



## Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 2

Junio de 2019

### EL SERVICIO MÉDICO COMO UN PROCESO EDUCATIVO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Omar Chávez Victorino<sup>1</sup> y Germán Morales Chávez<sup>2</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

#### RESUMEN

En el ámbito de la salud los procesos educativos cobran relevancia como parte de las estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y como una técnica para desarrollar habilidades lingüísticas en los pacientes. Sin embargo, es necesario considerar al servicio médico como un proceso educativo en el que la relación equipo médico-paciente es, también, una relación docente-aprendiz. En atención a esto, en este trabajo se sostiene, que el servicio médico puede ser efectivo si se consideran diversas funciones para el equipo médico y para el paciente, que permiten una enseñanza adecuada de habilidades y competencias pertinentes en cada caso médico. En este proceso de aprendizaje, el saber o conocer sobre aspectos relacionados con la condición biológica no es suficiente para que el paciente presente un ajuste comportamental adecuado. Una de las implicaciones de llevar a cabo esta forma de trabajo en el espacio de salud, es la modificación de la concepción de la atención médica como estrictamente informativa y dar paso a una visión que integra lo educativo con la finalidad del cambio de comportamiento del paciente, disciplinariamente orientado.

**Palabras clave:** Servicio médico, educación en salud, adherencia terapéutica.

<sup>1</sup> Doctorante en el Posgrado en Psicología – UNAM, Correo Electrónico: [psic.omar@hotmail.com](mailto:psic.omar@hotmail.com) y [dr.omarchv@gmail.com](mailto:dr.omarchv@gmail.com)

<sup>2</sup> Profesor Titular A, FES Iztacala, Correo Electrónico: [gmoralesc@unam.mx](mailto:gmoralesc@unam.mx)

## THE MEDIC SERVICE AS AN EDUCATIONAL PROCESS OF TEACHING - LEARNING

### ABSTRACT

In the field of health, educational processes become relevant as part of strategies for disease prevention and health promotion, and as a technique to develop language skills in patients. However, it is necessary to consider the medical service as an educational process in which the doctor-patient relationship is also a teacher-apprentice relationship. In view of this, in this paper it is maintained, that the medical service can be effective if several functions are considered for the medical team and for the patient, which allow an adequate teaching of relevant skills and competences in each medical case. In this learning process, knowing about aspects related to the biological condition is not enough for the patient to present an adequate behavioral adjustment. One of the implications of carrying out this form of work in the health area is the modification of the conception of medical care as strictly informative and giving way to a vision that integrates education with the purpose of changing the patient's behavior, disciplinarily oriented.

**Key words:** Medical service, health education, therapeutic adherence.

Es común pensar que la educación es un mecanismo de transformación social propio de un espacio, el cual se denomina con el mismo nombre “ámbito educativo” lo cual es un reduccionismo que limita las posibilidades de intervención psicológica. Para mostrar elementos en pro de esta afirmación, a continuación, se recuperan categorías de la psicología educativa y sus posibilidades de extensión a otros ámbitos, en este caso, el de la salud. Los actores que posibilitan la educación, a saber, a) el individuo que será incorporado a una práctica compartida que aún no es capaz de realizar, y b) la persona, con un dominio de la práctica, que es capaz de incorporar al otro individuo a través de estrategias específicas, son nombrados con las etiquetas de alumno, para el aprendiz, y profesor, para el que enseña. (Silva, Morales, Pacheco, Camacho, Garduño y Carpio, 2014).

En el ámbito educativo el profesor media la relación entre el estudiante y los referentes disciplinarios con la finalidad que el estudiante desarrolle habilidades (hacer o decir lo que se requiere en una situación particular para cumplir un criterio establecido) y competencias (variación del desempeño para cumplir un criterio sin depender de una forma particular de comportamiento) en un ámbito disciplinario particular (Carpio, Canales, Morales, Arroyo y Silva, 2007).

