero hacer especial énfasis en el objeto de estudio, “la salud”. Ésta, como ya lo dije, es un “estado”, “momento” en el que los seres humanos podemos sentir —lo cual hace que sea un proceso cualitativo de forma integrada— un equilibrio entre lo físico y lo psíquico teniendo una relación intrínseca entre ambos. Esta relación desde Descartes se ha estudiado y se ha alimentado; si bien, en aquellos tiempos se hablaba de una dualidad, ahora hemos avanzado a una relación “biopsicosocial” en la cual convergen estos tres elementos.

Dichos principios están estrechamente vinculados a la definición que la OMS desarrolla, motivo por el cual este modelo teórico cobra especial interés en la investigación, porque la mirada es biológica, psíquica y contextual o social. Cuando se logra entender la salud a partir de esta mirada teórica se puede comprender y atender con mayor certeza. Del mismo modo, cuando pretendemos realizar investigación en esta área, es necesario comprender el fenómeno desde su origen para trabajar en su conceptualización o bien en la prevención de la enfermedad; dado que en ocasiones terminamos trabajando únicamente con la enfermedad y da la impresión de que no podemos hacer a un lado el binomio salud-enfermedad, estamos atravesados por esta idea milenaria de Descartes. Por ello, me parece necesario trasladarnos a los modelos teóricos más actuales, en los cuales la comprensión de la salud traspase los escenarios visibles de la enfermedad. Las investigaciones que se presentan en este libro pretenden evidenciar estos aspectos para llegar a una prevención real y pertinente de las problemáticas actuales.

Por último, será necesario pensar cuáles son los retos a los que nos enfrentamos como individuos en esta sociedad que avanza a pasos agigantados en ámbitos tecnológicos, pero en los sociales o alimentarios existen muchas incongruencias que hacen que los estilos de vida se transformen de manera acelerada, provocando nuevas enfermedades en las que se tiene que intervenir directamente sin poder pasar por la prevención. Los cambios tan repentinos y estructurales exigen que los seres humanos estemos preparados para hacerles frente, en especial los profesionales de la salud.

Iris Rubí Monroy Velasco

CAPÍTULO 11

Educación para la salud y prevención de la enfermedad

Esteban Jaime Camacho Ruiz • María del Consuelo Escoto Ponce de León
• Manuel Leonardo Ibarra Espinosa • Lilian Elizabeth Bosques Brugada

Introducción

La educación es un elemento fundamental en la salud de las personas. Se ha documentado que quienes están más expuestos a una mala salud no son únicamente los más pobres, sino quienes tienen el menor nivel de educación (Instituto de la UNESCO para la Educación, 1999). En este sentido, en las últimas décadas han cambiado los puntos de vista de la salud. Desde que en la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud (OMS, 1978) y en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (OMS, 1986) se identificó el papel esencial de la educación para la salud, ha habido un progreso considerable en el mejoramiento de la salud mundial, marcando cambios significativos en la perspectiva tradicional del modelo médico a una perspectiva de bienestar que se centró en avanzar hacia un buen estado de salud y bienestar. La práctica de la educación para la salud y la promoción de la salud ha evolucionado de un campo mal definido a una profesión emergente en relación con una considerable base teórica e histórica. Este cambio de perspectiva ha obligado a los profesionales de la salud, como los psicólogos, a acercarse más a lo que la salud puede significar para una persona sana y a la elaboración de programas para ayudarlas a alcanzar su bienestar.

A mediados de la década de los noventa, se aceptaba que la salud estaba influida por la interacción multidimensional del bienestar físico, emocional, espiritual y social con los factores individuales (Doyle, Early y Ward, 2010). El bienestar físico permite a una persona realizar las actividades diarias, reduce el riesgo de enfermedades prevenibles y conduce a altos niveles de bienestar en las otras cuatro dimensiones. El bienestar emocional permite a una persona aplicar procesos de pensamiento crítico a partir de la recopilación de información, la formación de opiniones, la toma de decisiones, la resolución de problemas y la comunicación con los demás. El bienestar social permite a una persona interrelacionarse con otras, de manera que las relaciones sean mutuamente satisfactorias, de apoyo o productivas. Finalmente, el bienestar espiritual permite a una persona desarrollar un sentido de propósito en la vida y su significado o sentido. La salud óptima se alcanza cuando estas dimensiones se combinan de manera integral.

En este contexto, los objetivos del presente capítulo son: *a)* identificar a la promoción de la salud (PS) como el proceso primario que permite a las personas incrementar

su control en los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla, *b*) caracterizar los componentes de la PS: prevención, protección de la salud y educación para la salud, *c*) conocer los diferentes constructos teóricos respecto a la educación para la salud, hacia la comprensión de sus fundamentos psicopedagógicos como son el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, factores necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud, identificando los factores de riesgo, las conductas y comportamientos, así como los factores protectores y salutogénicos, *d*) comprender el sentido del deber ser de la educación para la salud desde una perspectiva crítica y de inclusión que, a partir de procesos de empoderamiento comunitario, permitan disminuir las brechas de desigualdad, tomando como piedra angular la construcción e implementación y evaluación de programas de atención apegados a la realidad social de los colectivos más desfavorecidos. Se plantea la necesidad de mirar a la promoción de la salud en un sentido de complementariedad con la educación para la salud, para que de manera integral, se construya un proceso preventivo capaz, efectivo, justo y equitativo en la generación de salud, y *e*) generar un panorama amplio de las políticas públicas que en materia de salud deben ser del conocimiento del psicólogo de la salud, sobre todo, aquellas que contemplen el estudio de los determinantes psicosociales del proceso salud-enfermedad-atención, tanto de manera individual como colectiva, así como desde una mirada sustentada en la protección y preservación de los derechos humanos, encumbrando los aspectos éticos-legales de la atención de los problemas que son de su competencia.

La salud y sus determinantes

Tener salud o sentirse sano tiene varios significados, los cuales se definen en función de las personas o grupos, el contexto y la época. Para la mayoría de las personas, la salud incluye emociones, creencias, temperamentos, experiencias y situaciones. A pesar de las múltiples conceptualizaciones que existen al respecto, en su Carta Constitutiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1947) definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. El bienestar físico se refiere a la ausencia de enfermedad o incapacidad; es decir, el funcionamiento adecuado desde la perspectiva física y fisiológica, la integridad biológica del individuo. El bienestar mental se define como la habilidad para tomar decisiones y pensar críticamente, comprender la salud emocional, que se relaciona con la habilidad para sentir y expresar adecuadamente el rango completo de las emociones humanas, dar y recibir amor, sentirse pleno y tener una meta en la vida. El bienestar social es la capacidad de cumplir las expectativas del rol eficientemente, de manera comfortable, con placer, sin dañar a otros. Entonces, el bienestar se refiere a la calidad de vida e incluye la salud física, mental-emocional y familiar-social.

La OMS (1986) conceptualizó la salud no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, un recurso que permite a las personas tener una vida individual, social y económicamente productiva, un derecho humano que exige la intervención de diferentes actores: el gobierno federal, los sectores económico, social y de la salud, las autoridades estatales y municipales, las organizaciones de salud voluntarias, los medios de comunicación, los individuos, las familias y la comunidad en general.

Sin embargo, los profesionales y el personal de la salud tienen más responsabilidad en esta tarea.

Determinantes de la salud

Muchos son los factores que influyen en el bienestar de las personas; es decir, existe una serie de condiciones o determinantes genéticos, individuales y sociales de la salud. Los genéticos comprenden factores como la predisposición a ser obeso, a padecer cáncer, etc. Los determinantes individuales comprenden los comportamientos y estilos de vida de las personas (fumar, beber, la propia conducta de riesgo, etc). Los determinantes sociales se refieren a aspectos como la pobreza, los ingresos y la posición social, la educación, los conocimientos de salud, la escasez de servicios médicos, el trabajo y las condiciones laborales, las condiciones de vida insalubres, el acceso a los servicios sanitarios y los entornos físicos. Éstos son resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos (en el ámbito mundial, nacional y local), los cuales dependen, a su vez, de las políticas adoptadas. Los determinantes tienen una influencia crítica en la salud, por ejemplo, en el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el consumo de alimentos poco saludable y la inactividad física.

