

00961



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ACTITUDES DE LAS Y LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA RESPECTO A LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA PRACTICA COMUNITARIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADEMICO DE MAESTRA EN ENFERMERIA (CON ORIENTACION EN EDUCACION) PRESENTA:
LIC. MARIA DE LOS ANGELES GODINEZ RODRIGUEZ

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. MARIA DE LOS ANGELES TORRES LAGUNAS

MEXICO, D. F.

AGOSTO 2005

m347541



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Actitudes de las y los estudiantes de Enfermería
respecto a la promoción de la salud
en la práctica comunitaria

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA
(CON ORIENTACIÓN EN EDUCACIÓN)

P R E S E N T A

LIC. MARÍA DE LOS ANGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. MARÍA DE LOS ANGELES TORRES LAGUNAS

México DF.

Agosto del 2005



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Actitudes de las y los estudiantes de Enfermería
respecto a la promoción de la salud
en la práctica comunitaria

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRA EN ENFERMERÍA
(CON ORIENTACIÓN EN EDUCACIÓN)

P R E S E N T A

LIC. MARÍA DE LOS ANGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. MARÍA DE LOS ANGELES TORRES LAGUNAS

Comité tutorial

Mtra. Eva Reyes Gómez

Mtra. Silvia Crespo knopfler

México DF.

Agosto del 2005



MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: María de los Angeles Godínez Rodríguez

FECHA: 23/03/05

FIRMA: [Firma]

ING. LEOPOLDO SILVA GUTIERREZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.

PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **18 de mayo del 2005**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **MARÍA DE LOS ÁNGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ** con número de cuenta **95622835**, con la tesis titulada:

ACTITUDES DE LAS Y LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA PRÁCTICA COMUNITARIA

bajo la dirección del(a) MTRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES LAGUNAS

Presidente : Maestra Eva Reyes Gómez
Vocal : Maestra María de los Ángeles Torres Lagunas
Secretario : Maestra Guadalupe Rosette Mohedano
Suplente : Maestra María Dulce Guillén Cadena
Suplente : Doctor Juan Pineda Olvera

Sin otro particular, quedo de usted.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
MÉXICO D.F. a 6 de junio del 2005.

Laura Morán Peña

MTRA. LAURA MORÁN PEÑA
COORDINADORA DEL PROGRAMA

DEDICATORIAS

A Dios por haberme dado el derecho a la vida y por todo lo que me ha dado.

A mi mamá, María por su enseñanza, apoyo, comprensión y gran amor que durante todo el tiempo me ha brindado.

A mis hermanos: Luz, por su apoyo y amor incondicional, a Marga y José de Jesús, por que la distancia no ha sido obstáculo para continuar unidos.

A Luis que me ha brindado su apoyo como pareja en mi superación profesional, en especial para este proyecto.

A mis hijos: Angelita, por que eres la luz que vino a iluminar mi vida, porque también me apoyaste y te robé tiempo.

A ti Ángel que llegaste a complementar mi vida, que te comportaste como un adulto pequeño, y entendiste que no podía dedicarte mucho tiempo, a los dos, los amo.

A mi cuñado Enrique: Porque siempre he tenido su apoyo y comprensión.

A mis amigas:

Elia Rosa, Ursina, Brigida y Patricia, que me apoyaron siempre.

A mis compañeras de trabajo, por que siempre encontré palabras de aliento en ellas, en especial a Anita, Imelda y Lilia.

A todos mis compañeros de maestría, con los cuales compartí aprendizajes, angustias y agradables momentos, en especial Angy, Gandhi, Lilia y Filiberto, que me brindaron su apoyo y amistad incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Al Programa de Apoyo para la Superación del Personal Académico de la UNAM (PASPA), por su apoyo para cursar la maestría.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la UNAM por el apoyo que me brindo.

A la Jefatura de la Carrera de Enfermería de la FESI por el apoyo y las facilidades otorgadas.

A la Mtra. Elena Hernández Mendoza y la Mtra. Silvia Nicolás Cisneros por confiar en mí, para este proyecto.

A la Mtra. Laura Morán Peña por su apoyo, comprensión, enseñanza y asesoría, que fueron de gran apoyo para mi formación y elaboración de esta investigación.

A la Mtra. María de los Angeles Torres Lagunas que me orientó y me apoyo como directora de tesis, y quien que me brindo su amistad.

A todas mis docentes de la maestría por que dejaron en mí, aprendizajes significativos y el deseo de seguir superándome.

Al Dr. Jorge Ameth Villatoro por su enseñanza y asesoría en el análisis estadístico de esta investigación.

INDICE

	Págs.
RESUMEN	7
Introducción.....	8
I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	
1.1 Justificación y Planteamiento del problema.....	10
1.2 Importancia del estudio.....	13
1.3 Propósito.....	13
1.4 Objetivos.....	14
 II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes.....	15
2.2 Las actitudes	19
2.2.1 Diferentes definiciones sobre actitudes.....	19
2.2.2 Formación y componentes de las actitudes.....	20
2.2.3 Características de las actitudes	22
2.3 Contextos de aprendizaje actitudinal	23
2.3.1 Centro escolar.....	24
2.4 Teoría del aprendizaje social.....	25
2.5 Promoción de la salud (PS).....	32
2.5.1 PS en el currículo de la carrera de Lic. en enfermería de la FESI.....	40
2.5.2 PS en el currículo de la carrera de Lic. en enfermería de la ENEO.....	41
2.6 Práctica comunitaria como parte de la atención a la salud.....	42
2.7 Adquisición de actitudes en las y los estudiantes.....	43
 III DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1 Diseño y tipo de la investigación.....	48
3.2 Población y muestra.....	48
3.2.1 Tipo de muestreo.....	48
3.2.2 Muestra.....	48

3.3 Criterios de inclusión.....	49
3.4 Variables de estudio.....	49
3.4.1 Operacionalización de variables.....	50
3.4.2 Dimensiones y total de ítems.....	52
3.5 Hipótesis.....	53
3.6 Procedimiento de recolección de datos.....	53
3.7 Prueba piloto.....	53
3.8 Descripción del Instrumento.....	53
3.8.1 Validez.....	53
3.8.2 Confiabilidad.....	54
3.9 Procesamiento y análisis de datos.....	55
3.10 Aspectos éticos.....	55

IV RESULTADOS

4.1 Descripción de las características de los sujetos muestra.....	56
4.2 Validez de la escala para medir actitudes.....	57
4.3 Resultados de las actitudes en general y por dimensiones.....	61
4.4 Resultados de las actitudes por ítem.....	63

V DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Interpretación y discusión de resultados.....	72
5.2 Conclusiones.....	75
5.4 Recomendaciones.....	75

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	79
------------------------------------	-----------

ANEXOS

Instrumento de recolección de datos.....	84
--	----

RESUMEN

Introducción. En la actualidad un gran índice de enfermedades pueden ser prevenidas y detectadas a tiempo, a través de una adecuada Promoción de la Salud (PS), actividad que compete a todos los profesionales de la salud, y en especial al personal de enfermería. Las actitudes que estos tienen ante dicha actividad, está permeada por las experiencias durante su formación y por las actitudes y enseñanzas de sus docentes.

Propósito. Identificar y comparar las tendencias actitudinales de dos poblaciones de estudiantes de enfermería de dos escuelas universitarias, a través de la elaboración y validación de un instrumento sobre actitudes ante la PS, para proponer alternativas que favorezcan e involucren más a las y los estudiantes sobre este aspecto durante su proceso de formación.

Metodología. Elaboración y validación de un instrumento que midiera actitudes ante la promoción de la salud, resultando como versión final un instrumento tipo Likert con 5 opciones de respuesta desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, con 16 ítems, distribuidos en 4 dimensiones.

En cuanto al tipo de estudio fue transversal, comparativo con una muestra de 198 estudiantes de enfermería de dos universidades utilizando un tipo de muestreo probabilístico para poblaciones finitas.

Resultados. Se encontró que las tendencias actitudinales en ambos grupos son positivas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas a favor de una universidad puesto que las y los estudiantes presentaron una mayor tendencia positiva que las de la otra universidad.

Discusión. Los resultados en general son parecidos a la mayoría de estudios similares sobre actitudes reportados en la literatura, como es el caso de Mejía, Serna y Sierra, (1997) en su estudio sobre y prácticas en estilos de vida saludable en personal de enfermería y medicina.

INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales, económicos, políticos y culturales afectan a todos los sectores incluyendo al sector educativo y de la salud, que son los pilares que definen el bienestar de la población, de acuerdo con Chávez (2000). Además en congruencia con las políticas de salud planteadas en Alma Ata, se ha dado un nuevo giro y concepción a la formación y práctica de la enfermería no sólo en México, sino a nivel mundial. Respecto a este entorno, el papel de del profesional de enfermería en la promoción de bienestar o de salud, es y debe ser relevante, y a su vez estudiada, con el fin de plantear estrategias que interioricen en las y los estudiantes y profesionales la responsabilidad que como educadores en salud deben poseer.

En la actualidad existe un alto índice de morbilidad y mortalidad de enfermedades como la diabetes, cáncer, obesidad, y problemas cardiovasculares entre muchas más, que pueden ser detectadas y controladas, de ahí emerge la necesidad de hacer énfasis en la importancia de su prevención y detección oportuna a través de una adecuada educación para la salud, papel que compete a todos los profesionales de la salud y que puede ser iniciada desde la formación de los mismos, en especial en enfermería. Sin embargo en muchas instituciones educativas a pesar de contar con materias que abordan la promoción de la salud en diferentes contenidos de los planes de estudio, no se le da la importancia que requiere, al visualizar al estudiante como un potencial profesional en el medio hospitalario. Así, las actitudes de las y los estudiantes ante los aspectos de promoción de la salud en muchas ocasiones son negativas o indiferentes puesto que para ellos puede ser más interesante realizar otras actividades que tengan resultados inmediatos y objetivos, tales como: instalar una sonda, una venoclisis, realizar una curación, asistir en una cirugía, etc. En parte estas actitudes son reflejo de su formación y de las mismas actitudes del personal docente.

Por ello durante su formación, las y los estudiantes deben tener la oportunidad de involucrarse en el conocimiento de las políticas de promoción para optimizar la salud, experimentar el reto de diseñar programas de educación para la salud y entender cómo influye esto en la calidad de vida de un individuo, familia, comunidad. Además el personal docente debe ser consciente de que su rol, trasciende como modelo de una conducta hacia sus estudiantes. lo que implica tener una mejor actitud ante los aspectos relativos a la PS.

El presente proyecto de investigación tiene el propósito identificar las tendencias de las actitudes que tienen las y los estudiantes de Licenciatura de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) y de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM, sobre la promoción de la salud en la práctica, elaborar y validar un instrumento sobre actitudes ante la PS.

Este trabajo consta de 5 capítulos, En el capítulo I, se describe el planteamiento de la situación problemática que justifica la necesidad de este abordaje y que concluye con la pregunta de investigación, de igual manera se aborda la importancia del estudio, el propósito y los objetivos, el capítulo II aborda los antecedentes, el marco teórico y conceptual que se refiere a la Teoría que da sustento a los planteamientos y directrices para la presente investigación, el capítulo III describe la metodología que incluye el tipo de diseño de la investigación, población y muestra, variables de estudio, hipótesis, estudio piloto y descripción del instrumento de medición, en el capítulo IV se dan a conocer los resultados incluyendo descripción y análisis de datos, el capítulo V contiene la discusión y las conclusiones.

Por último se encuentran las referencias bibliográficas y el apartado de anexos donde se incluye el instrumento utilizado.

I DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

I.1 Justificación

En la mayoría de los países de América Latina, las reformas de los sistemas de salud han presenciado grandes cambios en las últimas décadas, bajo la influencia del desarrollo económico, político y social, que han puesto de manifiesto cambios en ciertos perfiles de salud con un creciente interés en la pobreza y la inequidad social, por ello surge una gran preocupación por el desarrollo social y la búsqueda de mecanismos para abatir dichos problemas.

Al respecto de ésta búsqueda, todos los planes y políticas gubernamentales de salud, dan un lugar privilegiado a la participación ciudadana, como una forma de ejercer su derecho a la salud, cuyo propósito fundamental es mejorar la calidad de vida y disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad de la población en general, a través de diversos programas implementados en las instituciones de salud, haciendo énfasis en actividades enfocadas al primer nivel de atención en donde se pretende modificar la conducta de la población, con acciones encaminadas hacia un nivel más preventivo que curativo.