En la incorporación del estudiante a las prácticas sociales de una comunidad disciplinaria, que se enseñan en las instituciones educativas, la participación del docente es clave, en tanto se espera que sea un representante experto de las prácticas disciplinarias de la comunidad a la que pertenece. Por ello, emplea diversas estrategias de enseñanza-aprendizaje establecidas en los diferentes espacios educativos, para lograr que el aprendiz poco a poco vaya ajustando su comportamiento a los cánones curriculares y paradigmáticos que encierra una asignatura particular.

Desde una aproximación funcional, esta relación experto-novato, se presenta en diversos ámbitos sociales, incluyendo al área de la salud. En este campo la relación se presenta con otros nombres que asumen los participantes de dicha relación: 1.- Profesionista que integra el equipo médico (médico, enfermero, psicólogo, trabajador social) y 2.- Paciente (persona con una condición biológica particular).

Al igual que en el ámbito educativo, el equipo médico establece el criterio que estructura la situación de interacción equipo médico-paciente; este criterio se relaciona con aspectos particulares de la salud del individuo, tales como:

1. Curar una enfermedad;
2. Detener el desarrollo o desacelerar el avance de una patología;
3. Impedir el desarrollo de enfermedades secundarias;
4. Disminuir dolor ante patologías específicas; y
5. Reducir los efectos adversos que son característicos de etapas terminales de ciertas patologías.

Para que el paciente pueda cumplir con el criterio establecido por el equipo médico, requiere desarrollar habilidades y competencias que incidan en 3 aspectos generales: a) la dieta, b) la ingesta de medicamentos y c) la actividad física, todos ellos, representan o demandan desplegar comportamiento psicológico. También se consideran aspectos relacionados con la satisfacción de criterios que posibilitan la atención médica, tales como: cumplimiento de citas, permisión de estudios, permanencia en las instituciones de salud, etc. (Chávez, 2018). Desde algunas aproximaciones se ha subordinado el papel del paciente al del profesionista médico, lo cual constituye un error, tanto en el ámbito educativo como el de la salud, ya que sin uno de los elementos (el paciente, el profesionista y el criterio médico), o su subvaloración, no es posible la relación médica (López-Gamiño, Alarcón-Armendáriz y Cepeda-Islas, 2010).

Las similitudes entre los dos ámbitos se pueden observar en el nivel primario de intervención médica. En esta se puede identificar de una manera directa la naturaleza educativa del servicio médico, al incorporar al profesor o al psicólogo educativo en la diada, para mediar la relación equipo médico-paciente con el fin de lograr el desarrollo de comportamientos que faciliten estilos de vida saludable (Macías, Gordillo y Camacho, 2012). Esta dimensión corresponde a la promoción de la salud y al uso de la educación para la salud como herramienta.

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En la actualidad, se reconoce la relación directa entre el comportamiento de los individuos y el desarrollo de enfermedades, lo que implica disminución de la calidad y el tiempo de vida de la población (Pérez y Echauri, 2013). Por lo que la impartición y formalización de la educación para la salud resulta pertinente, en tanto se constituye como una herramienta de promoción de la salud, que tiene como objetivo que el proceso de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la salud se incorpore a la vida cotidiana de las personas. Es decir, hacerlo un proceso educativo formal con tópicos específicos como higiene corporal y bucal, dieta, actividad física, ingesta farmacológica, etc. (Cisneros y Hernández, 2011; López-Gamiño, Alarcón-Armendáriz y Cepeda-Islas, 2010; Macías, Gordillo y Camacho, 2012). También se plantea la necesidad de incorporar estrategias para desarrollar habilidades lingüísticas e instrumentales (Pérez y Echauri, 2013; Ribes, 1990), por lo que se requiere el desarrollo de charlas, talleres, representaciones simuladas, prácticas de campo, entre otros (Morawicki, Ramos y Meinardi, 2011). De esta manera, la educación para la salud se encarga de promover y utilizar los procesos educativos en el desarrollo de conocimientos y prácticas relacionadas con la salud individual y grupal (Cisneros y Hernández, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (OPS, 2017) habla de la “alfabetización para la salud” refiriéndose a las habilidades que permiten a una persona acceder, entender y utilizar los referentes disponibles respecto del ámbito con el fin de promover y mantener una buena salud (OPS, 2017). Esto es, se plantea educar a la población en el ámbito de la salud para que pueda utilizar su formación académica en la promoción, mantenimiento y mejora de su calidad de vida en el transcurso de esta (Romero y Ruíz-Cabello, 2012).