Promoción de la salud

Para alcanzar un estado de completo bienestar, el individuo debe ser capaz de identificar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o enfrentar el ambiente, para lo cual debe poseer una amplia gama de habilidades y competencias. En este sentido, la promoción de la salud (PS) es el proceso de permitir a las personas y grupos incrementar el control que tienen de la salud y mejorarla (OMS, 2013). Es un campo amplio que requiere esfuerzos educativos, sociales, económicos y políticos, acciones coordinadas del gobierno, de los diferentes sectores (social, económico y salud), de las organizaciones voluntarias y no gubernamentales, de las autoridades locales, las industrias y los medios de comunicación. Este proceso pone énfasis en los recursos sociales y personales que tienen los individuos y los grupos para enfrentar la vida cotidiana, para gozar de un estado de salud óptimo y ejercer control en los determinantes individuales y sociales de la salud, con la finalidad de cerrar la brecha de salud que existe entre las personas desfavorecidas social y educativamente. En tal sentido, el bienestar no es sólo responsabilidad del sector salud, implica también la participación de los individuos, sus familias y las comunidades.

Las estrategias y los principios clave de la PS se delinearón en las distintas conferencias mundiales de la salud: la Declaración de Alma-Ata, Kasakistán (OMS, 1978); la celebrada en Ottawa, la cual derivó en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (OMS, 1986), y las conferencias mundiales celebradas en Adelaida, Australia (OMS, 1988); Sundsvall, Suecia (OMS, 1991); Yakarta, República de Indonesia (OMS, 1997); Distrito Federal, México (OMS, 2000); Bangkok, Tailandia (OMS, 2005); Nairobi, Kenia (OMS, 2009), y Helsinki, Finlandia (OMS, 2013). En el marco de estas reuniones de trabajo, la PS es entendida como una función central de la salud pública, la cual coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles o no, para que las personas alcancen un completo estado de bienestar físico, mental y social, de tal modo que sea

posible contribuir a reducir las desigualdades en salud que existen entre los países en desarrollo y los de primer mundo, ya que las personas que gozan de una mejor situación socioeconómica tienen menos riesgos de salud. Más aún, la salud está interrelacionada con el ambiente total, de tal manera que si no se realizan cambios drásticos en las actitudes y conductas en todos los niveles respecto al manejo y preservación del ambiente, no será posible mantener la calidad de vida del ser humano ni a las especies que habitan en el planeta (OMS, 1991).

La participación activa en la PS implica adoptar medidas políticas acordes con las necesidades locales y a las posibilidades de cada país o región, políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no vinculados con ésta. Crear ambientes de apoyo, alentando el apoyo recíproco, el cuidado mutuo en la comunidad y el del medio ambiente; fortalecer las acciones comunitarias, que la comunidad participe, tome decisiones y planee estrategias en beneficio de la salud de todos; desarrollar las habilidades personales y sociales, proporcionando información, educación para la salud y aumentando las habilidades para la vida; reorientar los servicios de salud, compartir la responsabilidad de la salud con los individuos, la comunidad, los grupos, los profesionales de la salud, las instituciones y el gobierno, además de prestar mayor atención a la investigación en el área, y moverse hacia el futuro, ser capaces de tomar decisiones y tener control de las circunstancias de la propia vida y asegurarse que la sociedad cree las condiciones que permitirán alcanzar la salud para todos sus miembros, empoderando a la gente y a la comunidad para lograr la democratización de la salud (OMS, 1986).

Acciones y contexto de la PS

Algunas de las acciones que se pueden emprender en el marco de la PS, las cuales han sido señaladas en las distintas conferencias de la OMS son: atención de la salud de las mujeres, eliminación del hambre, desnutrición, tabaco y alcohol, creación de ambientes que favorezcan el cuidado de los recursos naturales, locales, regionales y mundiales, enfermedades relacionadas con la etapa adulta de la vida, enfermedades crónicas, sedentarismo, resistencia a los antibióticos y otras drogas, problemas de urbanización, uso de drogas y violencia doméstica, que afecta a millones de personas en el mundo, las cardiopatías, traumatismos por accidentes de tránsito, enfermedades infecciosas y el VIH/SIDA, protección del medio ambiente, uso sustentable de los recursos naturales, desaliento de los mensajes publicitarios nocivos para la salud, protección de la salud en el entorno laboral.

Para que la comunidad participe activamente en su salud futura, se requiere que la PS se enfoque en lo siguiente: *a)* desarrollar las aptitudes personales para la salud, proporcionar a personas y grupos los medios para que puedan enfrentar las lesiones y enfermedades en diversos escenarios (la escuela, los hogares, los lugares de trabajo y la comunidad), *b)* desarrollar ambientes favorables, promover la conservación de los recursos naturales, generar condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes, *c)* reorientar los servicios sanitarios, darles un giro, que proporcionen servicios clínicos y médicos, tomando en cuenta las necesidades del individuo como un todo, *d)* reforzar la acción comunitaria, implicar a la comunidad en la fijación de prioridades, planes, toma de decisiones y puesta en marcha de las acciones, y *e)* impulsar políticas públicas saludables, cambiar la legislación, tomar medidas

fiscales y tributarias, promover cambios organizacionales y políticas sanitarias que permitan mayor equidad.

El trabajo de promoción de la salud se enfoca en diferentes ámbitos: escuelas, iglesias, lugares de trabajo, centros de salud, agencias voluntarias de salud, centros de readaptación social, clubes privados, y grupos de autoayuda. Los profesionales involucrados en la PS son de diversos orígenes y profesiones: médicos, enfermeras, científicos, nutriólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas y educadores para la salud.

Para dar respuesta a los problemas antes mencionados, se requiere la cooperación, la creación de nuevas asociaciones de salud, condiciones de igualdad entre los diferentes sectores de la sociedad e incrementar la capacidad de la comunidad, el empoderamiento de los individuos (OMS, 1988) y la implementación de políticas coherentes, inversiones y alianzas entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado (OMS, 2005). Mediante intervenciones comportamentales, sociales, normativas (políticas energéticas y ambientales), la PS pretende favorecer la salud entre los grupos vulnerables en un mundo globalizado y reducir las causas de la mortalidad y la morbilidad (OMS, 2005). En este contexto, la PS debe estar basada en evidencias (OMS, 2000), ya que es un medio para erradicar las enfermedades (OMS, 2009). Esto se logra mediante el empoderamiento de las comunidades, la alfabetización en salud, el fortalecimiento del sistema de salud y con la participación de los diferentes sectores de la sociedad.

En resumen, la promoción de la salud permite a las personas tomar el control y ser responsables de su salud. Requiere la estrecha colaboración de los diversos sectores de la sociedad. Combina diversos métodos o enfoques complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizacional y desarrollo comunitario para hacer frente a los riesgos para la salud. Fomenta la participación de los profesionales de la salud para resolver los problemas individuales y colectivos en la educación y promoción de la salud, particularmente de atención primaria.

Las tres facetas de la PS son la prevención, la protección de la salud y la educación para la salud (Buttler, 2001). Cada una juega un papel vital en el logro de la salud individual y comunitaria, pero ninguna es independiente de las otras.

Prevención

Se enfoca en la reducción de los factores de riesgo y en el incremento de los factores de protección asociados con la enfermedad, y queda comprendida en el campo de promoción de la salud (OMS, 2004). Desde esta perspectiva, prevención no sólo significa evitar que se presenten las condiciones asociadas con la ocurrencia futura de problemas, sino preservar el bienestar general (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1995), fortaleciendo las defensas de los individuos contra los agentes causales. Esto, a partir de la clasificación de la prevención de enfermedades, propuesta por Gordon (1983) y por Mrazek y Haggerty (1994), quienes definieron tres dominios de la prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Prevención primaria

Trata de disminuir la incidencia o número de nuevos casos de un trastorno o enfermedad en la población, detectando y neutralizando las condiciones que favorecen la

aparición de la enfermedad. Hace hincapié en la intervención para prevenir las enfermedades o el deterioro de la salud antes de que ocurra. Se pueden incluir intervenciones para evitar una situación no deseada, incluyendo el embarazo. También implican comportamientos que reducen la probabilidad de desarrollar una enfermedad o lesión, protegiendo activamente el cuerpo contra los riesgos y factores de estrés.

La prevención primaria (Gordon, 1983; OMS, 2004) comprende: prevención universal, que se dirige a muestras comunitarias en las que el riesgo potencial no ha sido identificado; prevención selectiva, que se dirige a individuos o subgrupos de la población, cuyo riesgo de desarrollar una enfermedad es significativamente superior al promedio, según la evidencia comprobada por los factores de riesgo, y prevención indicada, que se dirige a personas en alto riesgo, identificadas porque tienen signos mínimos pero detectables o indicadores que los predisponen para una enfermedad.