En este sentido los profesionales de la salud como tales y como ciudadanos tienen un papel importante en la meta de hacer posible una vida digna, mejorando las condiciones de salud de la mayoría de la población. *En este contexto la enfermera (o) es un actor social fundamental situado ante un nuevo escenario en donde el cuidado y su concepción ha cambiado, se amplía y modifica en la medida en que se basa en la interacción entre individuos, grupos, culturas y saberes, este cambio de enfoque; del cuidado de la enfermedad al cuidado de la salud, que ha venido desarrollando la profesión, tanto en su teorización como en su actuación, ha sido estimulada en gran medida para su desarrollo, (Gutiérrez, 2000).*

Para los servicios de salud y en particular para la profesión de enfermería, la Declaración de Alma Ata (1978) y la consecuente decisión política de todos los países del mundo en donde se propuso y aceptó la meta “Salud Para todos en el año 2000,” estableciendo como estrategia, la Atención Primaria a la Salud, en donde la participación de la comunidad retoma un papel importante (Álvarez, 2002) esta situación propugnó y obtuvo el compromiso de la profesión en

donde se retomaron espacios poco trabajados orientados hacia áreas comunitarias tratando de superar la atención exclusiva al enfermo en instituciones de salud pero sin llegar a lograrlo en la mayoría de los países.

En México, existen grandes rezagos en materia de salud, las personas más pobres y desprotegidas siguen enfermando y muriendo de padecimientos tales como: cáncer, infecciones comunes, desnutrición, enfermedades ligadas al embarazo y parto, al mismo tiempo, de los problemas derivados del crecimiento industrial y urbano; así como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades mentales, adicciones, que de alguna manera son el resultado de los estilos de vida poco saludables adoptados por la población (Frenk, 2001) citado en El Programa Nacional de Salud (2001-2006), la mayor parte de estos padecimientos pueden ser prevenidos o detectados a tiempo a través de una adecuada educación para la salud.

En este sentido la Secretaría de Salud (SS) es la responsable directa de planear, dirigir, coordinar y evaluar todas las acciones que en beneficio de la salud se llevan a cabo en todo el País, cada sexenio elabora un Plan Nacional de Desarrollo que en materia de salud deriva el Programa Nacional de Salud en el que se incluyen programas encaminados a la promoción, prevención y detección oportuna de ciertas enfermedades. Sin embargo a pesar de los cambios en las políticas de salud, la participación del profesional de enfermería como actor social ha sido poco significativo, tal vez se deba a que durante su formación, en la mayor parte de las instituciones educativas se presta mayor atención a los aspectos curativos que a los aspectos preventivos, puesto que gran parte de su contenido está enfocado a un aspecto eminentemente biologicista, dejando a un segundo termino las actividades de promoción y prevención incluidas en el primer nivel de atención y que pueden ser la clave para mejorar paulatinamente la salud de la población, en especial de los grupos más desprotegidos; por otro lado, es común que las y los estudiantes de enfermería al incorporarse a sus prácticas en unidades de primer nivel manifiesten su preferencia por estar en algún servicio de la unidad de práctica, restándole importancia a la promoción de la salud, ya sea en la unidad o bien en la comunidad, puesto que esta actividad les parece poco productiva y piensan que sus intervenciones son poco reconocidas.

De tal forma que los futuros profesionales de enfermería deberán ubicarse en el contexto de las políticas actuales de salud, para poder iniciar cambios de sus actitudes, incrementando su participación en beneficio del cuidado de la salud mas que de la enfermedad, “ *tradicionalmente la educación en enfermería ha tenido un modelo pedagógico rígido y conductista*” Pineda (1998) que en gran medida está permeada por las prácticas de enseñanza.

En el caso de las curriculas de la carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, en su compromiso con la sociedad, de formar profesionales capaces de enfrentar problemas de salud y buscar alternativas que favorezcan el bienestar de la población, tienen incluido en sus contenidos que las (los) estudiantes adquieran las herramientas teórico metodológicas que les permitan incursionar en el ámbito de la promoción a la salud, asimismo, que realicen prácticas en la comunidad y en unidades de primer nivel de atención, tomando en cuenta que esto puede favorecer el desarrollo de una nueva cultura en el cuidado de la salud ampliando así la cobertura de atención a partir de la promoción de diversas prácticas en beneficio de la salud.

Ante las situaciones planteadas surgen las siguientes preguntas de investigación:

- 1. ¿Qué tendencias tienen las actitudes de las y los estudiantes de Licenciatura en Enfermería de dos escuelas universitarias ante la promoción de la salud en la práctica comunitaria?**
- 2.- ¿Existen diferencias entre las actitudes que tienen las y los estudiantes de Licenciatura en Enfermería de dos escuelas universitarias respecto a la promoción de la salud en la práctica comunitaria?**

I.2 Importancia del estudio

La promoción de la salud es un estrategia que ha sido retomada en la mayoría de los países del mundo y sobre todo en América Latina, para México se espera que las medidas adoptadas contribuyan a consolidar la coordinación entre todas las instituciones de salud, que aseguren la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios médicos y superen la calidad de los mismos además de concienciar al personal de salud de su importante e ineludible participación en la salud pública y en las acciones médico preventivas para conseguir la valiosa meta de mejorar la salud de los habitantes del país.

En cuanto a la formación de profesionales de enfermería, el tema de promoción a la salud es abordado, con diferentes perspectivas, sin embargo pareciera que la mayoría de las y los estudiantes no interiorizan estos contenidos como parte inherente de sus actividades como futuros profesionales, más bien como parte de su formación y que al término de la misma sea preferible incorporarse a trabajar en un hospital de segundo o tercer nivel de atención. De tal forma que esta investigación aporta un tema de interés para el área de educación en enfermería puesto que hace énfasis en la importancia de que las y los estudiantes adquieran actitudes positivas durante su formación hacia aspectos de promoción, en donde el docente tiene un papel fundamental como modelo de rol, además de favorecer la participación de las (los) estudiantes en los programas prioritarios a nivel nacional como promotores de salud.

1.3 propósito

En esta investigación se pretendió conocer que tendencias presentan las actitudes de las y los estudiantes de licenciatura en enfermería de dos escuelas universitarias, ante la promoción de la salud e identificar si existen diferencias en ambos grupos, asimismo se pretende elaborar y validar un instrumento sobre actitudes ante la PS. Por último al concluir la investigación, proponer alternativas que mejoren o modifiquen la participación de las y los estudiantes en actividades relacionadas con la PS.

I. 4 Objetivos.

Generales:

1. Conocer las tendencias de las actitudes que tienen las y los estudiantes de Licenciatura de Enfermería de la FESI y ENEO ante la promoción de la salud en la práctica comunitaria.
2. Identificar si existen diferencias entre las actitudes de las y los estudiantes de Licenciatura de Enfermería de la FESI y ENEO respecto a la promoción de la salud en la práctica comunitaria.
3. Elaboración y validación de un instrumento sobre actitudes hacia la promoción de la salud.

Específicos:

1. Comparar las actitudes de las y los estudiantes en la dimensión de modificación de hábitos por modelaje.
2. Comparar las actitudes que tienen las y los estudiantes ante la dimensión de agrado por realizar PS.
3. Comparar las actitudes que tienen las y los estudiantes ante la dimensión de relaciones que favorecen la PS.
4. Comparar las actitudes que tienen las y los estudiantes ante la dimensión de preferencias institucionales.

II MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Ruiz, López, Díaz, Rogero, Villalobos y Arandas (1990) realizaron un estudio en Málaga España, con el objetivo de crear y pilotear un instrumento de medición de actitudes hacia la promoción de salud. El instrumento utilizado fue tipo Likert, con 12 ítems, dirigido al personal técnico (médicos, enfermeras trabajadores sociales) y a personal no técnico, contó con 5 opciones de respuesta; desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo el cual para las preguntas positivas calificó con 5 puntos, en totalmente de acuerdo y 1 en totalmente desacuerdo, para las preguntas negativas la calificación fue de manera inversa, dicho estudio tuvo un aporte importante para la presente investigación, puesto que se utilizó un instrumento similar, aunque los autores aplicaron el instrumento a personal con diferentes categorías y profesiones en este caso sólo se aplicó a estudiantes de Licenciatura en Enfermería.

Muñoz, Pérez, y Pérez (1992) realizaron un estudio sobre actitudes del personal médico y de enfermería hacia la integración de la salud mental en atención primaria, en centros de salud de la provincia de Sevilla. Utilizando un instrumento tipo Likert con 22 ítems y 4 alternativas de respuesta; muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, y muy en desacuerdo. Los resultados obtenidos refieren que el 55% del personal mostró una actitud favorable hacia una mayor integración de la salud mental en la atención primaria, en cuanto a la profesión, el 40% fueron médicos y 51.9% enfermeros, en relación a la edad, de 35 años y menos mostraron una actitud más positiva que los mayores de 35, de igual manera presentó actitudes más positivas el personal ubicado en centros urbanos que los de centros de salud del área rural, lo cual es importante como referencia, de que si existe una actitud positiva hacia los modelos de Atención Primaria, sobre todo en el personal de menor edad, por lo que se puede esperar, que para el estudio que se realizará sobre actitudes ante la promoción de la salud, los resultados sean similares ya que será en población joven, aunque cabe mencionar que el instrumento tipo Liker que se utilizó fue de 5 opciones y no de 4 como en el estudio de Muñoz.

Ballesteros et al. (1996) publicaron los resultados sobre la construcción y validación de una escala de actitudes hacia la atención primaria, en la Región de Murcia España con el objetivo de conocer la actitud de los médicos de primer nivel de atención hacia la atención primaria, la

muestra fue de 155 médicos (27 familiares y 128 generales) de base e interinos que trabajan en consultorios ambulatorios y centros de salud.

Se diseñó un instrumento tipo Likert con 5 opciones de respuesta, muy en acuerdo con una puntuación de 5 hasta muy en desacuerdo con una puntuación de 1, encontrando que la actitud global de los médicos fue entre regular y buena, la metodología que se siguió fue la siguiente: construcción de los ítems, realización de la prueba piloto, depuración de ítems después de la prueba piloto y diseño definitivo de la muestra, esta metodología utilizada es muy similar a la que se realizará en el estudio sobre actitudes de las y los estudiantes ante la promoción a la salud.

Mejía, Serna y Sierra, (1997) realizaron un estudio titulado “Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida saludables en médicos y personal de enfermería” con el objetivo de describir las actitudes y prácticas en estilos de vida saludables y la actitud hacia la promoción de la salud de médicos y personal de enfermería... se trata de un estudio descriptivo observacional aplicado en 10 unidades hospitalarias en Medellín Colombia, la muestra constó de 272 personas calculada por muestreo aleatorio estratificado, el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario con una escala tipo Likert, con 8 apartados distribuidos de la siguiente forma.

1. Datos generales, 2. Fumar. 3. Peso ideal. 4. Dieta saludable. 5. Sexo seguro. 6. Exámenes de laboratorio 7. Consumo de alcohol 8. Recreación.

De los resultados obtenidos se encontraron edades entre 20 y 54 años con una edad promedio de 37, años en cuanto a sexo se encontró el 72% femenino y 28% masculino, en relación al hábito de fumar se encontró 80% no fuman siendo mayoritariamente las auxiliares de enfermería, el ejercicio físico solo el 29% lo realiza, en relación al peso ideal solo el 49% lo presenta, 40% presenta sobrepeso, el 11% disminución de peso, en lo que se refiere a dieta 41% practican una dieta saludable mientras el 44% medianamente saludable y el resto presenta hábitos deficientes, en cuanto a sexo seguro 72% lo practica de esa forma en mayor proporción los médicos, de los exámenes de laboratorio se encontró el 41% dentro de las cifras normales, el resto entre medianamente y no saludables.

En lo que se refiere a la actitud frente a la promoción de la salud al preguntarles sobre su capacitación el 10% contestó que sí se le capacitó, el 13% respondió que no, se les preguntó sobre ¿qué es la promoción de la salud?, a lo cual, el 79% contestó que es una herramienta para

mejorar el estado de salud y bienestar social, se les preguntó acerca de los lugares para hacer promoción y el 60% respondió que en cualquier lugar es adecuado, también se preguntó, para qué se hacía promoción a la salud y el 97% contestó; para mejorar el nivel de vida y bienestar, por último se les preguntó que si la educación debe ser concordante con el propio estilo de vida el 90% respondió que sí, dato curioso en relación a los resultados anteriores.