La educación para la salud como herramienta, se comenzó a enfatizar desde finales del siglo anterior, como consecuencia del objetivo elaborado por la OMS en la declaración de

Alma Ata (OPS, 1978). En la región panamericana, la promoción para la salud se incluyó en la agenda política a partir de la Declaración ministerial de México para la promoción de la salud (Secretaría de Salud, 2000), en la que los países de la región se comprometieron a fortalecer la planificación de actividades relacionadas con la promoción de la salud. En la misión de la educación para la salud se plantea que no es suficiente informar sobre las variables que se relacionan con estilos de vida saludables, sino que se requiere una participación activa de las personas que permita el desarrollo de comportamiento efectivo. En México se ha hablado de la importancia de la educación para la salud en el ámbito médico desde finales del siglo pasado (Ruelas-Barajas, 1988).

Para que se pueda educar en salud se requiere considerar:

1. Las habilidades y competencias instrumentales y lingüísticas que se requieren desarrollar;
2. Que el profesionista conozca los objetivos y los contenidos a enseñar;
3. Utilizar estrategias informativas y prácticas; y
4. Considerar el tipo de población al que estará dirigida la técnica educativa (Díaz, Pérez, Báez y Conde, 2012).

De esta manera, el paciente podrá: a) Comprender y seguir las instrucciones respecto de las conductas saludables, b) Modificar su comportamiento para mejorar su salud, c) Tomar decisiones adecuadas en el área de la salud, d) Identificar las oportunidades para acudir a las instituciones médicas y e) Compartir sus prácticas saludables con otros (Yuvinyá-Canal, Bertran-Noguer, Suñer-Soler, 2018).

Normalmente, la educación para la salud se establece en dos contextos sociales: en el escolar, dirigido a estudiantes desde el nivel básico hasta el superior, y en el sanitario, dirigido a pacientes y acompañantes en el nivel primario de intervención (Pérez y Echauri, 2013). En el primer contexto es común que el profesor se incorpore de manera directa en el ámbito de la salud, llevando a cabo intervenciones que incidan en el cambio comportamental de la población hacia estilos de vida más saludables. En ocasiones, los profesionales del área de la salud cumplen esta función, realizando actividades que no son parte formal de la consulta médica, tales como talleres, cursos, grupos de discusión, charlas, etc. En el segundo contexto, casi siempre son los profesionales de la salud los

que cumplen la función docente en el proceso de enseñanza-aprendizaje que se establece (Rueda, Cantos, Valdivia y Martínez-Fuentes, 2011).

Se ha identificado la efectividad de la educación para la salud como herramienta preventiva (Bruno y Csiernik, 2018; Lee, Cameron, Battams, Roche, 2016; Porter, 2015) y se ha observado que está regulada por el tiempo y tipo de intervención, la capacidad de los profesionistas y los recursos disponibles (Rueda, Cantos, Valdivia y Martínez-Fuentes, 2011). Aunque, es común que no se evalúe su impacto debido a sus resultados a largo plazo (Pérez y Echaury, 2013), o que la evaluación se enfoque en dimensiones comportamentales específicas (Chester, Klemmer, Magnusson, Spencer y Brooks, 2019).

#### LA ATENCIÓN MÉDICA COMO UN PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Además del uso de la educación como herramienta para promover la salud y prevenir enfermedades, en el ámbito médico se ha construido una técnica psicológica para el desarrollo de habilidades y competencias relacionadas con el conocimiento y los saberes; esta técnica se ha denominado “psicoeducación”. Con esta técnica se busca que el paciente comprenda aspectos relacionados con condiciones biológicas y los cambios comportamentales que implican (Montiel y Guerra, 2016).