Algunos ejemplos de prevención primaria incluyen las vacunas programadas, la profilaxis dental regular y la investigación genética. Como siempre, la historia revela que la medicina concentra sus recursos en el diagnóstico y el tratamiento, relegando así la prevención primaria a una posición secundaria. El sistema de atención médica ofrece algunos servicios preventivos por medio de esta tecnología y medicamentos, pero hace poco en la prevención primaria en comparación con el individuo y la comunidad. Otros ejemplos de intervenciones sociales incluyen la provisión de una vivienda adecuada y la recreación, la fluoración del agua, el saneamiento ambiental y vigilancia de vectores y de erradicación, la promoción de habilidades que permitan a los jóvenes hacer frente a la presión de grupo, impartir el conocimiento de las relaciones entre el control del peso y la enfermedad cardíaca, el establecimiento de programas de nutrición basados en el consumo de alimentos saludables y alentar relaciones monógamas para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Cualquier persona puede practicar la prevención primaria para reducir el riesgo de lesiones de accidentes o la muerte: la gente puede usar los cinturones de seguridad cada vez que viaje en un automóvil, evitar el consumo de alcohol cuando se conduce y usar equipo de seguridad cuando se trabaja con maquinaria. También puede, por ejemplo, reducir el riesgo de desarrollar cáncer al no fumar cigarrillos, al adherirse a una dieta alta en fibra y baja en grasas, así como la exposición excesiva a la luz ultravioleta.

Prevención secundaria

Pretende disminuir la tasa de casos establecidos de la enfermedad en la población para evitar la cronicidad y la aparición de secuelas. Incluye la identificación de las enfermedades en sus primeras etapas y la aplicación de tratamientos para limitar las consecuencias, la gravedad y prevalencia de la enfermedad, por lo tanto, la prevención secundaria entraña la detección temprana y el tratamiento. La medicina ha centrado durante mucho tiempo gran parte de sus recursos en la prevención secundaria, que intenta limitar el curso y la destrucción de las condiciones ya ocurridas. Desafortunadamente, la comunidad médica y la mayoría de las personas han confiado demasiado en la prevención secundaria. La prevención de la aparición de una enfermedad es obviamente más rentable, que el tratamiento de ésta. Poco a poco, las personas deben empezar a darse cuenta de que la prevención primaria es más deseable que la prevención secundaria. Este escenario ofrece oportunidades para desarrollar programas de educación para la salud integral en las escuelas y otros sitios.

Prevención terciaria

Intenta disminuir la incapacidad o deterioro asociado con una enfermedad, procurando reducir el desgaste en el funcionamiento (secuelas) y el daño, recobrando la persona la posibilidad de su reintegración; prescribe intervenciones específicas para ayudar a las personas con discapacidad o enfermedades que limitan los efectos de esas condiciones. La prevención terciaria también puede incluir actividades para prevenir la recurrencia de la enfermedad.

Este nivel de prevención se basa en gran medida en el sistema de atención médica. Los servicios de rehabilitación, terapia física y ocupacional son componentes fundamentales de la prevención terciaria. También puede incluir la cirugía, la administración de medicamentos o el asesoramiento en los cambios de estilo de vida, por ejemplo, para los pacientes que se recuperan de eventos cardíacos.

Protección de la salud

La protección de la salud comprende los controles legales o fiscales, otras regulaciones y políticas, y los códigos de práctica voluntaria que se dirigen a aumentar la salud positiva y la prevención de la enfermedad. Su propósito es reducir la probabilidad de que la gente encuentre ambientes nocivos o formas de conducta inseguras o no saludables.

La intervención legislativa se encuentra en las leyes que exigen el uso obligatorio de cinturones de seguridad y sillas especiales para niños en los automóviles, la prohibición de la venta de tabaco a menores, la estipulación de que los manipuladores de alimentos se sometan a la inspección técnica periódica de ciertas enfermedades infecciosas, y los requisitos de que los niños sean inmunizados antes de asistir a la escuela. Esto ilustra una superposición con la protección de la salud.

En México, el gobierno federal ha presentado una serie de proyectos y de normas para la protección de la salud. Las Normas Oficiales Mexicanas vigentes, relacionadas con la promoción de la salud, se enfocan en la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, de la rabia humana, así como presente en perros y gatos; de enfermedades bucales, de la diabetes *mellitus*, del cáncer cérvico uterino, de la tuberculosis, de la brucelosis, de la lepra, del cólera, del complejo taeniosis/cisticercosis, de las adicciones, de los defectos al nacimiento, de la leptospirosis, de la hipertensión arterial sistémica, de las dislipidemias, de las enfermedades por deficiencia de yodo, de las infecciones de transmisión sexual, del cáncer de mama, de las infecciones nosocomiales, de enfermedades en la perimenopausia y posmenopausia de la mujer. También existen normas para la vigilancia epidemiológica, para la atención a la salud del niño, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, para la promoción de la salud escolar, para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria y para la prevención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2014).

En México, el gobierno federal ha puesto en marcha diferentes programas de promoción de la salud: la estrategia nacional para la prevención y el control del

sobrepeso, la obesidad y la diabetes, cuyo objetivo consiste en mejorar los niveles de bienestar de la población y desacelerar el incremento en la prevalencia de obesidad y sobrepeso en los mexicanos, y revertir la diabetes *mellitus* tipo II (Secretaría de Salud, 2013).

La Secretaría de Salud (2013) implementó el plan Entornos y Comunidades Saludables, que comprende cinco proyectos: *a*) dar la vuelta, el cual tiene como objetivo promover hábitos de vida saludable por medio de la realización de actividad física, *b*) escuela y salud, el cual busca construir una nueva cultura de la salud en los niños y niñas, adolescentes y jóvenes mediante la modificación de los determinantes de la salud que permita aprovechar y desarrollar las capacidades y goce de la vida escolar, *c*) entornos y comunidades saludables, cuya misión es contribuir a reducir la morbi-mortalidad de los padecimientos prioritarios en salud pública por medio de incentivar la creación de entornos favorables para la salud, la orientación de la acción municipal en ps y el empoderamiento de la población en salud, *d*) promoción de la salud: hacia una nueva cultura, su propósito es crear una nueva cultura de salud mediante la ejecución integrada de las funciones de ps que modifique los determinantes y disminuya los padecimientos prioritarios de salud, y *e*) vete sano y regresa sano, cuya finalidad es reducir la vulnerabilidad de los migrantes por medio del control de los determinantes de la salud en los sitios de origen, tránsito y destino.

Finalmente, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2013) plantea el reforzamiento de las actividades preventivas, estableciendo el incremento de la inversión destinada para el primer nivel de atención. A esta estrategia de sumar esfuerzos de los diferentes sectores, dicho programa coordinado por la Secretaría de Educación Pública (SEP) de la Federación establece coordinar acciones con el sector salud para las campañas de vacunación, de prevención del embarazo en edad temprana e infecciones de transmisión sexual; impulsar la participación de las autoridades educativas estatales y de las escuelas en las campañas para una alimentación sana y contra la obesidad; fomentar una educación integral con actividades que contribuyan a mejorar la salud física y mental, en un ambiente libre de discriminación y violencia, así como realizar acciones para prevenir conductas de riesgo (violencia, adicciones, salud sexual y reproductiva, entre otros) que suelen desembocar en el truncamiento de la trayectoria educativa (SEP, 2013).

Educación para la salud

La educación es un proceso continuo que se extiende a lo largo de la vida de las personas y se presenta de diferentes maneras en sociedad. El individuo adquiere su educación en un sistema formal de enseñanza, pero también en una variedad de formas fuera de este sistema, e inician en el hogar (Durán, Hernández, Díaz y Becerra, 1993). Durante los años 70 y 80, se hizo hincapié en la educación para la salud de los comportamientos anormales en los individuos. En la década de los noventa, la educación para la salud se amplió para abarcar la acción social y se integró en la promoción de la salud.

El término educación para la salud tiene tantas definiciones como profesionales, por lo que no es fácil de hacerlo a satisfacción de todos los profesionales. Las accio-

nes de cada padre, maestro y modelo a seguir comunican algo acerca de la salud, pero el mensaje puede estar lejos de ser satisfactorio. A continuación se presentan algunas descripciones:

1. El proceso de proporcionar experiencias de aprendizaje para influir en el conocimiento o llevar a cabo en relación con lo individual, la comunidad o el mundo de la salud (Comité para los Problemas de Salud en la Educación, 1948).
2. Un proceso con dimensiones intelectuales, psicológicas y sociales relacionadas con las actividades que aumentan las habilidades de las personas para tomar decisiones informadas que afectan el bienestar de su vida personal, familiar y comunidad. Este proceso, basado en principios científicos, facilita el aprendizaje y el cambio de comportamientos en el personal de salud y los usuarios, incluidos los niños y los jóvenes (*Joint Committee on Health Education Terminology*, 1973).
3. La planificación del aprendizaje con experiencias que ayudan a las personas a desarrollar sus capacidades para evaluar las opciones de comportamiento, así como sus probables consecuencias para tomar decisiones informadas acerca de sus responsabilidades y acciones de:
 - a) Prácticas personales orientadas a promover el bienestar, la prevención de las discapacidades evitables, muertes prematuras y el manejo de enfermedades menores.
 - b) Selección y ejecución de los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento necesarios.
 - c) Esfuerzos para la participación de la comunidad (en el ámbito local, estatal, regional, nacional o internacional) para desarrollar la eficiencia y la eficacia de los programas apropiados; ambientales, mediciones socioeconómicas y sistemas de servicios de salud que faciliten la mejora de la salud (*Bureau of Health Planning and Resources Development*, 1973).
4. Un proceso que afecta las dimensiones intelectuales, psicológicas y sociales que aumentan la capacidad para tomar decisiones de salud informadas que afectan a la persona, a la familia y al bienestar comunitario (Bedworth y Bedworth, 1978).
5. Es un aprendizaje continuo que permite voluntariamente a las personas, tanto individuos como a miembros de las estructuras sociales, modificar sus comportamientos y cambiar las condiciones sociales para mejorar la salud (*Joint Committee on Health Education Terminology*, 1991).
6. El proceso de desarrollar y proveer experiencias de aprendizaje planificadas de tal manera para el suministro de información, cambio de actitudes, e influir en el comportamiento (Anspaugh y Ezell, 1995).
7. Cualquier combinación de experiencia de aprendizaje diseñada para facilitar las acciones voluntarias que favorecen a la salud (Green y Kreuter, 1999).
8. Cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite (Perea y Bouché, 2004).

Es evidente que el hilo conductor de estas definiciones es la idea de que la educación en salud es un proceso, no un producto. Se trata de una serie de actividades programadas dirigidas a metas, incluyendo una gran variedad de experiencias intencionales que afectan a la forma de pensar, sentir y actuar (conocimientos, actitudes y comportamientos) con relación a la propia salud de las personas, la de sus familias y la de sus comunidades. La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización en salud, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. La educación para la salud considera no sólo la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, de las habilidades personales y de la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorarla. La educación para la salud incluye no sólo información relacionada con las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en ésta, sino también aquellas que se refieren a los factores de riesgo y comportamientos, además del uso del sistema de salud. Es decir, implica la comunicación de información y el desarrollo de habilidades personales que demuestren la capacidad de las personas y de las instituciones para lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud (OMS, 1998).

La educación para la salud requiere una revisión cuidadosa y exhaustiva de los conocimientos actuales, las actitudes, las metas, las percepciones, la condición social, la estructura de poder, las tradiciones culturales y otros aspectos de los grupos. Es en este campo de la salud que se da uno de los más claros ejemplos de profesionales que deben asumir un importante rol educativo como parte de sus funciones. Esto se debe a que la salud es, en primer lugar, una responsabilidad del individuo mismo (Derryberry, 1960).

No es de extrañar que los directores de escuelas, los padres de familia, los líderes comunitarios y los empresarios no entiendan lo que los educadores para la salud realmente hacen. Este malentendido, a menudo, conduce a la asignación de la responsabilidad de la educación de salud a las personas que tienen pocos antecedentes académicos en el campo. En las escuelas, las personas con poca preparación en esta materia, frecuentemente, obtienen la asignación. En los hospitales, e incluso en organizaciones de mantenimiento de la salud, los administradores se la confían a las personas que no están capacitadas clínicamente. Las enfermeras y los médicos, que a menudo llevan a cabo la educación para la salud del paciente, muchas veces carecen de la capacidad, la formación o la motivación para hacerlo (Butler, 2001).

Evolución de la educación para la salud

La educación para la salud (ES) ha pasado por diferentes etapas o enfoques, dependiendo del contexto en el que se desarrolle desde principios del siglo hasta la actualidad. Se distinguen dos grandes etapas en la evolución del contenido de la ES, que transcurren paralelamente con los cambios sociopolíticos y con la evolución de la nosología y de los factores de riesgo, obedeciendo cada una de éstas a planteamientos epistemológicos que las conforman, en los que subyacen determinadas concepciones acerca de la educación, del aprendizaje, del hombre y de la salud (Emmanuele, 1998; Salleras, 1990). La primera etapa, identificada como informativa prescriptiva, implica 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 el cuidado de la salud y los individuos deben estar dispuestos a aceptar y cumplir con precisión sus indicaciones. La segunda etapa, basada en el comportamiento, surge como producto de la preocupación de la medicina por la conducta y su resultado en la salud. En ésta se concibe a la ES como una serie de intervenciones destinadas a facilitar cambios en la conducta y en los estilos de vida; su objetivo es conseguir comportamientos saludables y proporcionar información como parte del proceso (Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004).

Aunque se reconoce la importancia de la transmisión informal del conocimiento empírico en torno a la salud realizada de generación en generación, por medio de la familia y sociedad, en este trabajo se está más interesado en su sentido formal, que implica actividades planificadas y programadas. De este modo, la salud entendida en las dimensiones sociales, está inserta en procesos del ámbito ideológico, sociopolítico y económico e incluye la atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa de la enfermedad y sus manifestaciones, por lo que es necesario considerar que los paradigmas manejados por los pacientes de sus padecimientos son diferentes a los que manejan los médicos. La variación en los modelos del médico y del paciente reflejan diferencias subyacentes, de allí que sea necesario analizar cuáles son las visiones de la enfermedad que cada uno maneja (Campos-Navarro y Liviere, 2002).

Las representaciones de los padecimientos se crean desde la estructura social donde el individuo se desarrolla. Aquí no sólo juega un papel de receptor, sino existe un vaivén bidireccional de sociedad-individuo-sociedad de todos los componentes biopsicosociales y espirituales que interactúan en el desarrollo de su estado de salud-enfermedad.

Debido a la diversidad cultural y a la estratificación social, el individuo expresa diversas formas de ver y atender los padecimientos. Esta diversidad es caracterizada por los *habitus* en el que se encuentra inscrito el grupo social.

En el estudio de los modelos explicativos se indica cómo los pacientes entienden los episodios de su enfermedad y cómo escogen y evalúan los tratamientos particulares; el conocer estas representaciones permite interpretar la realidad de las personas.

La trayectoria de vida de los hombres los coloca con una marcada diferencia en la salud y en los cuidados que se reflejan por sus estilos de vida, los cuales se adoptan por medio de diversas fuentes de información como la vivencia de la persona, lo que piensa, la comunicación social, la observación y los conocimientos adquiridos por medios formales y de masas (López, 2005).

La esencia de la educación para la salud

De acuerdo con Oberteuffer, Harrelson y Pollock (1972), el objetivo de la educación para la salud es ayudar a que cada persona busque el patrón de comportamiento que la mueva hacia un nivel óptimo de salud, y le dé la capacidad de evitar muchos de los desequilibrios, enfermedades y accidentes en la vida. Así, la ES pretende ayudar a las personas a comprender la relación entre sus valores, sus conductas y sus consecuencias, para que puedan hacer una elección responsable acerca de su salud (Sharkey, Grahamkresge y White, 1995).

La educación para la salud, proporciona oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente a una forma de comunicación destinada a mejorar el comportamiento y el desarrollo de hábitos saludables personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (Valadez et al., 2004).

La educación para la salud se considera como una herramienta pedagógica que implica la existencia de un proceso de enseñanza-aprendizaje. Enseñanza porque se desarrollan las habilidades individuales del que proporciona la información para conseguir los objetivos, y aprendizaje porque se convierte en sustento, sumándose a las experiencias personales del individuo que recibe la información, produciendo un cambio en la forma de actuar, pensar y sentir. Por lo tanto, la misión del educador para la salud es crear espacios de discusión y reflexión de los problemas que la afectan y convertirse en instrumento necesario para el desarrollo de estilos de vida saludables, elevando el bienestar de la sociedad.

Es importante recordar que la educación para la salud se basa en muchas disciplinas como la psicología, sociología, la educación, la salud pública y la epidemiología. Es una disciplina única en muchos sentidos. Uno de los retos es que, aunque su principal herramienta es la educación, la búsqueda tras los resultados suelen ser adaptaciones de comportamiento. Otras disciplinas en materia de educación, se centran casi exclusivamente en el conocimiento, que es un componente crítico de educación para la salud. El conocimiento por sí solo es poco probable que sea suficiente para provocar un cambio de comportamiento (Gilbert, Sawyer y McNeill, 2011).

Proceso de educación para la salud

La complejidad del comportamiento humano requiere que en los enfoques de la orientación en la educación estén presentes tres elementos clave de salud para el cambio de comportamiento:

1. El conocimiento del comportamiento.
2. Actitudes relacionadas con la conducta.
3. Habilidades necesarias para permitir la adaptación del comportamiento.