Albertín y Vilanova (1999) realizaron una investigación sobre “Actitudes de las y los estudiantes hacia la materia de enfermería Comunitaria” fue un estudio de tipo cualitativo utilizando el método de grupo de discusión; se exploró la actitud al inicio de la carrera y al terminarla tres años después, como datos interesantes se encontraron; que al inicio de la carrera los alumnos tenían una vaga idea de lo que hacía la enfermera comunitaria, sin embargo ellos no se visualizaban en actividades comunitarias, más bien realizando actividades en los hospitales especialmente en el servicio de quirófano, urgencias y terapia intensiva, por lo que sus actitudes fueron ambiguas y negativas, de acuerdo a las investigadoras estas primeras impresiones se presentaron por una falta de familiaridad en la materia y un desconocimiento sobre el papel de la enfermera en la comunidad. Tres años después se encontró que las y los estudiantes habían mejorado significativamente sus actitudes haciendo referencia que tanto los contenidos curriculares, los centros de práctica y las docentes habían tenido un papel fundamental.

Cabe mencionar que a diferencia de éste estudio, que es de tipo cualitativo, el que se realizará será de tipo cuantitativo, sin embargo de igual manera, la variable a investigar será las actitudes de las y los estudiantes ante un aspecto de la enfermería comunitaria que es la promoción a la salud.

Pineda (1988) Realizó una investigación en la FESI UNAM del Edo. de México sobre “Actitudes de los pasantes de enfermería en servicio social respecto a la atención primaria de salud”.(APS) utilizando un cuestionario de tipo mixto en donde se incluye un apartado de tipo Likert con 5 opciones de respuesta desde totalmente de acuerdo con una puntuación de 5, hasta completamente desacuerdo con 1, para las preguntas positivas, y para las negativas la puntuación fue a la inversa, de los resultados que se obtuvieron se encontró que las actitudes ante la APS. En su mayoría fueron negativas encontrando mayor inclinación hacia aspectos de curación y actividades a desarrollar en los hospitales.

Aguilar (2003) Realizó una investigación en Matamoros Tamaulipas, México sobre "Actitudes y valores profesionales de enfermería: Análisis del proceso formativo". Se trata de un estudio tipo cualitativo que se realizó en docentes y estudiantes donde la recolección de la información fue a través de entrevistas y técnica de observación, se analizaron tres categorías: identidad profesional, papel profesional, formación profesional, proceso atención de enfermería, actitudes y valores profesionales, de los resultados, se encontró en las y los estudiantes y algunos maestros un autoconcepto profesional pobre, faltan elementos que aseguren la identificación con la profesión, es notorio que el tamaño de los grupos decrece a medida que avanza el programa, en cuanto al papel profesional, la mayoría de los maestros y estudiantes identifican que en profesional de enfermería debe relacionar teoría y práctica, valorar situaciones, tomar decisiones; ser responsable, reflexivo, analítico, líder e investigador, el papel profesional se adquiere en la práctica, las y los estudiantes se sienten atraídos por el papel de las enfermeras en la práctica, sin embargo no encuentran modelos a seguir en la misma, algo que llama la atención es que las y los estudiantes avanzados se adaptan y reproducen lo que la práctica les enseña, en cuanto a actitudes y valores profesionales de enfermería. La toma de conciencia y de posición de enfermería ante los pacientes y equipo de salud de su papel profesional, no se evidencia en los maestros y las y los estudiantes. Con respecto a este estudio cabe mencionar que aunque sea de tipo cualitativo se investigó a estudiantes en formación y abarco una subcategoría las actitudes. dos situaciones que se incluyen en la presente investigación, ya que está se realizó en estudiantes y como variable se tomaron las actitudes.

2.2 Las actitudes

Las actitudes de las y los estudiantes de la FESI Y ENEO ante la promoción de la salud que se identificaron en esta investigación, se hizo necesaria la utilización de un marco teórico que fundamentará y explicará el fenómeno a estudiar, de tal manera que para fines de ésta investigación se utilizó un marco sobre la formación de actitudes que se encuentran dentro de la psicología social. De igual manera se abordó la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, donde sólo se retomó el aprendizaje por observación o modelaje.

2.2.1 Diferentes definiciones sobre actitudes

De las múltiples definiciones que sobre actitudes que existen, Blumm (1980) refiere al respecto: *“cuando se emplee el término actitudes, se quiere indicar las creencias, opiniones los sentimientos y las tendencias de acción de un individuo o grupo de individuos en relación con objetos, ideas o personas”*.

Las definiciones sobre actitudes las encontramos con las más diversas estructuras y posiciones teóricas, sin embargo pueden agruparse de la siguiente manera:

El primer grupo está formado por definiciones que consideran a la actitud, como una *predisposición o disposición ante un determinado acto o evento*, en éste grupo encontramos Smith, Bruner y White (1956) citados por Summer (1978)

En el segundo grupo encontramos definiciones que consideran a la actitud como afectos o sentimientos de los individuos, así Thursione (1928) citados por Summers, definió a la actitud como la *“intensidad de afecto en favor o en contra de un objeto psicológico”*. Murphy, Murphy y Newcomb (1935), citados por Summers, consideran a la *“actitud como una respuesta afectiva, relativamente estable en relación al objeto”*.

En el tercer grupo se encuentran las definiciones que consideran a la actitud como una respuesta, así Doob (1947) citado por Summers, definió a la actitud como una *“respuesta implícita, capaz de producir tensión, considerada socialmente significativa en la sociedad del individuo”*. Campbel (1950), citado por Summers, afirma que la actitud es la *“consistencia de la respuesta a objetos sociales”*, en tanto León-Mann (1972), citado por Summers, considera que una actitud implica *“estar listo a responder de un modo dado a un objeto”*.

El cuarto grupo se forma por una definición "de la actitud como un "estado mental ", así Allport (1935), citado por Summers, considera que la actitud es un "*estado mental y neurológico de atención organizado a través de la experiencia y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado*".

Como es de observarse en lo general, los autores señalan que en las actitudes, hay un factor *predisposicional*, es decir, un estado anterior a la selección de una respuesta, considerando a su vez que ésta respuesta o actitud, está compuesta por tres factores fundamentales que ya fueron descritos anteriormente que son el cognoscitivo, afectivo y comportamental.

Cabe resaltar que para la presente investigación será retomada la definición de actitudes descrita por Blumm (1980)

2.2.2 Formación y componentes de las actitudes

Todos tenemos o adoptamos posiciones ante determinados hechos sociales, hemos aprendido a dar una respuesta personal valorativa o afectiva a los procesos sociales de nuestro entorno. Estas respuestas se conocen como actitudes.

Las actitudes significan la organización de los sentimientos de las creencias y los valores así como la predisposición de una persona para comportarse de una manera dada. Son un determinante muy importante en la orientación y adaptación del ser humano a su entorno social, dado que la actitud representa el aspecto psicológico fundamental entre las capacidades de percibir, sentir y emprender de una persona, al mismo tiempo que ordena y da significado a sus experiencias. *Tener una actitud implica estar listo a responder de un modo dado a un objeto*. León-Mann (1972), citado por Summers, significan la existencia de una motivación y una actuación para aproximarse, alejarse o evitar el objeto, forman parte e integran la personalidad del sujeto.

Las actitudes no son innatas, más bien se forman o aprenden en relación al estar en contacto con otras personas, grupos, instituciones, objetos, valores o ideologías, son creadas a través de las relaciones con otras personas. Las actitudes nacen, desaparecen, se transforman y forman

parte de la historia del individuo de igual manera pueden cambiar en función de las experiencias personales.

Por otra parte las actitudes están organizadas por una estructura formada por los componentes: cognoscitivos, afectivos y del comportamiento, estos tres componentes tienden a ser congruentes entre sí, ya que se refieren y dirigen a un mismo objeto, esta congruencia tiene una mayor incidencia cuando la persona muestra una actitud extrema hacia algo o alguien ya sea positiva o negativa, a continuación se describen cada uno de los componentes de las actitudes:

1. *El componente cognoscitivo*, refiere: para que exista una actitud en relación a un objeto determinado es necesario conocerlo, es decir disponer de una representación cognoscitiva. En ocasiones puede suceder que el conocimiento que se tiene no sea objetivo. Que no se ajuste a las características propias del objeto ni a sus cualidades; sin embargo la intensidad de las actitudes no varía, ya que la persona le ha otorgado una carga afectiva a favor o en contra.
2. *El componente afectivo*, es el sentimiento o carga afectiva que se deposita ante un determinado objeto, para ello se precisa de una representación cognoscitiva, es decir, se debe conocerlo para investirlo de afectividad. De esta forma ambos componentes están muy vinculados entre sí y tienden a ser coherentes ya que a medida que se conoce el objeto mayor carga afectiva se le otorga.
3. *El componente conductual*, consiste en la tendencia a actuar o reaccionar comportamentalmente como de un cierto modo con respecto al objeto conocido y afectivo. Sin embargo no siempre este componente sigue una línea congruente con el cognoscitivo y el afectivo. Así una persona puede tener una actitud fuertemente negativa (componente afectivo) hacia otra que conoce bien y no obstante relacionarse con ella de forma cordial en una situación dada. Ello se debe a que los componentes cognoscitivos y afectivos pertenecen a la esfera subjetiva de la persona mientras que la conducta es pública y está sujeta a la presión social. El comportamiento no se encuentra únicamente determinado por lo que a las personas les gustaría hacer sino también por lo que deben hacer: el comportamiento muchas veces está en función de las normas sociales, las cuales

han creado hábitos y estereotipos que son los que consolidan una conducta. Existe una compleja red de compromisos sociales que inciden en que la conducta sea en ocasiones incongruente con los procesos cognitivos y afectivos. Asimismo factores de personalidad hacen que algunas personas actúen más de acuerdo con los componentes cognitivos/emocionales que otras.

2.2.3 Características de las actitudes

Las actitudes son decisivas en la personalidad del individuo se forman a partir de factores internos y externos del ser humano y sirven para equilibrar las disposiciones del funcionamiento interior y del ambiente, se forman y se modifican siguiendo procesos psicológicos que operan en el individuo en función de su persona, de su historia y de la influencia que ejercen en él los grupos sociales con los que se relaciona. El aprendizaje es la base de la formación de actitudes, tienen características y funciones diversas son relativamente estables (sobre todo las sociales), pueden ser aisladas pero normalmente tienden a organizarse en un sistema de actitudes, lo cual proporciona integridad y coherencia a la personalidad del individuo. Esta organización se extiende hasta llegar al sistema de valores. Condiciona otros procesos psicológicos como por ejemplo la formación de juicios sociales, el procesamiento de la información (la percepción, la interpretación de estímulos, la comprensión, la retención, la rememoración), el aprendizaje, la organización del universo cognoscitivo; son factores que facilitan la adaptación al contexto social.

Es importante observar esta última característica de las actitudes: el condicionamiento, así se ha comprobado que las actitudes sirven para ordenar y dotar de significados aspectos del medio social en el que la persona se mueve, para dirigir su percepción sobre aquello con lo que se relaciona. Eso implica que se pueden escoger estímulos del entorno en función de las actitudes que se tienen (se hace una selección de los mismos), la actitud también se relaciona con la retención de la información y con su recuperación en la memoria. Diversos autores afirman que la información que confirma o que está de acuerdo con las actitudes propias es más fácil de aprender y de recordar que la información que las contradice. Se recuerda aquello que está de acuerdo con la propia representación y se distorsiona la información que no está de acuerdo con las ideas propias.

2.3 Contextos de aprendizaje actitudinal

Los contextos de aprendizaje actitudinal son diversos, los roles del individuo son múltiples, porque todas las personas están incluidas en diferentes grupos y contextos sociales. Cada persona se ve sometida a las influencias de los contextos con los que entra en contacto, y es en éstos donde se lleva a cabo los aprendizajes. Las relaciones que se establecen en cada contexto y las que se establecen con las personas de cada uno de ellos responden a una concepción sistémica en la que la persona genera y recibe influencias en relación a todo aquello que le rodea, también se establecen relaciones de interdependencia entre los diferentes contextos.

A partir de aquí es necesario rechazar la idea que atribuye a cada contexto la educación de una parte del individuo (la familia, la afectiva; la escuela, la cognitiva o la de los conocimientos institucionalizados). Aunque sea cierto que las instituciones asumen funciones preestablecidas, la realidad nos dice que es difícil parcelar el aprendizaje por contextos, ya que el individuo lleva a cabo diversos tipos de aprendizaje dentro de cada uno de los contextos en los que se encuentra. Lo que sí se acepta dentro de una perspectiva sistémica, que los diferentes contextos se relacionan entre sí y, si éstos no se contradicen, el potencial de influencia es mayor. No obstante, las influencias que reciben las personas pueden no tener la misma orientación: contextos diferentes pueden estar confrontados por los valores que los presiden, por las pautas de conducta que propician, o los intereses que predominan en ellos.