La psicoeducación se ha utilizado en incontables intervenciones psicológicas, ya sea como herramienta aislada o como parte de un paquete de intervención. Por ejemplo, y a manera de muestra somera: se ha utilizado para entrenar a cuidadores primarios de los enfermos (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017; Velázquez, López, López, Cataño y Muños, 2011) y para facilitar la adaptación en sobrevivientes de cáncer (Montiel y Guerra, 2016).

En esta técnica, los profesionistas, principalmente el psicólogo, explica al paciente en qué consiste una patología y cómo se relaciona con su comportamiento. De esta manera, el paciente logra entender cuál es su condición biológica, lo que hizo para que se presentara y lo que debe hacer en un futuro para modificar esta situación. Para lograr este objetivo se emplea material didáctico y un lenguaje comprensible.

Si se observan las actividades que llevan a cabo los profesionales de la salud al aplicar esta técnica se pueden identificar diversos aspectos:

1. La educación es una actividad que no se presenta en todas las interacciones equipo médico-paciente; sólo se presenta en aspectos y momentos específicos;

2. Educar es desarrollar habilidades y competencias lingüísticas que se pueden actualizar en forma de comportamiento instrumental, es decir, el saber algo implica, de manera directa, hacer algo; y
3. La interacción equipo-médico paciente no representa, por sí misma, un proceso de enseñanza-aprendizaje.

Al aplicar la psicoeducación es importante considerar que no todas las personas pueden actualizar el conocimiento que tienen sobre algo en comportamiento efectivo, y que hay diferencias funcionales entre saber algo como consecuencia de experiencias directas versus haber leído y escuchado información sobre la relación enfermedad-comportamiento (Ribes, 1990).

Por otra parte, la educación en el área de la salud no se restringe ni se supedita al uso de una herramienta o estrategia en la promoción de estilos de vida saludables. El mismo servicio médico, considerando la consulta como el espacio en el que se establece la interacción equipo médico-paciente, es un proceso de enseñanza-aprendizaje, lo cual se ha mencionado y sugerido desde hace varios años (Briceño-León, 1996).

Desde esta postura se propone dejar de considerar a la relación equipo médico-paciente como un discurso lineal (del equipo médico al paciente) en el que la mera expresión lingüística (proporcionar información) es suficiente para lograr que el paciente modifique su comportamiento en función del criterio médico establecido. Se debe considerar que en la relación equipo médico paciente está implicada una formación de los pacientes y de la población, por lo que es un proceso de enseñanza-aprendizaje en sí mismo; es decir, el servicio de salud es en sí mismo un proceso educativo (López-Gamiño, Alarcón-Armendáriz y Cepeda-Islas, 2010), ya que la atención médica no es efectiva sin la implicación del paciente, por medio de la modificación y emisión de comportamiento saludable para cumplir con los criterios establecidos.

Si el servicio médico es un proceso de enseñanza-aprendizaje se requiere adaptar la atención al paciente en función de las particularidades de cada caso (López-Gamiño, Alarcón-Armendáriz y Cepeda-Islas, 2010; Morawicki, Ramos y Meinardi, 2011), y no entenderlo como un servicio genérico. En el área educativa, la formación está dividida por niveles, y estos niveles por grados, que determinan el tipo de habilidades y competencias que se enseñaran en función de la asignatura. En el área de la salud no hay niveles ni grados, por lo que el ajuste del proceso de enseñanza-aprendizaje a las características

particulares del paciente y de su grupo social son más críticas e indispensables para que el servicio sea efectivo.

### ¿QUÉ SE ENSEÑA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD?

En el ámbito de la salud, el equipo médico enseña al paciente habilidades y competencias relacionados con las prácticas de la institución médica, la cual opera con base en el sistema biomédico (Chávez y Carpio, 2018). La institución en la que labora el equipo médico tiene criterios comportamentales relacionados con lo que se considera estilos de vida saludables. Estos criterios se establecen a los pacientes para que puedan mejorar su condición biológica.