En este contexto, la educación para la salud se esfuerza por ofrecer el conocimiento y las habilidades requeridas necesarias para aplicar ese conocimiento al desarrollar actitudes apropiadas, para dar lugar a elección de comportamientos saludables o los cambios de esto, según sea necesario. Si no se abordan estos tres componentes, probablemente se tendrán resultados marginales. La educación para la salud está llamada a reducir el colesterol, el consumo de drogas, las alteraciones en el comportamiento y a mejorar la condición física, por nombrar algunas de las muchas expectativas. La difusión de conocimientos por sí sola no sería suficiente para lograr esos objetivos para llevar a cabo con eficacia el proceso de educación para la salud. Por lo anterior, los educadores deben aprender a establecer un conocimiento significativo, apropiado, así como las metas y objetivos alcanzables. Después de establecer propósitos claros y de alta calidad, el educador debe tratar de cumplir los objetivos mediante métodos éticos apropiados.

El papel del educador para la salud y la reducción de las desigualdades

Los avances científicos y tecnológicos, las nuevas formas de consumo y comunicación, las medidas de comercialización, los cambios ambientales mundiales y la urbani-

zación, han alcanzado un desarrollo preponderante, específicamente, en cuanto a tratamientos para mejorar la salud, sin embargo, también es cierto que no todas las personas se benefician plenamente de estos avances, a pesar de que, desde la carta de Bangkok, la OMS (2005) ha pugnado por reducir las desigualdades crecientes entre los países.

Las desigualdades en salud (DS) se describen como aquellas cargas de enfermedad desproporcionada o aquellos factores de riesgo comportamentales experimentados por los subgrupos de una población (Bleich, Jarlenski, Bell y LaVeist, 2012). De acuerdo con Fernández, Benach y Borrell (2002) estas desigualdades se consideran diferencias sociales innecesarias, injustas y con posibilidad de evitarlas. En este sentido, para los profesionales de la salud física y psicológica se presenta un área de interés para trabajar con los grupos vulnerables de la sociedad quienes, por lo general, son los que no tienen acceso a los servicios de salud o, de tenerlos, son insuficientes y de baja calidad.

Ahora bien, habrá que determinar quiénes son considerados grupos vulnerables. Las DS se han establecido en función de la etnia, la ubicación geográfica, el nivel educativo, la actividad laboral, el estatus socioeconómico, el género, la orientación sexual o la etapa de desarrollo de una persona. Son subgrupos más desfavorecidos que presentan tasas elevadas de mortalidad y enfermedad. En estos grupos de riesgo, se eleva la probabilidad de desarrollar alguna enfermedad física o mental.

Entonces, las metas son identificar quiénes son los grupos vulnerables que pueden presentar un padecimiento, y detectar aquellos factores de riesgo, asegurando la oportuna atención de las personas afectadas y aumentando la probabilidad de acercamiento a las acciones a tomar para prevenir o atender las necesidades manifiestas para erradicar alguna afectación en particular, de tal forma que no se busca eliminar las diferencias en cuanto a las características individuales *per se*, más bien, se pretende reducir las diferencias en cuanto a la atención profesional y de calidad a una población. Por tanto, el siguiente paso sería comprender de qué manera es posible lograr la reducción de las DS, cuáles son los recursos a considerar para llevar a cabo la labor de calidad a la que se hecho referencia anteriormente.

Recursos para eliminar las desigualdades en salud

Históricamente, la atención de la salud ha estado fundamentada en la relación médico-paciente, por medio de modelos de atención biologicistas, en donde siguiendo rigurosamente a la etiología, los signos y síntomas, la fisiopatología, el curso de la enfermedad y el tratamiento necesario se prima los “modelos explicativos del padecimiento”. En este sentido, los recursos más prometedores para eliminar las desigualdades en salud son el conocimiento y el desarrollo tecnológico. Una clara manifestación de su desarrollo es el incremento de la esperanza de vida al nacer; el desarrollo de medicamentos, vacunas, técnicas quirúrgicas, equipo médico altamente especializado, entre otros. Sin embargo, el desarrollo tecnológico también ha generado cambios globales, los cuales han traído la presencia de enfermedades, y con éstas, altos costos económicos, familiares y sociales para los sistemas de salud.

Para eliminar las desigualdades se requiere establecer opciones más efectivas y de mayor alcance; es decir, se requiere una adecuada planeación y diseño de estrategias, que involucren a todas las instancias (político-legislativas, institucionales, fiscales,

presupuestales y comunitarias). Además, es necesario fundamentar todos los esfuerzos con base en la investigación y las mejores prácticas.

Investigación de las desigualdades en salud

El proceso de determinación de la relación entre desigualdad social y salud implica tener presente varios aspectos y fases de la labor científica. Por ejemplo, el trabajo de la investigación y documentación de género, el cual pretende disminuir las desigualdades en salud. Recientemente, Read y Gorman (2010) realizaron una revisión de los estudios de género y DS en la población estadounidense. Las autoras señalan las diferencias existentes por género en cuanto a longevidad pues, a pesar de que en promedio las mujeres viven más que los hombres debido a aspectos biológicos y por la práctica de conductas más saludables, en ellas hay tasas de mortalidad más altas por las causas de su nivel socioeconómico y una mayor exposición a estresores sociales.

La investigación de las desigualdades permite: *a*) identificar las causas o factores de riesgo de las DS, *b*) conocer la evolución de las enfermedades por medio de estudios epidemiológicos y longitudinales, *c*) identificar la efectividad de programas de prevención o intervención a corto, mediano y largo plazos, y *d*) conocer la calidad de la investigación de las DS.

Estudios de factores de riesgo de las DS

Al respecto, Bleich et al. (2012) proponen tres categorías como variables de estudio: los indicadores de mortalidad tales como la expectativa de vida al nacer o la mortalidad infantil; los factores de riesgo comportamentales de los cuales mencionan aspectos como el tabaquismo, la actividad física o el consumo de frutas y verduras, y los factores metabólicos por ejemplo, hipertensión u obesidad. También se pueden incorporar variables que evalúen la dimensión perceptual de la salud, por ejemplo, la calidad de vida o el apoyo social. Por otra parte, los estudios de carácter empírico han de realizarse en función de variables de clasificación como el nivel socioeconómico, estilos de vida, condiciones de vida y nivel educativo. Al respecto, entre las categorías de las características poblacionales que se han involucrado en el estudio de las DS se encuentran factores físico-ambientales, sociales e individuales.

Estudios epidemiológicos

Contar con información certera respecto a la determinación de la prevalencia e incidencia de casos en una población, además de cómo evoluciona la enfermedad a lo largo del tiempo (estudios longitudinales) son etapas determinantes entre las acciones dirigidas a la reducción de las DS. Los estudios deben realizarse considerando tamaños de muestras adecuados con representatividad nacional y regional, con mediciones del tamaño del efecto y poder estadístico de los resultados que combinen su eficacia en función del tamaño de la muestra tomada.

Un ejemplo concreto se encuentra en estudios epidemiológicos como los realizados acerca de la obesidad. Particularmente, México se encuentra ubicado en los primeros lugares del mundo, con sus consecuentes efectos negativos ya que, por ejemplo, se duplica o triplica el riesgo de padecer enfermedades crónicas como la hipertensión

arterial, los infartos y enfermedades vasculares, cáncer de seno, esófago o de riñón. Se estima que 90% de los casos de diabetes *mellitus* tipo 2 se atribuyen al sobrepeso y la obesidad (Olaiz-Fernández et al., 2006).

Se estima que 70% de los adultos en México padecen obesidad, a este porcentaje se tienen que sumar 4.5 millones de niños de entre cinco y 11 años, por lo que es momento de tomar acciones que ayuden a evitar este problema de salud. Frente a estos escenarios, en el diseño de las políticas públicas de salud nacionales, se ha planteado la participación de los diferentes sectores de la sociedad, aunado a la propia acción de la estructura del gobierno (SSA, 2008).

A partir de datos como los que se acaban de mencionar, se considera pertinente reflexionar ante la utilidad de los estudios epidemiológicos en DS. Alazraqui, Mota y Spinelli (2007) hacen un apunte interesante de las consecuencias resultantes de los datos obtenidos en un estudio o serie de estudios epidemiológicos de algún problema de salud en particular. Los autores reflexionan sobre si se debiera proceder con acciones focales o universales y cómo este tipo de decisiones también van de la mano con las disposiciones constitucionales y políticas del país. Es evidente que los estudios epidemiológicos son muy útiles, y ha de tenerse especial cuidado en cómo se utiliza la información derivada de éstos, así como los alcances que pueden generar.