A pesar de las potencialidades educativas o de influencia que tiene cada contexto, hay que partir de la idea de que los contextos en que está inmerso el individuo no le determinan directamente, sino que le dan una información y unos estímulos con los que él reacciona de formas diversas y condicionado por sus características personales. Las influencias de los ambientes no implican un determinismo concreto, pueden variar en forma y en efecto, tener intencionalidad consciente o inconsciente, ser directas o diferidas, debe de hablarse de la suma de influencias diversas que en cada individuo se concretan de forma particular. Todas las personas son producto del medio ambiente que los rodea, pero en la determinación de las características de este producto tiene un papel decisivo la especificidad de cada individuo en particular y las características de los agentes que interaccionan con él, en general existe varios

contextos en donde el individuo aprende actitudes, en este caso solo se abordará el contexto escolar.

2.3.1 El centro escolar

Se puede entender como un contexto educativo específico que tiene como objetivo que sus miembros adquieran las competencias necesarias para participar en la vida pública y en el mundo laboral, así como desarrollar en ellos un conjunto de conocimientos y de habilidades necesarios para su desarrollo personal. Es, por lo tanto un contexto de influencias educativas que es relevante para los aprendizajes actitudinales, ya que no sólo pueden llevarse a cabo en su seno unas intencionalidades educativas actitudinales de forma planeada, sino que además se conforma como un espacio y un conjunto de personas que ofrecen modelos, que llevan a cabo maneras de ser y de comportarse, estableciéndose relaciones afectivas entre los miembros escolares que refuerzan unas posturas determinadas que ayudan a entender la relación con los demás seres humanos la propia persona o las finalidades como individuos, con orientaciones concretas que resuman valores y actitudes. La socialización que el centro escolar proporciona también se caracteriza por la transmisión de valores y de actitudes sociales en el alumnado.

En el caso de la formación en enfermería el aprendizaje se da en el centro escolar y en las instituciones de práctica, tomando en cuenta que parte de la formación se realiza directamente con la población a la que se le ha de dar servicio al momento de terminar la carrera e incorporarse al mercado laboral, en este caso el proceso educativo permite la interacción entre profesorado y alumnado dando origen a un sinfín de actividades que intervienen tales como: los intereses, los deseos, las motivaciones, las expectativas y las propias interpretaciones de los participantes. Como consecuencia se entiende que el aula y las instituciones de práctica son un espacio social de comunicación e intercambio dinámico lo que permite en gran medida la adquisición de actitudes y valores que en un futuro estarán presentes en la práctica profesional.

En resumen la práctica educativa ya sea en el aula o institución de práctica permite que los estudiantes aprendan haciendo, y estén en constante contacto con casos reales que finalmente permitirán gradualmente adquirir conocimientos y experiencia, a medida que cambian de grado.

2.4 Teoría del aprendizaje social

Albert Bandura es creador de la Teoría social del aprendizaje centrada en los conceptos de refuerzo y observación. Sostiene que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental y que en la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no, esto se conoce como capacidad autorregulatoria.

Dentro de esta teoría, Bandura aborda diferentes tipos de aprendizaje, para este trabajo sólo se abordó el aprendizaje por observación o modelaje. Según ésta teoría, los humanos aprenden la mayor parte de su conducta a través de la observación por medio del modelado: al observar a los demás codifican esta información que posteriormente servirá como guía de la acción. Esta teoría afirma que las influencias de los modelos producen el aprendizaje sobre todo por su función informativa. Cuando se expone a un modelo, las personas que lo observan adquieren representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el modelo, estas representaciones servirán para efectuar las acciones apropiadas, este tipo de aprendizaje esta dado por cuatro componentes esenciales:

1. Proceso de atención.
2. Proceso de retención.
3. Proceso de reproducción motor.
4. Procesos motivacionales.

Procesos de atención

Las personas no puede aprender por observación si es que no atienden a los rasgos significativos de la conducta que le sirve de modelo, o si es que no la perciben adecuadamente. Los procesos de atención determinan cuáles se seleccionan de entre muchos modelos posibles y que aspectos se extraen de sus ejemplos, la cantidad de experiencias observacionales, así como el tipo de éstas, están reguladas por varios factores: algunos de ellos se refieren a las características de los observadores, otros a los rasgos de las propias actividades que sirven de modelo, y finalmente otros se refieren a la organización estructural de las interacciones humanas.

Si las personas no recuerdan la conducta que les sirve de modelo, ésta no podría influirles. Para que los observadores puedan beneficiarse de la conducta de sus modelos, cuando estos ya no están presentes para guiarlos, las pautas de respuesta tienen que representarse en la memoria de forma simbólica. Por medio de símbolos, las experiencias transitorias de modelado pueden mantenerse en una memoria permanente. Los humanos tienen muy desarrollada su capacidad de simbolización lo que les permite aprender gran parte de su conducta a través de la observación, este aprendizaje se basa principalmente, en dos sistemas de representación: la representación mediante imágenes y la verbal. Algunas conductas se retienen en forma de imágenes. La estimulación sensorial produce sensaciones que dan lugar a percepciones de los fenómenos externos. Cuando los estímulos que sirven de modelo se exponen repetidamente, produce imágenes duraderas y recuperables de las actuaciones efectuadas por los modelos.

Proceso de retención

La naturaleza de las conductas que sirven de modelo, (por ejemplo, su prominencia y complejidad) también determina, en parte el nivel de aprendizaje por observación. Además los observadores se benefician más o menos de las experiencias observadas según la capacidad para procesar la información. A partir de sus experiencias anteriores y de las exigencias de la situación, las personas desarrollan ciertas disposiciones perceptivas que condicionan los rasgos que extraen de sus observaciones y su forma de interpretar lo que ven y lo que oyen.

Citados por Bandura (1987).

De los diversos determinantes de la atención, las pautas de asociación, tienen evidentemente, una importancia fundamental. Las personas con las que normalmente se relaciona uno (ya sea por gusto o imposición) delimitan que tipos de conductas se observan más y se aprenden mejor, por eso el valor funcional de las conductas efectuadas por los diversos modelos determinan, en gran parte, a que modelos atienden las personas y a cuales no hacen caso. En general uno aspira a los modelos que tienen cualidades atraentes, el mejor ejemplo de ellos son los modelos vistos en televisión, son tan eficaces para atraer la atención que los que los observan aprenden muchas de las cosas que ven sin necesidad de incentivos especiales (Bandura, Grusec y Menlove, 1966)

En ocasiones posteriores, podrían avocarse imágenes (percepciones producidas por suscitación central) de fenómenos que no están físicamente presentes. De hecho cuando dos cosas están muy correlacionadas; cuando un hombre, por ejemplo se asocia sistemáticamente con una determinada persona, es prácticamente imposible oír el nombre sin experimentar la imagen de la persona. De igual forma, la simple referencia a una actividad que se ha observado muchas veces (por ejemplo, la de conducir un automóvil) suele suscitar la imagen correspondiente. Las imágenes visuales juegan un papel especialmente importante en el aprendizaje por observación en los primeros momentos del desarrollo, cuando los niños carecen aún de habilidades verbales; también son especialmente importantes para aprender pautas de conducta que no se presentan fácilmente a una codificación verbal.

El segundo sistema de representación implica la codificación verbal de los fenómenos que sirven de modelo. Probablemente este sistema explica la notable rapidez con que se da el aprendizaje por observación y la retención en los humanos. La mayoría de los procesos cognoscitivos que regulan el comportamiento son primordialmente verbales, más que visuales. Por ejemplo la forma más precisa de adquirir, retener y reproducir el camino recorrido por un modelo consistente es convertir la información visual en un código verbal que describa una serie de giros a derecha e izquierda (por ejemplo DIDDI), en vez de basarse en las imágenes visuales del camino. Estos códigos simbólicos facilitan el aprendizaje por observación y la retención porque facilitan el almacenamiento de una gran cantidad de información.

Después que las actividades que sirven de modelo se han transformado en imágenes y símbolos verbales fácilmente utilizables, estos códigos mnemónicos sirven de guía para la actuación. En estudios llevados a cabo con niños (Bandura, Grusec y Menloye, 1966; Coates y Hartup, 1969) y con adultos (Bandura y Jeffrey 1973; Bandura, Jeffrey y Bachicha 1974; Gerst 1971), citados por Bandura (1987) se ha revelado la importancia que tiene la codificación simbólica para el aprendizaje por observación. Los observadores que codifican las actividades del modelo en palabras, designaciones concisas o imágenes vívidas aprenden y retienen mejor la conducta que los que se limitan a observar o se ocupan mentalmente de otros asuntos mientras completan la actividad.

Además de la codificación simbólica, la repetición constituye una ayuda importante para la memoria, cuando las personas se repitan mentalmente o efectúan realmente las pautas de respuesta que le sirven de modelo, tienden a olvidarse menos que si no piensan en ellas ni prácticas lo que han visto. Muchas de las conductas que se aprenden por observación no pueden aprenderse fácilmente a través de la acción real debido a las prohibiciones sociales o a la falta de oportunidades. De ahí el gran interés que se tiene la repetición mental, en que los individuos se ven a sí mismos efectuando la conducta apropiada, con lo que se incrementa su pericia y aumenta su retención (Bandura y Jeffrey 1973; Michael y Meccoby, 1961), citados por Bandura (1987) El nivel más alto del aprendizaje por observación es el que se consigue cuando primero se organiza y repite simbólicamente la conducta del modelo y luego se efectúa abiertamente. (Jeffrey, 1976).

Algunos investigadores (Gewirtz y Stingle 1968), citados por Bandura (1987) se han preocupado, sobre todo, en reestablecer las condiciones que producen las respuestas de imitación iniciales, suponiendo que ello les ayudaría a explicar el aprendizaje por observación que se dan en un momento posterior del desarrollo. Pero no creemos que los determinantes de las primeras imitaciones sean equivalentes a los de las imitaciones posteriores. En los primeros años, las acciones de los modelos evocan, de forma directa e inmediata, las respuestas de imitación de los niños. Posteriormente, los niños suelen efectuar estas respuestas de imitación sin que los modelos estén presentes, mucho después de haber observado su conducta. La imitación inmediata no requiere un funcionamiento cognoscitivo muy complejo, porque la reproducción comportamental está regida, externamente, por las acciones del modelo. Por lo contrario, en la imitación diferida, tienen que representarse interiormente sucesos que no se tienen presentes. De modo que entre el modelado que se suscita físicamente, y el diferido hay la misma diferencia que la que existe entre dibujar el automóvil de uno cuando se tiene delante de sí y dibujarlo de memoria. En este caso, la mano no traza automáticamente el coche, sino que tenemos que servirnos de guías mnemónicas, y sobre todo representaciones imaginarias.

Procesos de reproducción motora

El tercer componente del modelado consiste en la conversión de las representaciones simbólicas en las acciones apropiadas. Para comprender esta función de dirección motora hay que analizar los mecanismos ideomotores de la ejecución. La reproducción comportamental se logra cuando se organizan, espacial y temporalmente las propias respuestas, de acuerdo con las pautas que sirven de modelo. Para poder analizar el proceso de afección comportamental, éste puede dividirse en varias partes: primero, se organiza cognoscitivamente las respuestas, luego se inician, se comprueban y perfeccionan sirviéndose de una retroalimentación de carácter informativo.

En la fase inicial del comportamiento se seleccionan las respuestas y se organizan a nivel cognoscitivo. En la conducta se manifestará más o menos el aprendizaje por observación y ello depende, en parte, de que el sujeto tenga en mayor o menor grado, las habilidades que se requieren. Los que poseen estos elementos constituyentes pueden integrarlos fácilmente para producir nuevas pautas de conducta. Pero los que carecen de algunos de estos componentes de la respuesta, reproducirán esta conducta en forma defectuosa. Cuando existen estas deficiencias, hay que empezar por desarrollar, a través del modelado y de la práctica, las destrezas básicas que se requieren para llevar a cabo la ejecución compleja.