El equipo médico requiere enseñar al paciente la forma de cumplir tales criterios, lo cual implica no solo brindar información entendible, sino identificar las habilidades y competencias funcionales que presenta el paciente, emitir instrucciones claras y precisas, diseñar situaciones para que el paciente pueda practicar las conductas necesarias, evaluar la correspondencia entre el criterio prescrito y el comportamiento real del paciente, así como dar un seguimiento de su trayectoria conductual relacionada con la procuración de la salud (Morales, Peña, Hernández y Carpio, 2017).

Esta situación obliga al equipo médico a ajustar su comportamiento en cada caso específico, ya que lo que requiera hacer para lograr el aprendizaje efectivo del paciente será distinto. Por ejemplo, es probable que los pacientes que habitan zonas urbanas, en las que el Estado ha instaurado instituciones del sistema biomédico de salud, tengan habilidades lingüísticas desarrolladas; es decir, es probable que identifican lo que es una enfermedad crónica, los síntomas de la diabetes y las modificaciones que deben hacer en su dieta para disminuir el avance de la patología. Esto es posible porque ha sido expuesto a prácticas relacionadas con el sistema biomédico durante su vida: ha escuchado y leído sobre las enfermedades que existen, los síntomas relevantes, la manera de curarse, ha visto que su familia se enferma y hace cosas para sanar, etc (Riggs, 2005). Entonces, ante paciente con estas características, el equipo médico debe planear estrategias de aprendizaje para que el paciente desarrolle comportamiento instrumental, es decir, que aprenda a hacer, más que a saber.

Por otro lado, si el equipo médico presta sus servicios a un paciente que pertenece a grupos sociales en los que no se practica el sistema biomédico, tendrá que planear estrategias de enseñanza para el desarrollo de habilidades lingüísticas e instrumentales;

es decir, tendrá que enseñar al paciente a saber y a hacer respecto de los criterios que establecerá. Le tendrá que enseñar la lógica y las relaciones que se establecen desde el sistema biomédico, como ejercicio de la desprofesionalización del conocimiento médico, esto es, transferir el conocimiento disciplinario a ordinario para ser usado por no profesionistas y no expertos. Esta situación se presenta cuando se atiende a población indígena, en la que están instaurados sistemas médicos distintos (Chávez y Carpio, 2018), y que se relacionan con su modo de vida y su cultura ([Jean y Braune, 2010](#)). También debe ajustar las estrategias de enseñanza con pacientes con características específicas, tales como el nivel educativo (Yuvinyá-Canal, Bertran-Noguer, Suñer-Soler, 2018).

De manera precisa, para poder ser efectivos como profesionales en el ámbito de la salud, en el que adoptan funciones docentes de los pacientes-aprendices, el equipo de salud requiere llevar a cabo lo siguiente:

1. Identificar las condiciones biológicas específicas, relacionadas con el sistema médico que regula las prácticas de su institución;
2. Planear el contexto y las circunstancias que permitan que se establezca la interacción equipo médico-paciente;
3. Explorar las competencias del paciente para poder identificar el dominio que tiene en el ámbito de la salud, relacionado con el sistema médico utilizado y la condición biológica;
4. Explicitar los criterios médicos a los cuales el paciente tendrá que ajustar su comportamiento en función de la condición biológica específica;
5. Ilustrar el comportamiento que se espera del paciente en función del criterio explicitado;
6. Establecer situaciones que permitan llevar a cabo prácticas supervisadas con el paciente para el desarrollo de habilidades y competencias pertinentes;
7. Retroalimentar el comportamiento del paciente, al establecer la relación entre el criterio médico establecido, el comportamiento esperado, el comportamiento expresado y la manera de aumentar o mantener la correspondencia entre estos; y
8. Evaluar el comportamiento del paciente, al establecer la distancia entre el desempeño ideal y el desempeño real en el ámbito de la salud.