Efectividad de los programas

Una vez que se alcanza un grado de conocimiento amplio del fenómeno de estudio es factible la realización de investigaciones que den cuenta de aquellas estrategias que sean más eficaces en la prevención y tratamiento de los padecimientos de salud. El trabajo de los profesionales y científicos de la salud ha de estar fundamentado en guías prácticas basadas en evidencia, las cuales han sido consideradas como una opción viable que permite acceder a un mayor número de personas que, generalmente, no son derechohabientes a instituciones de salud. Con la práctica basada en evidencia también se puede atender a la población con herramientas protocolizadas más homogéneas, que cuentan con fundamentación empírica respecto a su efectividad, y con los beneficios que, en cuanto a costos de implementación, representa (Eslava-Schmalbach, Sandoval-Vargas y Mosquera, 2011).

Por su parte, Morgan y Ziglio (2010) señalan que la evidencia ha de ir más allá y enfocarse en la descripción de cómo funcionan las distintas acciones en diferentes grupos y contextos. Además, hay que considerar que ha de fundamentarse también en el proceso de elaboración de programas de salud. Específicamente, León (2011) hace hincapié en el enfoque de los derechos humanos, así como las consideraciones éticas pertinentes. Habría que subrayar que tanto el diseño de los programas, como sus estrategias tendrían que considerar la factibilidad de inclusión de toda la población, favoreciendo la reducción de las DS.

Además, parte fundamental en este proceso de DS es garantizar que los programas de promoción de la salud, prevención o intervención sean altamente eficaces. Para ello, dichos programas pueden ser sometidos a revisión por institutos especializados que acreditan protocolos de intervención y tratamientos. Asimismo, han de someterse a prueba en estudios experimentales que demuestren cambios estadísticamente significativos en grupos que hayan recibido el tratamiento respecto de los que no lo tuvieron.

Indicadores de la calidad de la investigación de las DS

Las desigualdades en la salud describen la asociación de circunstancias biopsicosociales desfavorecidas con los indicadores de salud en los grupos vulnerables. En este sentido, se debe considerar que los resultados del trabajo de investigación serían altamente cuestionables si no se contara con sistemas de medición de variables válidas y confiables. Al respecto, Eslava-Schmalbach y Buitrago (2010) indican que las mediciones de variables individuales pueden realizarse por medio de dos, absolutas y relativas; en cuanto a las variables poblacionales por índices de desproporcionalidad o bidimensionales de apreciación gráfica y cuantitativa. Los autores hacen referencia a la posibilidad de recurrir a índices objetivos y sensibles para la realización de investigaciones en DS.

En cuanto a la situación que prevalece en la investigación en DS en México, a pesar de que se comenzaron a realizar publicaciones teóricas y empíricas, lamentablemente la producción de trabajos se ha visto disminuida, y se aprecia la necesidad de estudios más amplios y con mayor sustento informativo confiable (Santos, 2011).

Autores como Díez y Peirò (2004) han señalado la importancia de realizar investigación atendiendo aspectos como la persistencia en la investigación de las DS, circunscribir objetivos cuantitativos factibles de disminuir las DS en planes y programas de salud transversales, atender tanto la prevención como el tratamiento de las enfermedades, financiamientos para la investigación de las DS, considerar la conformación de bases de datos nacionales, elevar el acceso y beneficio de los servicios de salud para todos los subgrupos de alta vulnerabilidad.

Ahora bien, todos los esfuerzos que se llegan a realizar en cuanto a la labor científica para subsanar las DS serían en vano si queda de lado la continuidad entre la investigación y las políticas públicas traducidas en acciones eficaces para detener dicho fenómeno. El nivel de involucramiento de diferentes actores es determinante para subsanar las DS.

El psicólogo de la salud y las políticas públicas en materia de salud

La psicología de la salud es uno de los campos de desempeño profesional que ha experimentado mayor desarrollo en México en las últimas décadas. Es el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de salud, la enfermedad y la disfunción, relacionada con el análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y la formación de políticas de salubridad (Matarazzo, 1982).

Esta dilucidación (más amplia) da evidencia de que la definición de la OMS pasó por alto algunos elementos clave del bienestar. Los factores sociales están enraizados en las culturas y no pueden dejarse sobreentendidos. También se ignoran las fortalezas o debilidades económicas. Los aspectos psicológicos importantes del bienestar también han sido ignorados en estas definiciones. Los procesos psicológicos están arraigados en el mundo social, un mundo de interacción con los otros. Por ello, es útil

describir y pensar que los procesos psicológicos tienen una naturaleza psicosocial, la cual resalta las raíces sociales de todo lo psicológico. Este es el caso particular de la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud. Desde esta concepción, la salud es un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales, no simplemente la ausencia de la enfermedad. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o enfrentar el entorno.

Respecto a las reflexiones teórico-conceptuales del campo de acción de la psicología de la salud, es importante destacar las escasas aportaciones que se han centrado en la relación o las diferencias entre la psicología de la salud, la clínica y la medicina (Becoña y Oblitas, 2000a; Borja, 2000; Carrascoza y Ayala, 2000; Ortiz, 2004; Piña, 2003a, 2004a; Reynoso y Seligson, 2002; Vázquez, 2002); en la psicología de la salud, el ámbito de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud (Becoña y Oblitas, 2000b; Piña y Obregón, 2003; Sánchez-Sosa, 2002; Urbina, 2004); en la bioética y en la presentación de programas especiales para la prevención de enfermedades y educación y promoción de la salud (Durán, Becerra, García y Moreno, 2002; González, Padilla y Santacreu, 2001; Hernández, 2001; Urbina y Acuña, 2002).

En este contexto, los psicólogos de la salud pueden desempeñar varias funciones: como investigadores al proporcionar y mejorar los servicios de salud en hospitales y clínicas; llevar a cabo la promoción de la salud en comunidades; trabajando de forma activa en el cambio de las políticas de salud y la sociedad para ayudar a mejorar las condiciones de vida, de tal modo que la gente pueda actuar en sus propios términos.

Un factor que ha dado pauta al crecimiento de la psicología de la salud ha sido la premisa de que los individuos son responsables de su propia salud. El individualismo asigna a los sujetos la responsabilidad principal por una buena salud y, por lo tanto, se deben convertir en expertos cuidadores de su propia salud y estilos de vida. Muchas industrias satisfacen las necesidades de los consumidores a quienes se les exhorta a vivir un estilo de vida más sano. El ejercicio, la dieta, la ropa deportiva de marca, las bebidas alcohólicas bajas en calorías, los cigarrillos bajos en alquitrán satisfacen el deseo por la salud o temor por la enfermedad. Al mismo tiempo, lo que se percibe como políticamente correcto con relación a la defensa de la salud ha conducido a una reacción violenta por parte de organizaciones que apelan a las ideas de la libertad y la elección personal al sugerir que los consumidores adultos pueden ser libres de fumar, beber y comer tanto como quieran y cuando elijan hacerlo.

El desengaño con el modelo médico y la progresiva conciencia de la importancia de las influencias psicológicas y sociales de la salud y la enfermedad han conducido a los científicos sociales y a otros especialistas a proponer nuevas formas de conceptualizar la salud y la enfermedad. Se ha mencionado que los factores psicosociales son tan importantes que las causas puramente biológicas del bienestar. Esta postura condujo al desarrollo del modelo biopsicosocial. Este modelo ha sido una influencia importante en la evolución de la psicología de la salud como un nuevo campo de estudio.

Por tanto, hay muchas razones por las cuales la psicología de la salud se ha vuelto un campo inquietante, dinámico y popular. Han aparecido muchos libros y revistas, y los medios de comunicación le han dado una considerable atención. Los programas de promoción de la salud emplean cada vez más los conocimientos clínicos, de orien-

tación y de psicología de la salud, mientras que los cirujanos, anestesiólogos y otros terapeutas están empleando cada vez más investigación y prácticas relacionadas con la psicología de la salud en su trabajo clínico.

Gran parte del atractivo de la psicología de la salud se deriva de la afirmación según la cual, por medio de incluir lo psicosocial, existe la posibilidad de proporcionar una descripción más significativa y “humana” de los temas relacionados con la salud, su cuidado y la enfermedad.

A pesar de que los psicólogos de la salud se oponen al modelo médico y apoyan el modelo biopsicosocial, la mayor parte de la práctica de la psicología de la salud aún se desarrolla en el contexto de la medicina clínica.

Algunos psicólogos y otros profesionales de la salud defienden el modelo biopsicosocial (MBPS), el cual establece que la salud y la enfermedad son el producto de una combinación de factores, incluyendo las características biológicas (la predisposición genética), los factores comportamentales (estilo de vida, estrés) y condiciones sociales (influencias socioculturales, relaciones familiares y apoyo social).

Desde esta perspectiva, se considera que la psicología de la salud es un campo interdisciplinario con muchos vínculos con otras ciencias humanas y también con las humanidades. En un intento por abordar problemas comunes con otras disciplinas, la psicología de la salud es un campo de investigación con un componente social.