Hay otros factores que impiden efectuar, a nivel de comportamiento, las cosas que se aprenden por observación. Rara vez se transforman las ideas en acciones correctas en los primeros intentos, sino que suelen cometerse errores. Generalmente, las imitaciones adecuadas se consiguen después de efectuar ajustes que permiten corregir los defectos de los esfuerzos preliminares. Las discrepancias entre la representación simbólica y la ejecución sirven de pista para corregir la acción. Cuando se aprendan destrezas complejas, como el golf y la natación, suele plantearse el problema que los que las efectúan no pueden observar completamente sus respuestas, por lo que tienen que servirse de vagas señales quinesísticas o informaciones verbales de personas que les ven desde fuera. Las acciones que sólo se observan parcialmente resultan difíciles de dirigir, y también resulta difícil identificar las correcciones necesarias para que la acción se parezca realmente a la representación. La observación no es la única forma que tenemos de perfeccionar nuestras destrezas ni estas se desarrollan sólo a través del tanteo por

ensayo y error. Por ejemplo: los instructores de golf no se limitan a darles a los principiantes pelotas y palos de golf y a esperar a que descubran por sí mismos cómo se efectúan los golpes. En los aprendizajes cotidianos, las personas suelen acercarse a las conductas nuevas que están aprendiendo, sirviéndose de modelos y las perfeccionan mediante ajustes auto-correctivos, basándose en la retroalimentación de carácter informativo que reciben de su propia actuación y en las demostraciones de aquellas pautas de la conducta que sólo están aprendidas en parte.

Procesos motivaciones

En la teoría del aprendizaje social distinguimos entre la adquisición de una conducta y su ejecución, porque las personas no hacen todo lo que aprenden. Su propensión a adoptar las conductas que aprenden por imitación dependerá de las consecuencias de éstas: será mayor cuando las consecuencias son valiosas y menor cuando tienen efectos punitivos o poco gratificantes. Las consecuencias observadas influyen sobre la conducta modelada de forma muy parecida. De entre las muchas respuestas que se aprenden por observación, las conductas que parecen ser efectivas para los demás se preferirán a aquellas otras cuyas consecuencias parecen negativas. Las personas también reaccionan evaluándolas, y de esta evaluación depende que efectúen o no las respuestas que aprenden por observación. Expresan las conductas que encuentran satisfactorias y rechazan las que son desagradables (Hicks, 1971), citados por Bandura (1987).

Debido a la gran cantidad de factores que rigen el aprendizaje por observación, la mera provisión de modelos (por muy prominentes que sean) no basta para originar automáticamente una conducta similar. Ciertamente, podemos producir respuestas imitativas sin tener en cuenta los procesos subyacentes: basta con que un modelo muestre una y otra vez las respuestas deseadas, instruya a los demás para que produzcan sus conductas, los ayude físicamente cuando fallan y luego los recompense cuando aciertan, para que consiga finalmente, que la mayoría de las personas efectúen respuestas similares a las suyas. Pero, si queremos explicar como se da el modelo y prever sus efectos, tenemos que tener en cuenta los diversos factores determinantes a los que nos hemos referido antes. Por tanto, si en una determinada situación un observador no llega a simular la conducta del modelo, ello puede deberse a uno de esos factores: que no han observado las actividades pertinentes, que han codificado inadecuadamente los eventos que le

servían de modelo al representarlos en la memoria, que no ha retenido lo que aprendió, que es físicamente incapaz de hacerlo o que no se siente suficientemente incitado a ello.

2.5 Promoción de la salud (PS)

En 1945 se utiliza por vez primera el término de promoción a la salud (PS), un gran historiador médico, el Dr. Henry E. Sigerist OPS (1996) fue quien definió las cuatro tareas esenciales de la medicina como:

1. La promoción de la salud.
2. La prevención de la enfermedad.
3. El restablecimiento de los enfermos.
4. La rehabilitación.

Afirmó que: *“La salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”*.

Posteriormente este término fue incluido en el diagrama de historia natural de la enfermedad Leavell y Clark al referirse a los tres niveles de prevención en donde el primer nivel abarca dos intervenciones; la primera hace referencia a la promoción a la salud, y la segunda a la detección oportuna de las enfermedades.

En el año de 1978 en la Primera Conferencia internacional sobre atención primaria a la salud en Alma Ata (URSS) se propuso y aceptó la meta *“Salud Para todos en el año 2000”* (Restrepo 2001) en donde una de las estrategias para conseguirlo es la Atención Primaria a la Salud y la participación de la comunidad, (Álvarez 2002). Sin embargo al evaluar los resultados se llegó a la conclusión, que no se había mejorado el nivel de vida de las poblaciones, de tal forma que la PS surge como una estrategia principal para lograr mejores condiciones de salud en el mundo (Restrepo 2001), así nace la propuesta de realizar la Primera Conferencia Internacional de Promoción a la Salud, en donde no sólo sentó las bases doctrinarias, sino que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción.

Fue así como se llevó a cabo la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en noviembre de 1986 en Ottawa, con el subtítulo *“Hacia una nueva Salud Pública”* patrocinada por el gobierno de Canadá, la Asociación Canadiense de Salud Pública y la OMS en esta reunión es elaborada la carta de Ottawa, este documento hace suya la definición de

promoción de la salud que se define como: “*el proceso de capacitar a la gente para que aumente el control sobre su salud y la mejore*” (Restrepo 2001)

Los principios y estrategias propuestos en la carta de Ottawa, han servido de inspiración y se han convertido en la propuesta moderna de más aceptación sobre la PS, esta carta propone 5 estrategias complementarias para involucrarse activamente en la promoción, las cuales deben adaptarse en conjunto con los programas, a las necesidades y posibilidades específicas de cada país y región.

Estrategias.

- 1.- La elaboración de políticas saludables.
- 2.- El fortalecimiento de la organización y participación comunitaria.
- 3.- El desarrollo de habilidades personales.
- 4.- La creación de ambientes saludables.
- 5.- Servicios de salud reorientados a la equidad, calidad y prevención.

La elaboración de políticas públicas saludables

Las políticas públicas en general, son las que crean diferentes opciones para la vida en comunidad, por consiguiente las posibilidades para que la gente pueda disfrutar de una buena calidad de vida. Entre ellas la política pública social es la que garantiza una acción estatal integral y articulada para enfrentar los problemas sociales de una determinada población, privilegiando la equidad sobre intereses particulares excluyentes (Foro Nacional por Colombia 1988) citada por (Restrepo, 2001). De tal forma que la política social debe contener la esencia de una política de salud como parte del sector social de desarrollo.

A partir de Ottawa en el campo de la PS y la salud pública ha surgido el concepto de *Política Pública Saludable* (PPS) para referirse específicamente a aquellas políticas que tienen una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de salud, originados en diversos sectores, que tradicionalmente formulan las políticas específicas relacionadas con la organización de la atención de la salud para la población o sistemas de servicios, así como las orientaciones para el desarrollo de programas de prevención y control de enfermedades, esta estrategia trasciende al reconocer que la salud esta mas relacionada a procesos políticos y sociales que al desarrollo de servicios médicos curativos.

“Las políticas se traducen en leyes, planes, programas, normas, decretos, y reglamentaciones, dirigidos a facilitar y favorecer la elección de las opciones que propicien la salud. Sus beneficios dependerán en buena medida de su aplicación real, por lo que, es necesario eliminar los obstáculos que impiden su adopción. Esta política debe garantizar el trabajo coordinado con las instituciones y la comunidad, y promover acciones dirigidas a fortalecer y crear los factores que favorezcan a la salud y no solo controlar los riesgos de enfermar” (González 2000).

Creación de entornos favorables

Esta segunda área de acción implica un trabajo concreto en el mejoramiento de los entornos o ambientes físicos, sociales, culturales, etc. haciéndolos más sanos y amigables, no solo para proteger la salud sino para potencializarla al máximo y aumentar el nivel de calidad de vida, para ello es necesario pensar en los microambientes tales como: vivienda, edificios, lugares de trabajo, escuelas, universidades, medios de transporte, etc., los cuales hay que convertir en objetos de la PS.

La creación de entornos más saludables, es un área que atrae la participación de las personas y grupos, puesto que tiene que ver con las necesidades muy sentidas de las comunidades. El mejoramiento de entornos sociales es muy complejo y requiere de estímulos e incentivos especiales para fortalecer estrategias de ayuda mutua y de la organización de grupos de autogestión y soporte en problemáticas comunes; algunos ejemplos exitosos son los grupos de víctimas de violencia sexual, los obesos, los alcohólicos, los diabéticos, las personas VIH positivas entre otros.

Con relación al mejoramiento de ambientes culturales puede decirse que también es un área atractiva para proyectos donde participan las instituciones gubernamentales y la comunidad, entre los ejemplos; están los conciertos al aire libre, las ferias de arte y de salud que se organizan en muchas ciudades y municipios, la adecuación de parques y zonas de espacio público para la promoción del deporte y la distracción familiar, los espacios físicos limpios y ordenados promueven el bienestar emocional de las personas.

El fortalecimiento de la organización y participación comunitaria

La participación social es un elemento esencial para el logro de los objetivos de la PS, por lo tanto las estrategias, mecanismos, estímulos, para incrementar la capacidad de la gente para actuar y decidir sobre sus vidas como proceso de la vida en comunidad.

El empoderamiento de individuos y grupos es una herramienta poderosa para la PS, el empoderamiento como proceso social está íntimamente ligado a la participación comunitaria y a la consolidación concreta de los procesos participativos, porque no basta con el discurso y la retórica del sector salud, sino que es necesario activar los mecanismos dialógicos creando espacios de concertación negociación y sobre todo crear conciencia sobre los derechos sociales de las personas.

La definición más aceptada del empoderamiento en el marco de la PS es la de Wallerstein (1992) citado por Restrepo (2001) quien lo define como *“el proceso de acción-social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política mejora de la calidad de la vida en comunidad y justicia social”*.

El desarrollo de habilidades personales

Este componente de la agenda de Ottawa es quizás el más aceptado y comprendido dentro de los proveedores de la atención de salud, porque esta relacionada con la educación para la salud que es un área de trabajo tradicional en el sector, esta área tiene que ver con el concepto de estilos de vida saludables porque influye en la forma como se concibe su práctica *“El término estilos de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más completo y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales”* Nutbeam, (1996) citado por Restrepo (2001). De acuerdo a este concepto, los estilos de vida comprenden no solo algunos comportamientos reconocidos como saludables tales como: ejercicio físico, dieta sana, ausencia del consumo de sustancias dañinas y otras actitudes y prácticas tales como tolerancia, solidaridad, respeto por las diferencias y los derechos humanos, participación social, etc., que inciden en la vida colectiva. Desde el punto de vista práctico esta área de acción no esta aislada

de las anteriores, ya que las políticas públicas saludables favorecen los cambios positivos, la participación en los eventos socioculturales forma parte de los estilos de vida, de tal forma que *“no se puede exigir que una persona o grupo se interese por un cambio de conducta cuando este no forma parte de sus necesidades y prioridades. En este aspecto es importante no olvidar las necesidades individuales para así poder proponer diferentes tareas y dar opciones de elegir, dejando claro que cada una de las personas es igualmente importante para el grupo buscando la realización de todas ellas”* (González 2002).

Las estrategias y mecanismos para lograr implantar el desarrollo de habilidades personales en el cuidado de la salud están ligados con el autocuidado, así el papel que tiene la cultura en el comportamiento humano es un hecho importante para el autocuidado puesto que los comportamientos están fuertemente arraigados a un sistema de creencias y tradiciones culturales. *“Es así como los comportamientos en salud están determinados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales”* (Uribe 1999), por lo tanto el autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que todas las personas deben trabajar cotidianamente para obtener un desarrollo armónico y equilibrado en sus dimensiones: física, emocional, estética e intelectual a través del desarrollo de las habilidades afectivas cognoscitivas y sociales.

Servicios de salud reorientados a la equidad, calidad y prevención

Esta estrategia pretende hacer los servicios de salud más eficientes y efectivos para que realicen más prevención de enfermedades y promoción de la salud, con una orientación primordial a reforzar actividades de educación sanitaria para influir en conductas individuales y a programas de intervención en prevención secundaria y terciaria, para ello es indispensable la capacitación del personal en la práctica de la PS, para que incorporen en su trabajo, estrategias que faciliten el acercamiento a todas las personas.

En general la prevención primaria recibe poca atención de los profesionales proveedores de los servicios médicos, lo cual refleja en gran parte la orientación curativa de la educación médica y de enfermería, puesto que según Gutiérrez (2003) *“los modelos curriculares de ésta última se han centrado en la atención de pacientes enfermos, con breves incursiones en la atención a*

poblaciones sanas” todo lo anterior constituye un reto para la reorganización de los servicios médicos los cuales deben jugar un papel más activo y directo en la PS, en lo que se refiere a la participación de enfermería retomando a Gaviria (2000), ésta encaminada la intervención y a la negociación de los problemas de salud y del mejoramiento de la misma generando de esta manera un intercambio de responsabilidades con las personas y las comunidades.

Por otro lado Marin (2000) *“afirma que los servicios de enfermería deben actuar en la comunidad de acuerdo, con sus particulares necesidades y a los recursos con los que cuenta además de respetar la cultura y costumbres de cada comunidad procurando la aceptación y respeto de la misma”*.