Por otra parte, para que se logre el aprendizaje de las formas de comportamiento necesario para conseguir un ajuste médico, el paciente-aprendiz requiere llevar a cabo las siguientes funciones:

1. Identificación de los criterios médicos establecidos por el equipo médico;
2. Selección de las precurrentes que requiere desarrollar para poder cumplir con el criterio médico;
3. Planeación de las circunstancias necesarias para poder practicar el comportamiento que permita el ajuste médico;
4. Práctica del comportamiento necesario para conseguir un ajuste médico.
5. Participación en las consultas y en las indicaciones dadas por el equipo médico propias de la situación particular del paciente;
6. Supervisión de su propio desempeño para conocer en qué medida podrá cumplir con el criterio médico;
7. Evaluación del propio comportamiento que permita establecer una distancia entre lo que se esperaba y lo que hizo respecto del criterio médico; y
8. Capacidad para generalizar lo aprendido en circunstancias específicas a otros momentos, circunstancias y áreas sociales para poder tener un ajuste médico adecuado (Morales, Peña, Hernández y Carpio, 2017).

Si se consideran estas actividades que requieren llevar a cabo los profesionistas y los pacientes, es evidente que el proceso educativo docente-aprendiz no es exclusivo de estrategias de promoción y prevención a nivel primario, ni se reduce a técnicas informativas. El proceso educativo es inherente a la relación equipo médico-paciente y se puede identificar en los diversos segmentos de esta relación: diagnóstico, pronóstico, tratamiento y seguimiento.

De hecho, el no identificar que el servicio médico representa una relación docente-aprendiz en el ámbito de la salud resulta en una simplificación y reducción de una interacción compleja, lo cual reduce las posibilidades de prestar servicios efectivos como profesionista. Dada la complejidad de la interacción médica y de las funciones de sus participantes, es evidente que se requiere de un trabajo conjunto entre médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y nutriólogos (entre otros profesionistas) para poder brindar un servicio adecuado, ya que un solo profesionista no podría llevar a cabo todas las funciones. Esto es exactamente lo mismo que en el espacio educativo, en

el que ningún profesional ni disciplina es más importante que la otra, sino que es la concurrencia armoniosa de todos los participantes orientados a un objetivo educativo, lo que resulta crítico para la vida educativa. Por otra parte, el papel del psicólogo se torna relevante al estar formado para desarrollar diversas actividades educativas con los otros que les permita aprender las funciones necesarias para una relación equipo médico-paciente, docente-aprendiz, efectiva (Ribes, 2018; Rodríguez, 2006). Finalmente, si el objeto filosófico de la educación, de manera general, se dirige a la formación de lo humano, el objetivo de la educación para la salud se dirige a la formación de lo humano saludable.

### CONSIDERACIONES FINALES

En el presente trabajo se plantea la relación médico-paciente como analogía de la relación docente-alumno, para mostrar que la primera no es solamente una relación lineal informativa, sino que encierra un proceso educativo similar al que ocurre en las aulas, de ahí que se han señalado algunos elementos que comparten. Quizás existan muchos más y otros no serán equivalentes, pero uno de los aspectos que resulta conveniente en ambos casos, es el relativo a la evaluación del comportamiento psicológico, aspecto que muchas veces es descuidado cuando su relevancia es crítica en tanto componente de los fenómenos sociales, en este caso, de la salud (Mercado y Terán, 2011).

En el área educativa hay un énfasis importante en la construcción de métodos de evaluación que permitan identificar el desempeño de los alumnos en diferentes momentos, ya sea como evaluación diagnóstica, formativa y sumativa, para poder estimar las habilidades y competencias previas del aprendiz. Lo mismo se requiere en el área médica, para precisar los avances logrados por cada usuario en el transcurso del servicio y para poder identificar las evidencias de desempeño que corresponden a los resultados de aprendizaje logrados (Secretaría de Educación Pública, 2008).