En 1986 la OMS incorporó el concepto de calidad de vida y planteó lineamientos básicos para el desarrollo de la política pública en salud, y subrayó la importancia de asegurar la igualdad ante ésta, añadir salud a la vida y aumentar la esperanza de vida. Así, se empieza a pensar en una política pública adecuada a la evolución del proceso de salud-enfermedad en el mundo y a los cambios en el perfil epidemiológico, que además toma los desafíos de modificar los patrones de enfermedad, reducir daños no intencionados y aumentar el acceso a los servicios de salud, sin olvidar que en muchas ocasiones este beneficio choca con los intereses económicos, políticos y financieros de los países y de algunos bloques económicos.

Entre los eventos que afectan el proceso de comprensión e instrumentación de la política pública en salud están los cambios en el concepto de lo público a partir de la democratización política, cultural y del conocimiento, los avances tecnológicos y cambios económicos mundiales que deben ser asumidos como retos para la salud pública.

El nuevo modelo de salud pública, propuesto en las distintas conferencias mundiales realizadas por la OMS, se ha diseñado para que destaquen las estructuras comunitarias y se incorporen nuevos profesionales, tecnologías y enfoques en beneficio de la salud.

El cambio en el modelo de salud pública ha ayudado a la introducción paulatina de la psicología en la construcción de las políticas públicas en salud, pues se reconoce la experticia profesional e investigativa de los psicólogos, lo que ha permitido, asimismo, que sean incluidos en el diseño e implementación de programas gubernamentales de salud (León, 2011), o influyan en la construcción de políticas que los sustentan. Igualmente, para aumentar el impacto del trabajo del psicólogo en la construcción de política pública es preciso llevar a cabo coaliciones con otras profesiones y disciplinas para alcanzar un abordaje integral de las preocupaciones más importantes de la sociedad.

A pesar de los avances de la psicología respecto de su participación en política pública, la influencia que ha tenido en el entrenamiento de los psicólogos para la formulación de políticas públicas ha sido limitada, pues la formación académica no los prepara para responder a todas las demandas de la atención primaria de la salud. Existe un proceso de despolitización del psicólogo que ocurre en las aulas, ya que predomina la visión individualista de los fenómenos sociales y no se desarrolla un verdadero compromiso ni sensibilidad social necesaria para que ocurra.

Es fundamental que la formación de los psicólogos en política pública, y específicamente de aquellos que laboran en el campo de la salud, incluya acciones encaminadas al desarrollo de habilidades políticas soportadas por un interés por participar e influir en la formulación de políticas locales y globales. La formación en un nivel avanzado debe ocurrir por medio de programas de posgrado que formen especialistas en la prevención y atención de problemas que afectan la salud pública, a fin de que basen sus acciones en el reconocimiento del derecho universal e inalienable a la salud que tienen todas las personas. Los psicólogos deben recibir entrenamiento adicional del campo de la salud pública, y debe, asimismo, favorecerse su colaboración con profesionales involucrados en política pública de salud, administración o economía médica. Estos profesionales y sus organizaciones deben mejorar sus relaciones públicas y estrategias de mercado, ser más activos y eficientes para promover servicios en muchos niveles, y llegar a los consumidores potenciales mediante las relaciones con los medios masivos de comunicación.

Además, los psicólogos deben tratar directamente con los beneficiarios de las grandes corporaciones, el gobierno y las asociaciones para explicar el valor de la investigación y los servicios psicológicos. Finalmente, deben ser más activos en los diversos niveles gubernamentales y de política pública, educar a sus representantes públicos respecto a políticas acerca de la importancia de las contribuciones que pueden hacer para promover la salud y una mejor calidad de vida.

Conclusiones

El núcleo de la educación para la salud es el proceso de educación y salud, integrado por información de los hechos, la entrega efectiva y el impacto motivacional. Esto significa que lo más importante es lo bueno y eficiente con que se realiza la función al educar a la gente y motivarla a tomar buenas decisiones en su salud.

Hay muchas herramientas disponibles para los educadores de la salud, tales como la epidemiología, estadística y planificación de los programas, pero su esencia de ser es lo "real" de la salud, que la educación básica y media sea el transporte de una información clara y apropiada de la salud. Como educadores se puede tener acceso a los mejores conocimientos disponibles, pero si no se es entregado, calificado y eficaz en esta información, la utilidad del trabajo está claramente comprometida. Cualquier persona que se ha sentado en una presentación o clase aburrida, sin inspiración y mal preparada, debe cuestionar el proceso de pensamiento que dio lugar a una experiencia tan negativa en los educadores para la salud, por lo tanto, es necesario un enfoque sistemático e integral para la selección de las intervenciones educativas. El concepto de educador sanitario genérico tiene ramificaciones importantes para la formación de los educadores de la salud, ya que pone más énfasis en la adquisición de habilidades

que en el contenido de la salud. Finalmente, la práctica de los educadores para la salud tiene una variedad de entornos, incluyendo la educación para la salud de la comunidad, y está claro que algunas habilidades se utilizan más en algunos escenarios que en otros. Sin embargo, las herramientas básicas son genéricas para todos los entornos, los educadores deben adquirir estas habilidades básicas. Es absurdo, por ejemplo, para una persona creer que él o ella puede funcionar bien como un educador para la salud sin formación en principios educativos.

A pesar de la importancia que tiene la educación de la salud, no se ha logrado hasta ahora un impacto real en la población, debido a la escasa participación de la comunidad en los programas educativos, cuyas características han sido:

1. Ser verticales; es decir, los contenidos y actividades se plantean con un enfoque educador-educando, donde el primero es un profesional de la salud y es el portador del saber o de los conocimientos, y el segundo (paciente, comunidad, alumno) es receptor pasivo del contenido educativo.
2. Los programas en muchas ocasiones no expresan las necesidades específicas de la comunidad. Se elaboran con base en los problemas más generales de salud en el país y no se adaptan al contexto cultural de los educandos.
3. La presentación de la información se hace de manera esquematizada, descuidando su adecuación en el ámbito educativo y las necesidades de las personas a quienes va dirigida.
4. La participación de la comunidad se limita a la asistencia de la población a eventos en los que recibe información y recomendaciones referentes al cuidado de su salud, que no siempre puede poner en práctica por sus condiciones de vida.

Los problemas de salud no pueden ser resueltos únicamente por intervención del personal médico o por un cambio de comportamiento. Es fundamental que la educación para la salud tome en cuenta los factores sociales, ambientales y económicos que determinan la salud de las personas para poder capacitar a la gente a que cambie estas condiciones.

El concepto de una sociedad en proceso de aprendizaje implica una extensa interpretación de lo que es la educación; incluyendo la enseñanza no formal, informal y autodidacta en diferentes lugares y contextos. El aprendizaje relacionado con la salud es un proceso que debe darse a lo largo de toda la vida y puede llevarse a cabo de varias maneras. A medida que las circunstancias de la vida cambian y el cuerpo envejece, los factores de riesgo cambian también. Por lo tanto, existe una necesidad constante de adquirir nuevos conocimientos de la salud (Londoño, Valencia y Vinaccia, 2006).

La ciencia está evolucionando vertiginosamente en el campo de la salud. Para poder tomar decisiones bien fundadas y escoger la mejor alternativa, se necesita tener acceso a información adecuada y debidamente actualizada. La capacidad para responsabilizarse de su salud también es un factor fundamental. La educación más eficaz consiste en ayudar a la gente a tomar decisiones con más seguridad y ampliar su campo de opciones. El ser capaz de responsabilizarse de su salud significa ser autónomo en la vida diaria, hecho que permite a las personas adquirir más seguridad.

La capacidad para responsabilizarse de su salud mediante el empoderamiento es un concepto nuevo. Para promoverlo como un instrumento en el desarrollo de las políticas, es necesario implementar estrategias para incrementar la capacidad y garantizar su propia salud.