Estas 5 estrategias referidas en el texto fueron descritas en la primera Conferencia Internacional sobre PS y serán retomadas para la presente investigación.

La II Conferencia Internacional sobre PS se celebró en Adelaida (Australia) en abril de 1988 bajo el Lema “Política para la Salud, Estrategias de Acción” que refuerzan lo propuesto en la carta de Ottawa, es decir, el establecimiento de una política que tome en cuenta la salud como base para la PS.

El documento titulado “Recomendaciones de Adelaida” define la política para la salud como la que se preocupa de conseguir la salud y la equidad a través de todos los sectores y asume la responsabilidad de las consecuencias que sus medidas pueden tener para la salud, lo que permite crear ambientes saludables y facilita a los individuos la adopción de decisiones más favorables a la salud.

También reconoce que la salud es una buena inversión social además de ser un derecho del hombre y un elemento de justicia social: invertir en salud producirá beneficios económicos a largo plazo.

La conferencia fijó los siguientes objetivos para la acción política:

- 1.- Conseguir la participación de las mujeres como promotoras de salud, mejorando su educación, apoyando sus organizaciones y garantizándoles su autodeterminación en materia de salud.

2.- Establecer una política nutricional de alimentos suficientes, sanos y culturalmente aceptables.

3.- Reducir el consumo y la producción de tabaco y alcohol mediante la reconversión de cultivos donde éstos aporten importantes ingresos.

4.- Esforzarse por lograr un ambiente saludable y considerar la importancia que tiene para la salud la conservación de los recursos y el reciclado.

La III Conferencia internacional sobre PS se llevo a cabo en Sundswall (Suecia) en junio de 1991 con el tema “*Desarrollo de ambientes saludables*”. En esta reunión se abordó la situación de las personas que viven en condiciones de extrema pobreza y en ambientes cada vez más deteriorados en todos sus aspectos, tanto físicos como sociales, sobre todo aquéllas que viven en el hemisferio sur.

Las políticas se basan en dos principios fundamentales:

- a) Equidad, que supone distribuir equitativamente los recursos y las responsabilidades, discriminando positivamente a los más desfavorecidos.
- b) Interdependencia entre los seres y entre las generaciones actuales y futuras cuya posibilidad de desarrollo se debe garantizar.

En Jakarta Indonesia, 1997 se realizó la cuarta conferencia, se ostento con el titulo “*Nuevos actores para una nueva era: Promoción de la salud para el siglo XXI*”, contó con el auspicio de la OMS, En la cual participaron 76 países y por vez primera se involucró el sector privado.

Postuló 5 áreas prioritarias para el desarrollo de la promoción de la salud.

1. Promover la responsabilidad social de la salud.
2. Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud.
3. Expandir y consolidar alianzas por la salud.
4. Incrementar la capacidad comunitaria y el empoderamiento individual.
5. Abogar y asegurar una infraestructura para la promoción de la salud.

La última conferencia mundial de PS se llevó a cabo en la ciudad de México en el año 2000 donde nuevamente se retoman los aspectos de la conferencia de Ottawa además de discutir seis puntos fundamentales para fortalecer la promoción de la salud.

1. Fortalecer la base científica para la promoción de la salud.
2. Invertir en salud.
3. Responsabilidad social.
4. Ampliar las capacidades de las comunidades y habilitarlas para promover la salud.
5. Infraestructura para promover la salud: el arte de lo posible.
6. Reorientación de los servicios de salud con criterios de promoción de la salud: un componente crítico de las reformas del sector salud.

2.5.1 La Promoción de la Salud en el programa curricular de la carrera de Licenciatura en enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Prácticas escolares: de laboratorio, clínicas y comunitarias.

La *práctica* constituye uno de los ejes fundamentales para la formación y el ejercicio profesional de enfermería en ella articula los elementos teóricos y metodológicos con la realidad del contexto general y del ámbito particular donde se realizan las intervenciones profesionales. En la práctica se desarrollan las habilidades cognitivas, destrezas y valores que, basados en el pensamiento crítico y el juicio clínico, permiten el análisis, la reflexión y la toma de decisiones profesionales. (Plan de estudios de Licenciatura FESI 2002)

En el tercer semestre de la carrera se cursa el módulo de enfermería comunitaria y hospitalaria en donde las y los estudiantes tiene el primer contacto con la comunidad y una unidad hospitalaria de 2º nivel de atención.

En el semestre cuarto, quinto y sexto, la práctica está dividida en *comunitaria* y *hospitalaria*. En la práctica comunitaria las y los estudiantes realizan diagnósticos de salud, estudios de comunidad, seguimiento de casos, visitas domiciliarias, entre otros. En la práctica clínica hospitalaria las y los estudiantes trabajan esencialmente cuidado directo al paciente con proceso atención de enfermería.

La atención primaria, por su importancia dentro de este plan, se encuentra presente en los tres ciclos de formación los propósitos anteriores se logran mediante:

La asignación de 201 horas semana/semestre, a las prácticas escolares (laboratorio, clínica hospitalaria, clínica comunitaria), lo que representa el 64% del tiempo total de la carrera. Una asignación específica a las prácticas clínicas hospitalarias y comunitarias, de 153 horas semana/semestre. Con relación al número de horas del Plan de Estudios, ello abarca el 49 % del tiempo total en los ocho semestres.

De igual manera existe una materia optativa llamada educación para la salud, el programa comprende la revisión y análisis de la situación actual del país en relación a su perfil epidemiológico, así como la influencia de las políticas nacionales e internacionales que en materia de educación para la salud se refieren, de igual manera resalta la importancia del futuro profesional de Enfermería en su rol de educador en salud, así como la participación individual y colectiva de la comunidad como una forma de ejercer su derecho a la salud.

Contiene bases teórico metodológicas que permitirán al futuro profesional diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar un programa de educación para la salud.

2.5.2 La PS en el programa curricular de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de Escuela Nacional de Obstetricia y Enfermería

En este Plan de estudios de igual forma se abordan contenidos referentes a la promoción de la salud a partir del 1º semestre en la materia de Atención de la salud en México, en el 2º semestre al cursar la materia de Ecología y salud, en 4º semestre se cursa la materia, Didáctica de educación para la salud, en los próximos semestres hasta el 8º se continua con el abordaje al integrar la promoción de la salud en sus prácticas comunitarias y hospitalarias.

Prácticas integradoras

En los dos primeros semestres se realizan prácticas exclusivas en la comunidad con el propósito de valorar el estado de salud de los individuos retomando los contenidos abordados en ambos semestres, del tercer semestre hasta el octavo, de igual forma se asigna la mitad del semestre a la práctica comunitaria y la otra mitad a la práctica hospitalaria. De esta manera las y los estudiantes tiene la oportunidad de integrar sus conocimientos para el cuidado de la salud en las prácticas comunitarias y brindar cuidados específicos a las personas que por razones diversas han adquirido una enfermedad, al realizar prácticas en unidades de segundo y tercer nivel de atención, sin perder de vista que la promoción de la salud es tan amplia que se puede abordar en todos los niveles de atención y en todos los espacios.

2.6 Práctica comunitaria como parte de la atención a la salud

En la década de los 50 y parte de la siguiente hubo una tendencia a presionar a los hospitales y a las autoridades locales de salud para que adoptaran políticas que proporcionaran atención a las personas en la comunidad y no en grandes instituciones hospitalarias, la razón de esto era que la atención comunitaria se consideraba menos costosa. Aunque se adoptó la filosofía de la atención en la comunidad, hasta el momento no existe un consenso general en cuanto a la definición de práctica comunitaria, pero para fines de este trabajo se retomó la definición de Turton (1992) la define como *“la atención que se le brinda al paciente en su propia casa mediante servicios de salud y sociales...”*

En la década de los 80 se retoma nuevamente la atención primaria a la salud, después de la reunión de Alma Ata en 1978, desde entonces la práctica de enfermería para la salud de la comunidad incluye; la práctica de enfermería y de la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población. La naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos, la responsabilidad dominante es la población como un todo, por lo tanto, la enfermería dirigida a los individuos, las familias o los grupos contribuyen a la salud de la población total. La promoción de la salud, el mantenimiento de la salud, la educación sanitaria, la coordinación y continuidad del cuidado se usa en un enfoque integral de la familia, del grupo y de la comunidad.

La práctica comunitaria aparecen en casi todos los currículos de enfermería, sin embargo en la mayoría de ellos existe una gran carga académica dedicada a los procesos de enseñanza asistencial hospitalaria visualizando al futuro egresado de la carrera, como trabajador en grandes hospitales y no en la comunidad, quedando rezagada la atención primaria, y en pocas ocasiones se le da la importancia que requiere, de tal manera que al asistir a las unidades de práctica, ésta se realiza para cubrir ciertos créditos sin que la docente visualice a la estudiante como un actor social que puede realizar diversas actividades en el área comunitaria y no solo la implementación de charlas en los pasillos de las unidades; es decir las actividades pueden extenderse a otros espacios, como en las escuelas, los centros de trabajo, las industrias, los centros comerciales entre otros.

Por ello, no solo es responsabilidad de las instituciones educativas modificar o darle la importancia que requiere la atención primaria en los currículos, sino también de las docentes encargadas de ejecutar dichos currículos, por lo que es necesario, dominen los conocimientos acerca de las políticas de salud que permean al país, dando importancia al cuidado de la salud a través de la promoción y prevención, además de planear proyectos de investigación basados en las necesidades educativas de la comunidad. Es necesario también que tomen conciencia de los cambios que requiere el país en cuanto a las necesidades de salud y por ende, los cambios en la formación de los futuros profesionales de enfermería.

2.7 Adquisición de actitudes en las y los estudiantes de enfermería ante la promoción de la salud

La formación de actitudes en estudiante de enfermería prácticamente esta influenciada por varios factores; uno de ellos es la escuela en donde la metodología de la enseñanza debe de ir apuntalando a una profesión que responda a las necesidades sociales y dejar de ver a la PS como algo secundario dentro de la enseñanza, no se puede olvidar que el centro escolar tiene explícitamente una intencionalidad educativa y es aquí donde reside su potencialidad como medio educativo de tal manera que tiene la responsabilidad de reunir las condiciones para que el aprendizaje del alumnado pueda darse de una manera provechosa funcional y aceptada conscientemente por las y los estudiantes.

Dentro de ese proceso de aprendizaje, las actitudes las cuales son adquiridas a través de las interacciones familiares, sociales y escolares, la interacción dentro del centro escolar esta dada básicamente por los compañeros y los docentes, personas que transmitirán intencionalmente o no pautas de conducta a seguir. Estas intencionalidades son las que originan que la y el estudiante adquiera o no, aprendizajes actitudinales, en lo que se refiere a las actitudes ante la promoción de la salud podemos decir; que en gran medida depende de los contenidos teóricos presentes en el Plan de Enseñanza y de las condiciones concretas en las que se produce el proceso de aprendizaje, potencializando de esta manera, en mayor o menor grado la estructura actitudinal.

Un aprendizaje actitudinal puede llegar a ser asumido, si el ambiente en que se produce es propicio y proporciona las condiciones necesarias para que se adquiera, es decir los espacios tales como las aulas de las instituciones de práctica deben reunir condiciones aceptables para que favorezcan el aprendizaje recordando la importancia de los espacios saludables.

En este contexto tanto la FESI como la ENEO cubren los requisitos en cuanto a espacios, no, así las instituciones de práctica que en muchas ocasiones carecen de espacios adecuados para tomar clase, de tal manera que hay necesidad de adecuar lugares no aptos, puesto que existen muchos distractores que propician poca atención por parte las y los estudiantes, de tal manera que si durante la clase se abordan aspectos enfocados a la PS el aprendizaje en este momento será poco significativo para las y los estudiantes, restándole importancia a esta actividad.

Otro elemento importante para la formación de actitudes, es el docente que tiene una gran influencia en el proceso de aprendizaje de las y los estudiantes, más concretamente la concepción que tenga éste sobre el proceso enseñanza-aprendizaje así como los contenidos que maneja y la forma en que lo hace. *“En general la educación en enfermería ha estado permeada por un modelo pedagógico rígido y conductista, este modelo se ha arraigado tanto en la vida del profesional que luego éste en su trabajo docente perpetua esa línea de formación lo cual determina en gran medida su actuación docente.”* (Forero, 2000).