Hasta ahora, en el ámbito de la salud se han desarrollado métodos de evaluación directos e indirectos para poder identificar el nivel de ajuste comportamental presentado por los pacientes en la dimensión dietética, farmacológica y conductual. Los métodos directos desarrollados se han dirigido a la identificación de niveles biológicos que son muestra del ajuste médico, mientras que los indirectos son los que se obtienen por medio de registros y reportes, ya sean auto-registros/auto-reportes (hechos por el propio paciente) o hetero-registros/hetero-reportes (hechos por terceros). La principal dificultad ha sido aumentar la

correspondencia entre lo que el paciente menciona que hizo y lo que realmente hizo, es decir, la fiabilidad de los registros (Reynoso y Seligson, 2005).

Por lo anterior, al igual que en el espacio educativo, es necesaria la construcción de mejoras formas de promoción, medición y representación del ajuste a los criterios médicos. Esto en conjunto con los argumentos delineados en este trabajo, pueden abonar a la efectividad de los profesionistas en el desarrollo de habilidades y competencias pertinentes, relacionadas con los diversos contenidos disciplinarios en el caso del ámbito educativo y de comportamientos saludables de prevención, curación y rehabilitación en el caso del ámbito médico. En ambos casos, es deseable la formación de individuos capaces de mejorar su propia calidad de vida y la de otros, la educación y la salud hoy más que nunca lo demandan.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Briceño-León, R. (1996). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 12 (1), p. 7-30. Recuperado el 28 de febrero de 2019 de <https://www.scielo.org/pdf/csp/1996.v12n1/7-30/es>
- Bruno, T. y Csiernik, R. (2018). An examination of universal drug education programming in Ontario, Canada's elementary school system. *International Journal of Mental Health and Adicction*. Recuperado el 26 de febrero de 2019 de <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9977-6>
- Carpio, C., Canales, C., Morales, G., Arroyo, R. y Silva, H. (2007). Inteligencia, creatividad y desarrollo psicológico. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2). Recuperado el 22 de febrero de 2019 de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552007000200005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200005)
- Chávez, V. O. (2018). Efectos de una intervención psicológica sobre la adhesión terapéutica en pacientes con insuficiencia renal en espera de trasplante renal. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21 (1). Recuperado el 28 de febrero de 2019 de <http://www.mediagraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi181k.pdf>
- Chávez, V. O. y Carpio, R. C. (2018). El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18 (35-2), 195-209.
- Chester, K. L., Klemmer, E. y Magnusson, J., Spencer, H. N. y Brooks, M. F. (2019). The role of school-based health education in adolescent spiritual moral, social and cultural development. *Health Education Journal*. Recuperado el 26 de febrero de 2019 de <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0017896919832341>

- Cisneros, D. G. y Hernández, B. Y. (2011). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *MEDISAN*, 10 (15). Recuperado el 25 de febrero de 2019 de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001000013yscript=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001000013yscript=sci_arttext&lng=pt)
- Cuevas-Cancino, J. J. y Moreno-Pérez, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14 (3), p. 207-218.
- Díaz, B. Y., Pérez, R. J., Báez, P. F. y Conde, M. M. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28 (3), p. 299-308. Recuperado el 25 de febrero de 2019 de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n3/mgi09312.pdf>
- Jean, L. E. y Braune, W. F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado en las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, 18 (3), p. 177-185. Recuperado el 27 de febrero de 2019 de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf)
- Lee, K. N., Cameron, J., Battams, S. y Roche, A. (2016). What Works in school-based alcohol education: a systematic review. *Health Education Journal*, 75 (7), p. 780-798. Recuperado el 26 de febrero de 2019 de <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0017896915612227>
- López-Gamiño, M, Alarcón-Armendáriz, M. y Cepeda-Islas, M. (2010). La educación para la salud y las diversas mediaciones comunicativas que intervienen. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24 (2), p. 140-145.
- Macías, M. A., Gordillo, S. L. y Camacho, R. E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev. Chil. Nutr.*, 39 (3). Recuperado el 25 de febrero de 2019 de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182012000300006yscript=sci\\_arttext&lng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182012000300006yscript=sci_arttext&lng=en)
- Mercado, D. S. y Terán, A. A. (2011). *Medición en Psicología: un análisis metodológico*. En Pacheco, C. V. y Carpio, R. C. (Coord.). *Análisis del comportamiento. Observación y métricas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Montiel, C. V. y Guerra, M. V. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mamá. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42 (2), p. 332-336.
- Morales, G., Peña, B., Hernández, A. y Carpio, C. (2017). Competencias didácticas y competencias de estudio: su integración funcional en el aprendizaje de una disciplina. *Alternativas en Psicología*, 37. Recuperado el 28 de febrero de 2019 de <https://www.alternativas.me/attachments/article/143/02%20-%20Competencias%20didácticas%20y%20competencias%20de%20estudio.pdf>