Referencias

- Alazraqui, M., Mota E. y Spinelli, H. (2007). El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 321-330.
- Anspaugh, D. J. y Ezell, G. (1995). *Teaching today's health*. Estados Unidos: Allyn Bacon.
- Becoña, E. y Oblitas, L. A. (2000a). Psicología de la salud, antecedentes y desarrollo. En L. A. Oblitas y E. Becoña (coords.). *Psicología de la salud* (pp. 11-52). México: Plaza y Valdés.
- _____ (2000b). Promoción de estilos saludables, ¿realidad, reto o utopía? En L. A. Oblitas y E. Becoña Oblitas (coords.). *Psicología de la salud* (pp. 67-109). México: Plaza y Valdés.
- Bedworth, D. A. y Bedworth, A. E. (1978). *Health education: a process for human effectiveness*. Estados Unidos: Harper & Row.
- Bleich, S. N., Jarlenski, M. P., Bell, C. N. y LaVeist, T. A. (2012). Health Inequalities: trends, progress, and policy. *Annual Review of Public Health*, 33, 7-40.
- Borja, J. (2000). Psicología, salud, ciencia y tecnología. *Psicología y Salud*, 10, 17-29.
- Bureau of Health Planning and Resources Development (1973). *Educating the public about health: a planning guide*. DHEW pub. 78-14004.
- Buttler, J. T. (2001). *Principles of health education and health promotion*. Estados Unidos: Wadsworth.
- Campos-Navarro, R. y Liviere, A. (2002). Mortalidad por empacho en el suroeste del Valle de México (1834-1867), *Boletín Médico del Hospital Infantil*, 59, 345-355.
- Carrascoza, C. A. y Ayala, H. (2000). La participación del psicólogo en el desarrollo de la salud pública en México. *Psicología y Salud*, 10, 149-160.
- Comité para los Problemas de Salud en la Educación (1948). *Health education*. Estados Unidos: National Education Association.
- Derryberry, M. (1960). Health education: its objectives and methods. *Health Education Monographs*, 8(1), 5-11.
- Díez, E., y Peirò, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 158-267.
- Doyle, E. I., Early, J. O. y Ward, S. E. (2010). *The process of community health education and promotion*. Estados Unidos: Waveland Press, Inc.
- Durán, L., Becerra, J., García, M. y Moreno, M. (2002). Educación social integral: perspectiva para el desarrollo comunitario para un bienestar biopsicosocial. En L. Reynoso e I. Seligson (coords.). *Psicología y salud* (pp. 105-144). México: UNAM/Conacyt.
- Durán, L. I., Hernández, M., Díaz, L. y Becerra, L. A. (1993). Educación para la salud. Una estrategia integradora. *Perfiles Educativos*, 62, 1-10.
- Emmanuele, E. (1998). *Educación para la salud, discurso pedagógico* (pp. 35-51). Argentina: Novedades educativas, colección psicología y educación.
- Eslava-Schmalbach, J. y Buitrago, G. (2010). La medición de desigualdades e inequidades en salud. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4). Recuperado de: <http://psiquiatria.org.co/web/publicaciones/revista-colombiana-de-psiquiatria/volumen-39-n-4-ano-2010/>

- Eslava-Schmalbach, J., Sandoval-Vargas, G. y Mosquera, P. (2011). Incorporating equity into developing and implementing for evidence-based clinical practice guidelines. *Revista de Salud Pública*, 13(2), 339-351.
- Fernández, E., Benach, J. y Borrell, C. (2002). El papel de promoción de la salud para hacer frente a las desigualdades en salud. *Documentación Social*, 127, 143-155.
- Gilbert, G., Sawyer, R. y McNeill, E. (2011). *Health education creating strategies for school and community health*. Estados Unidos: Jones & Bartlett Publishers.
- González, A., Padilla, M. A. y Santacreu, J. (2001). Propuesta de un programa preventivo de la miopía dirigido a estudiantes de nivel básico. *Psicología y Salud*, 11, 165-174.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107-109.
- Green, L. W. y Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: an educational and ecological approach*. Estados Unidos: Mayfield.
- Hernández, S. G. (2001). Servicio preventivo de salud adolescente en centros educativos. *Psicología y Salud*, 11, 5-14.
- Hernández-Guzmán, L. y Sánchez-Sosa, J. J. (1995). La psicología preventiva: su validez y eficacia en el contexto de la psicología conductual. *Psicología Conductual*, 3, 173-182.
- Instituto de la UNESCO para la Educación (1999). *Educación para la salud*. Promoción y educación para la salud. Alemania: UNESCO.
- Joint Committee on Health Education Terminology (1991). Report of the 1990 joint committee. *Journal of School Health*, 61, 251-254.
- _____ (1973). New definitions: report of the 1972-1973. *Health Education Monographs*, 33, 63-70.
- León, F. J. (2011). Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la bioética. *Acta Bioethica*, 17(1), 19-29.
- Londoño, C., Valencia, S. C. y Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*, 16, 199-205.
- López, O. (2005). Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas. *XI curso-Taller OPS/OMSCIESS: Legislación de salud: marco regulatorio para la extensión de la protección social en salud*, México, D. F.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health' challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1-14.
- Morgan, A. y Ziglio, E. (2010). En A. Morgan, M. Davies y E. Ziglio (eds.). *Health assets in a global context: theory, methods, action* (pp. 3-16). Nueva York: Springer.
- Mrazek, P. J. y Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Oberteuffer, D., Harrelson, O. y Pollock, M. (1972). *School health education: a textbook for teachers, nurses, and other professional personnel*. Estados Unidos: Harper & Row.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. y Sepúlveda-Amor, J. (2006). *ENSANUT 2006*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Octava conferencia internacional sobre promoción de la salud. Construyendo nuestra herencia, mirando nuestro futuro*. Helsinki, Finlandia: OMS.
- _____ (2009). *Séptima conferencia internacional sobre promoción de la salud*. Nairobi, Kenia: OMS.

- _____ (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud, a fin de afrontar los rápidos cambios de la salud mundial*. Tailandia.
- _____ (2004). *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y políticas*. Ginebra: OMS.
- _____ (2000). *Quinta conferencia internacional sobre promoción de la salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*. México: OMS.
- _____ (1998). *Promoción de la salud. Glosario*, Ginebra.
- _____ (1997). *Cuarta conferencia internacional sobre promoción de la salud: nuevos actores para una nueva era-conduciendo la promoción de la salud en el siglo XXI*. Yakarta, Indonesia: OMS.
- _____ (1991). *Tercera conferencia internacional sobre promoción de la salud*. Sundsvall, Suiza: OMS.
- _____ (1988). *Segunda conferencia internacional sobre promoción de la salud*. Adelaida, Australia: OMS.
- _____ (1986). *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud*. Canadá: OMS.
- _____ (1978). *Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud*. Kazajistán: OMS.
- _____ (1947). *Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948*.
- Ortiz, G. R. (2004). Bioética, psicología y salud. En G. Rodríguez (coord.). *Medicina conductual en México*, tomo I (pp. 73-91). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Perea, Q. R., y Bouché, P. H. (2004). *Educación para la salud: (reto de nuestro tiempo)*. España: Díaz Santos.
- Piña, J. A. (2004). La psicología y los psicólogos en el sector salud en México: algunas realidades perturbadoras. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 191-205.
- _____ (2003). Psicología clínica y psicología de la salud: en defensa de la psicología de la salud. *Suma Psicológica*, 10, 67-80.
- Piña, J. A., y Obregón, F. J. (2003). Algunas reflexiones sobre el concepto de prevención en el contexto de la relación psicología y salud. En J. A. Piña, F. J., Obregón y J. A. Vera (eds.). *Psicología y salud en Iberoamérica* (pp. 53-72). México: UNISON.
- Read, J. G. y Gorman, B. K. (2010). Gender and health inequality. *Annual Review of Sociology*, 36, 371-86.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2002). Psicología y salud en México. En L. Reynoso e I. Seligson (coords.). *Psicología y salud* (pp. 13-31). México: UNAM/Conacyt.
- Salleras, L. (1990). *Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones* (pp. 31-48). Madrid: Díaz de Santos.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). *Health psychology, prevention of disease and illness. Maintenance of health*. UNESCO Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS). Psychology. Oxford.
- Santos, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2), 136-144.
- Secretaría de Educación Pública (SEP) (2013). *Programa Sectorial de Educación 2013-2018*, México: SEP.
- Secretaría de Salud (SSA) (2008). *Programa "5 pasos por tu salud"*. Recuperado de: <http://5pasos.mx/articulosrelacionados/obesidadennumeros.php>

- Secretaría de Salud (SSA) (2013a). *Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. México.
- _____. (2013b). *Programa sectorial de salud 2013-2018*. México: Gobierno de la República.
- Sharkey, P., Grahamkresge, S. y White, G. (1995). Defining health-education-health, values, and professional-responsibility. *Health Values*, 19(6), 23-29.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2014). *Normas oficiales mexicanas vigentes*. Recuperado de: <http://www.spps.gob.mx/marco-juridico.html>
- Urbina, J. (2004). La psicología como elemento fundamental para la promoción de la salud. En G. Rodríguez (coord.). *Medicina conductual en México*, tomo I (pp. 57-70). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Urbina, J. y Acuña, M. (2002). La relevancia de los factores psicológicos para promover la salud de los mexicanos. En *La Psicología Social en México*, 9(1-6). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Valadez, F. I., Villaseñor, F. M. y Alfaro, A. N. (2004). Educación para la salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1, 43-48.
- Vázquez, J. J. (2002). La necesidad de una psicología social de la salud. *Psicología y Salud*, 12, 143-153.