En este sentido podemos mencionar que si las docentes fueron formadas con un modelo eminentemente biologicista con un enfoque dirigido a la curación, difícilmente prestarán interés en los contenidos encaminados a la PS, de igual forma tendrían gran influencia la especialidad o cursos posttécnicos que hayan cursado, puesto que no tendrán el mismo enfoque las docentes con formación en Salud Pública que en Cuidados Intensivos, Cardiología, Pediatría y otras especialidades en donde prácticamente su actuación es en los hospitales de 2º y 3º nivel, esta situación determinará la manera de abordar los contenidos y su preferencia por algunos de ellos, así las y los estudiantes en su proceso de formación, seguramente atenderán con mayor interés lo que su docente refuerza constantemente, siendo este un modelo a seguir tanto en el aula como en su práctica.

Si la docente tiene actitudes indiferentes o negativas en lo que se refiere a la PS, es muy probable que las y los estudiantes adquieran las mismas actitudes, situación mostrada por Feher y Waltz (1978) en un estudio realizado para determinar si las preferencias del profesorado hacia la práctica de enfermería afectaban a las preferencias de las y los estudiantes, se demostró que "Las preferencias de las y los estudiantes estaban asociadas con las preferencias que ellos atribuían a los profesores" esto indica la importancia que tiene para las y los estudiantes la identificación con los modelos de formación. Para ello como lo menciona Bandura (1987) es necesario que la estudiante pase por los cuatro procesos que componen este tipo de aprendizaje, el proceso de atención que es el primer elemento para que se puede entender los rasgos significativos de la conducta que les servirá de modelo, el proceso de retención, es decir es necesario recordar la conducta que le servirá de modelo, cuando los estímulos que sirven de modelo se exponen repetidamente producen imágenes duraderas, la reproducción motora consiste en la conversión de las representaciones simbólicas en las acciones apropiadas, y los procesos motivacionales en donde la propensión a adoptar las conductas dependerá de los motivos y el resultado de dichas conductas. Por ello, cuando las y los estudiantes perciben que la educación que esta recibiendo es una repetición rutinaria y fastidio por parte del docente, difícilmente podrá fortalecer sus actitudes y valores que definirán su futuro profesional.

Forero (2000) menciona que: *"En gran medida es responsabilidad de las docentes tener una actitud positiva y motivadora tanto en la teoría como en las prácticas clínicas y comunitarias; su función no se debe limitar a transmitir conocimientos sino también a fomentar actitudes que le permitan al estudiante comprender la profesión, sus contenidos y su dimensión social, esto le permitirá sentirse seguro y a medida que avanza en su formación podrá adquirir actitudes positivas hacia su función como promotoras de la salud y hacia el trabajo interdisciplinario y hacia la búsqueda de metas comunes con otros profesionales en pro de la salud."*

También es necesario considerar que para la formación de actitudes la disposición de las y los estudiantes es de suma importancia, además de otros factores como por ejemplo; que las y los estudiantes se sientan identificadas con la profesión situación que en la actualidad se torna difícil puesto que en la mayoría de los casos las y los estudiantes escogen otras carreras como primer

opción y enfermería como segunda o tercera, en este caso es indispensable una actitud positiva de las docentes de primer semestre ante la profesión, si se logra durante la formación de las y los estudiantes que éstas se identifiquen con la profesión tendrán actitudes más positivas hacia todas las actividades propias de la misma. *“De tal manera que un profesional de enfermería formado en la convicción, debe tener un conocimiento basado en principios que guíen una conducta consecuente con una formación académica donde esos principios estuvieron claramente inculcados y reforzados en sus experiencias prácticas.”* (Aguilar 2003)

Los conocimientos previos y las experiencia que hayan tenido las y los estudiantes acerca de la PS, son factores que intervienen en la formación de las actitudes, si la adquisición de conocimientos previos fueron superficiales y poco significativos los cuales forman parte del componente cognitivo es muy probable que las y los estudiantes desconozcan todos los beneficios que implica la PS para las personas y la comunidad. Por otro lado si las experiencias durante sus prácticas en el primer nivel de atención no fueron tan agradables, lo que forma parte del componente afectivo, probablemente porque le asignaron realizar material para la PS y no contaba con suficiente habilidades para el dibujo o el tema asignado, carecía de interés tanto para la docente como para la alumna o bien otras situaciones que no le resultaron agradables durante el desarrollo de su práctica, sin duda su comportamiento hacia la PS denotará una actitud negativa, a este respecto Ausubel (1998), menciona que *“últimamente se han comenzado a reconocer que factores cognoscitivos y afectivos explican los efectos diferenciales de las predisposiciones actitudinales positivas y negativas en el proceso de aprendizaje”*.

Las y los estudiantes de igual manera como los docentes necesitan estar conscientes de su rol como modelos de la conducta saludable ante la comunidad a la que pretenden convencer de los beneficios de la PS, deben desarrollar un estilo de vida personal que promueva la salud. Esta situación esta muy relacionada con la motivación, es decir si las y los estudiantes ya han presentado algún beneficio de un programa de PS es muy probable que estén mas motivadas en los cambios de conducta que pretenden en las personas. Una de las primeras experiencias de aprendizaje en la promoción de la salud y prevención, es que las y los estudiantes deben tener el reto de evaluar su propio estilo de vida personal y diseñar e implementar un plan de cambio de conducta. *“Debido a que las enfermeras van a ser modelos de conducta saludables, necesitan*

tener un entendimiento profundo de su propio estilo de vida y los aspectos y problemas para hacer que los cambios persistan con el tiempo. Tratar de cambiar los propios patrones personales de conducta de uno, crea empatía con la dificultad de los clientes y familia para hacer cambios en los hábitos y prácticas establecidas. " (Pender, 2000)

III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de la investigación

El diseño fue no experimental ya que se observaron las actitudes de las y los estudiantes tal y como se da en el contexto natural, para después analizarlas.

De tipo transversal ya que la recolección de datos se dio en solo momento, en un tiempo único (Hernández, 2003).

3.2 Población y muestra

En el caso de la FESI, la población de 3° semestre estuvo conformada por 83 estudiantes del turno matutino y vespertino, de los cuales se tomaron 15 para realizar la prueba piloto quedando un total de 68, por ser una población pequeña se estudio al total de la población.

Para el caso de la ENEO fueron 251 estudiantes del 5° semestre, 147 en el turno matutino repartidos en 6 grupos y 102 en el turno vespertino repartidos en 4 grupos, para obtener el tamaño de la muestra se realizó la formula para poblaciones finitas que dio como resultado 135 estudiantes.

3.2.1 Tipo de muestreo

Para el caso de la ENEO – UNAM se llevó a cabo un muestreo probabilístico aleatorio considerando como marco muestral el total de las y los estudiantes inscritos en el turno matutino y vespertino del 5° semestre.

3.2.2 Muestra

La muestra de población estudiantil se determinó a través del uso de la fórmula para poblaciones finitas. Para la selección de los 135 estudiantes se tomaron 3 grupos del turno matutino y dos del turno vespertino con el método probabilístico de tómbola.

3.3 Criterios de inclusión

Estudiantes del 3° y 5° semestre de la Lic. en enfermería.

Estudiantes que acepten llenar el instrumento.

Mujeres y hombres

Estudiantes regulares.

3.4 Variables de estudio

Actitudes ante la promoción a la salud.

Variables sociodemográficas

Edad, sexo, escuela donde están cursando la carrera, promedio de calificación.

3.4.1 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	tipo	Indicadores	Valores	Nivel de medición
Edad	Es el número de años que ha vivido una persona.	Número de años que ha vivido la (el) estudiante de enfermería.	Cuantitativa	18-20 21-23 24+	1) 2) 3)	Intervalar
Sexo	Situación biológica y morfológica que clasifica al ser humano en dos grupos.	Grupo al que pertenece la (el) estudiante de enfermería	Cualitativa	Masculino Femenino	1) 2)	Nominal
¿Escuela donde está cursando la carrera?	Institución escolar donde se cursan estudios formales.	Institución escolar dependiente de la UNAM donde se está cursando la carrera.	Cualitativa	FESI ENEO	1) 2)	Nominal
¿Cuál es su promedio de calificación actual?	Promedio de calificación cuantitativa de los semestres cursados por un estudiante.	Calificación general actual del (la) estudiante de enfermería.	Cuantitativa	70-80 81-90 91-100	1) 2) 3)	Intervalar

Variable	Definición conceptual	Definición operacional.	tipo	Dimensiones	valores	Nivel de medición
Actitudes ante la promoción de la salud.	Conjunto de creencias, opiniones y sentimientos de las personas para aceptar, rechazar o ser indiferentes ante la promoción de la salud.	Conjunto de creencias, opiniones y sentimientos de las y los estudiantes de enfermería para aceptar, rechazar o ser indiferentes ante la promoción de la salud.	cualitativa	1) Modificación de hábitos por modelaje. 2) Agrado por realizar PS. 3) Relaciones que favorecen la PS. 4) Preferencias institucionales	5) Totalmente de acuerdo. 4) Parcialmente de acuerdo. 3) Ni de acuerdo ni desacuerdo. 2) Parcialmente en desacuerdo. 1) Totalmente en desacuerdo. Para las preguntas negativas los valores serán a la inversa.	Intervalar

3.4.2 Dimensiones y total de items del instrumento

DIMENSIONES	NUMERO DE ITEM	PUNTUACIONES.	
		MÍNIMA	MÁXIMA
Modificación de hábitos por modelaje.	1, 2, 3, 4, 5, 6	6	30
Agrado por realizar PS.	7, 8, 9, 10	4	20
Relaciones que favorecen la PS.	11, 12, 13	3	15
Preferencias institucionales	14, 15, 16	3	15

3.5 Hipótesis

- 1) Las tendencias de las actitudes hacia la promoción de la salud son positivas, en estudiantes de ambas escuelas.
- 2) Existe diferencia entre las actitudes de las y los estudiantes de ambas escuelas hacia la promoción de la salud.

3.6 Procedimiento para la recolección de datos

Se solicitó autorización en ambas escuelas a las autoridades correspondientes. posteriormente se preguntó la ubicación de las y los estudiantes, se hizo contacto con las y los profesores de grupo solicitando cita para abordar al grupo, se platicó con las y los estudiantes explicándoles el propósito del cuestionario y las indicaciones para contestarlo, la técnica utilizada para la recolección de datos fue por autoaplicación.

3.7 Prueba piloto

Posterior a la revisión del instrumento por parte de expertos y expertas en el tema de estudio, se aplicó una prueba piloto a 30 estudiantes, con características semejantes a la población de estudio, no se presentó ninguna confusión en las y los estudiantes al contestarlo, para calcular confiabilidad del instrumento se realizó *Coefficiente de alfa de Cronbach* dando como resultado .85, por lo que su confiabilidad respecto a la consistencia interna de los ítems, es aceptable.

3.8 Descripción del instrumento de recolección de datos

Se elaboró un instrumento con escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, se elaboraron 59 ítems con preguntas positivas y negativas, se modificaron 5, en redacción puesto que causaron confusión a las expertas y expertos que los calificaron; como poco pertinentes, después de realizar análisis factorial se eliminaron 43 ítems, la versión final del instrumento quedó con 20 ítems. 4 sobre aspectos demográficos y 16 para aspectos de Promoción a la Salud , 13 ítems positivos y 3 negativos.

para las preguntas positivas se le dio una puntuación de:

5 = Totalmente de acuerdo.

4 = Parcialmente de acuerdo.

3 = Ni de acuerdo ni desacuerdo.

2 = Parcialmente en desacuerdo.

1 = Totalmente en desacuerdo.

Para las preguntas negativas la calificación fue a la inversa.

Del análisis factorial resultaron cuatro dimensiones, que son las siguientes:

1. Modificación de hábitos por modelaje.
2. Agrado por realizar PS.
3. Relaciones interpersonales.
4. Preferencias institucionales.

3.8.1 Validez de contenido

Se sometió a una revisión de cinco expertos y expertas en el tema de estudio, se les pidió que calificaran cada ítem en una escala de 4 puntos:

1 = no pertinente.

2 = poco pertinente.

3 = pertinente.

4 = muy pertinente.

De los cuales sólo quedaron en el instrumento las que calificaron entre pertinente y muy pertinente.

3.8.2 Confiabilidad de los ítems

Para confiabilidad de los ítems se realizó la prueba de *Coficiente de alfa de Cronbach* con un resultado de .85 lo cual muestra buena consistencia interna de los ítems, por lo que su confiabilidad es aceptable.

3.9 El procesamiento de datos

Una vez recolectados los datos se procesaron en el programa SPSS versión 11.0, y se hizo la comparación de las poblaciones por medio de una t de Student, para muestras independientes.