- Morawicki, P., Ramos, R. y Meinardi, E. (2011). Prácticas de enseñanza en educación para la salud en egresados del profesorado en Biología de la UNAM. *Rev. Cienc. Tecnol.* 13 (16), p. 5-12.
- Organización Panamericana de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Recuperado el 25 de febrero de 2019 de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Educación para la salud con enfoque integral. Recuperado el 25 de febrero de 2019 de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>
- Pérez, J. M. y Echauri, O. M. (2013). Educación versus coerción: una apuesta decidida por la educación para la salud. *Gaceta Sanitaria*, 27 (1), p. 72-74. Recuperado el 26 de febrero de 2019 de <https://www.scielosp.org/pdf/ga/2013.v27n1/72-74/es>
- Porter, M. C. (2015). Revisiting precede-proceed: a leading model for ecological and ethical health promotion. *Health Education Journal*, 75 (6), p. 653-764. Recuperado el 26 de febrero de 2019 de <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0017896915619645>
- Reynoso, E. L. y Seligson, N. I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual moderno.
- Ribes, I. E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, I. E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: una introducción a la teoría de la Psicología*. México: Manual moderno.
- Riggs, L. C. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, 14, 101-124.
- Rodríguez, C. M. (2006). *Análisis contingencial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Romero, M. F. y Ruíz-Cabello, A. L. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*, 2 (2), p. 3-4.
- Rueda, E., Cantos, M. J., Valdivia, P. A. y Martínez-Fuentes, J. (2011). Effectiveness of health education in low back pain in adults. *Journal of Sport and Health Research*, 3 (2), 101-112.
- Ruelas-Barajas, E. (1988). Retos de la educación en salud pública en México hacia el siglo XXI. *Salud Pública de México*, 30, p. 240-245. Recuperado el 25 de febrero de 2019 en <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/196/188>
- Secretaría de Educación Pública (2008). Acuerdo 442 por el que se establece el Sistema Nacional de Bachillerato en un plan de diversidad. Recuperado el 2 de abril de

2019 de

[http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/11435/1/images/5\\_1\\_acuerdo\\_numero\\_442\\_establece\\_snb.pdf](http://www.sems.gob.mx/work/models/sems/Resource/11435/1/images/5_1_acuerdo_numero_442_establece_snb.pdf)

Secretaría de la Salud (2000). Declaración ministerial de México para la promoción de la salud. Recuperado el 25 de febrero de 2019 de

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/declaracion.htm>

Silva, V. H., Morales, C. G., Pacheco, C. V., Camacho, T. A., Garduño, O. H. y Carpio, R. C. (2014). Didáctica como conducta: una propuesta para la descripción de las habilidades de enseñanza. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 40 (3), p. 32-46.

Velásquez, V., López, L., López, H., Cataño, N. y Muñoz, E. (2011). Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Revista de Salud Pública*, 13 (3), p. 458-469. Recuperado el 25 de febrero de 2019 de <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2011.v13n3/458-469/es>

Yuvinyá-Canal, D., Bertran-Noguer, C. y Suñer-Soler, C. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria*, 32 (1). Recuperado el 28 de febrero de 2019 de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112018000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000100008)