Para determinar las tendencias de las actitudes se utilizó el siguiente rango:

ACTITUDES	RANGO		
Negativas	1.0	a	1.5
Neutras	1.6	a	2.2
Positivas	2.3	a	3.0

Para la presentación de los resultados se realizaron gráficas y tablas.

3.10 Aspectos éticos

Para el presente estudio se tomó en cuenta:

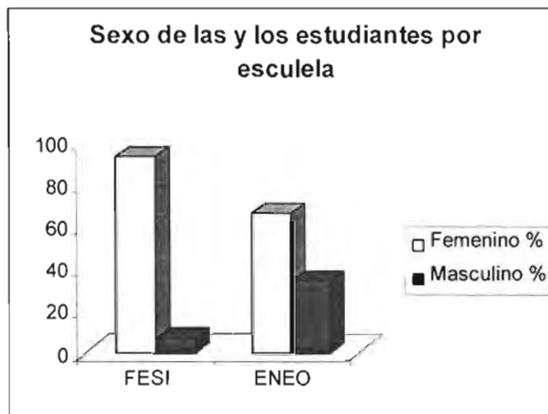
El reglamento de la Ley General de Salud (1987) en Materia de Investigación para la salud Título segundo Cáp. I Art. 14 fracción V, que se refiere al consentimiento informado de los sujetos implicados en una investigación.

En este caso se les dio una explicación sobre los objetivos de la investigación y la libertad que tienen para participar o no, con lo que se respetó el principio de autonomía, también se tomó en cuenta el Art. 16 que hace referencia a la privacidad del individuo que está sujeto a una investigación por tal motivo en el instrumento fue anónimo.

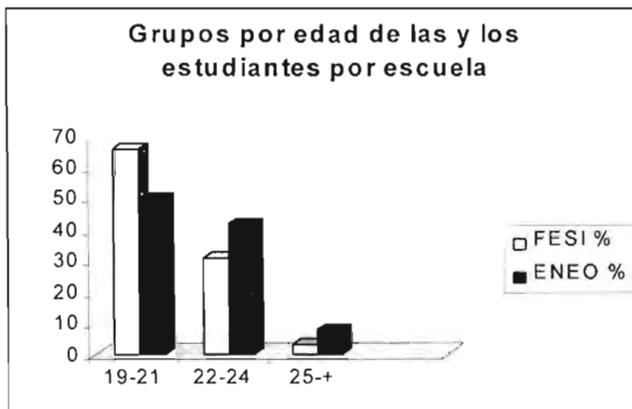
IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Descripción de las características de los sujetos

En la gráfica 1 y 2 se observa el total de estudiantes por escuela y su distribución por sexo y grupos de edad de la población estudiada, que corresponde a 74 estudiantes del grupo de la FESI y 134 de la ENEO. En lo que respecta al sexo, se encontró que en la FESI 93% son del sexo femenino y 7% pertenecen al masculino, en la ENEO 66 % femenino y 34% son del sexo masculino, en cuanto a la edad, del grupo de 19 a 21 años, en la FESI se encontró el 66% y la ENEO el 50%, del grupo de 22 a 24 para la FESI el 31% y ENEO 42%.

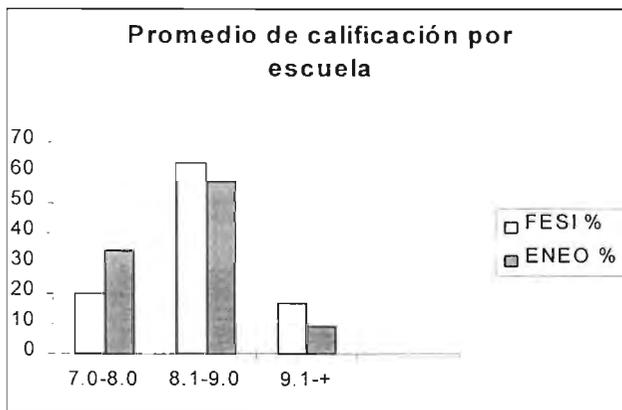


Gráfica 1



Gráfica 2

Ahora bien en la tabla 3 se observan los promedio de calificaciones encontrándose en el grupo de 7.0 a 8.0 para la FESI 20% y la ENEO 34% y de 8.1 a 9.0 el 63%, para la FESI y para la ENEO 57%. Como era de esperarse, la mayoría de las y los estudiantes son mujeres, ocupando el mayor porcentaje el grupo de edad de 19 a 21 años para ambas poblaciones.



Gráfica 3

4.2 Validez de la escala para medir actitudes ante la promoción de la salud

En la tabla 1 se observan los resultados de análisis factorial con el método de rotación Oblimin con Kaiser que fue aplicado a la matriz de correlación de los reactivos que conforman la escala de actitudes.

Este análisis tuvo la finalidad de conocer si el instrumento presenta validez de constructo esperando que las áreas definidas previamente (Desarrollo de habilidades individuales, creación de ambientes saludables, reorientación de servicios de salud, participación comunitaria, políticas saludables y modelaje vicario) se definieran claramente y se agruparan en factores.

Tabla 1
Resultados de análisis factorial para la validez de la escala

REACTIVO	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
Al realizar PS de manera individual...	495			
Si veo a una persona tirar basura...	463			
Mi docente me ha convencido...	472			
Mi docente ha sido un modelo...	742			
Cuando mi docente aborda...	693			
Mis conocimientos sobre...	485			
Me agrada realizar PS...		691		
He modificado algunos hábitos...		566		
Me gusta realizar PS...		658		
La PS me agrada...		572		
Acciones de PS dirigidas a las amas...			651	
Durante mis prácticas, las buenas...			659	
Me agrada conocer a fondo...			469	
Prefiero hacer prácticas en unidades de...				797
Yo creo que mi participación es más...				833
Cuando me titule prefiero trabajar.....				444
	Modificación de hábitos por modelaje.	Agrado por La PS.	Relaciones personales...	Preferencias institucionales

Los resultados no correspondieron a lo planteado, ya que finalmente se definieron cuatro factores, en donde fue necesario modificar las áreas establecidas previamente, quedando de la siguiente manera: 1) Modificación de hábitos por modelaje, 2) agrado por realizar promoción a la salud, 3) relaciones personales que favorecen la PS. y 4) preferencias institucionales.

Para efecto de análisis estadístico se eliminaron 43 ítems, ya sea por presentar cargas menores de 40, por agruparse menos de 3 ítems en un factor o bien por presentarse un ítem en más de un factor, la versión final del instrumento quedó con 16 ítems, (anexo1).

Tabla 2
Correlación ítem total

REACTIVO	Correlación
Al realizar PS de manera individual...	3875
Si veo a una persona tirar basura...	3419
Mi docente me ha convencido...	4255
Mi docente ha sido un modelo...	5710
Cuando mi docente aborda...	6437
Mis conocimientos sobre...	4939
Me agrada realizar PS...	5032
He modificado algunos hábitos...	4089
Me gusta realizar PS...	5859
La PS me agrada...	5982
Acciones de PS dirigidas a las amas...	4079
Durante mis prácticas, las buenas...	4862
Me agrada conocer a fondo...	4310
Prefiero hacer prácticas en unidades de...	5845
Yo creo que mi participación es más...	4826
Cuando me titule prefiero trabajar.....	3285

Posteriormente se procedió a realizar análisis de correlación ítem-ítem (tabla 2), encontrando una correlación mayor de tres en cada ítem.

De igual forma se procedió a realizar análisis de confiabilidad, mediante alpha de Cronbach (tabla 3), por área y por el total del instrumento.

Tabla 3
Nivel de confiabilidad de cada Escala

Reactivo	E S C A L A			
	Modificación de Hábitos por modelaje	Agrado por PS.	Relaciones interpersonales	Preferencias institucionales
1	.7195	.6842	.5750	.3752
2	.7354	.7264	.4406	.5200
3	.7084	.6275	.5293	.7223
4	.6657	.6269		
5	.6393			
6	.6929			
Alpha de Crombach	.7356	.7327	.6301	.6502
Escala total	.8099			

Los resultados de este análisis indican una confiabilidad aceptable, considerando que el *Coficiente de alpha de Cronbrach* total es de .8099.

4.3 Resultados de las actitudes en general y por dimensión

En lo que se refiere a las actitudes de manera general al realizar la comparación de las poblaciones por medio de una *t* de Student, para muestras independientes se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la actitud que se tiene hacia la Promoción de la Salud ($t = -2.980$, $gl = 196$ $p < 0.05$) como se puede ver en la tabla 6 en donde la ENEO tiene una media mayor (56.16), con una tendencia mayor que la FESI, ambos grupos presentaron una actitud positiva hacia estas actividades, (tabla 4).

Tabla 4
Actitud general ante la PS

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	53.74	7.735
ENEO	124	56.16	5.972

$t = -2.980$, $gl = 196$ $p = .003$

En lo que se refiere a la dimensión de modificación de hábitos por modelaje, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos encontrando mayor tendencia en el grupo de la ENEO ($t = -1.994$, $gl 196$, $p < 0.05$) aunque ambos grupos presentaron actitudes con tendencias positivas, (tabla 5).

Tabla 5
Modificación de hábitos por modelaje

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	24.31	4.30
ENEO	124	25.44	3.58

$t = -1.994$, $gl 196$, $p = .048$

En cuanto a la dimensión de agrado por realizar promoción de la salud se encontraron diferencias significativas favoreciendo al grupo de la ENEO ($t = -3.319$ gl = 196, $p < 0.05$) aunque de igual manera ambas escuelas presentaron actitudes positivas, (tabla 6).

Tabla 6
Agrado por realizar promoción de la salud

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	15.72	3.30
ENEO	124	17.12	2.57

$$t = -3.319 \text{ gl} = 196, p = 001$$

La actitud ante la dimensión de relaciones interpersonales, no se encontraron diferencias significativas ($t = -1.492$, gl 196, $p > 0.05$) pero de igual manera las tendencias para ambos grupos fueron positivas, (tabla 7).

Tabla 7
Relaciones interpersonales

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	13.20	1.81
ENEO	124	13.59	1.78

$$t = -1.492, \text{ gl } 196, p = .137$$

En la dimensión de preferencias institucionales tampoco se encontraron diferencias significativas ($t = .976$, gl 196. $p > 0.05$) aunque ambos grupos presentaron actitudes negativas (tabla 8)

Tabla 8
Preferencias institucionales

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	8.70	.394
ENEO	124	8.23	.287

$t = 976$, gl 196, $p = .330$

4.4 Resultados por ítem

En cuanto al fomento del desarrollo de habilidades individuales para el autocuidado, no se encontraron diferencias significativas ($t = .768$, gl 196. $p > 0.05$) aunque ambos grupos presentaron actitudes positivas (tabla 9).

Tabla 9
Fomento del desarrollo de habilidades individuales

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	4.54	.67
ENEO	124	4.62	.74

$t = 768$, gl 196, $p = .443$

En relación a las respuestas de las y los estudiantes en cuanto a ver una persona tirando basura le indican que la coloque en el lugar adecuado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t = 616$, $gl = 196$, $p > 0.05$) aunque ambos grupos presentaron actitudes positivas, (tabla 10).

Tabla 10
Indican a las personas tirar basura en el lugar adecuado

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	4.04	1.07
ENEO	124	3.94	1.08

$t = -.768$, $gl = 196$, $p = .539$

En cuanto al convencimiento de las y los estudiantes por parte del docente, sobre la modificación de hábitos a favor de la salud, gracias a la promoción de salud, no se encontraron diferencias estadísticamente ($t = -1.178$, $gl = 196$, $p = 0.05$) aunque las tendencias para ambos grupos fueron positivas, (tabla 11).

Tabla 11
Convencimiento de las y los estudiantes por parte del docente que la PS modifica hábitos a favor de la salud.

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	4.31	.91
ENEO	124	4.56	.85

$t = -1.178$, $gl = 196$, $p = 0.56$

En cuanto al ítem que refiere, si el docente es visto por las y los estudiantes como modelo seguir, en la práctica comunitaria, se encontraron diferencias significativas a favor de las y los estudiantes ENEO ($t = -2.07$, $gl = 196$, $p < 0.05$) aún así ambos grupos presentaron tendencias positivas (tabla 12)

Tabla 12
Docente visto como modelo a seguir

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	3.45	1.28
ENEO	124	3.83	1.25

$t = -2.070$, $gl = 196$, $p = .040$

En cuanto al ítem que refiere, si la estudiante es motivada para las prácticas comunitarias cuando el docente aborda aspectos de PS, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t = -1.732$, $gl = 196$, $p > 0.05$) aún así ambos grupos presentaron tendencias positivas, (tabla 13).

Tabla 13
Motivación de las y los estudiantes cuando el docente aborda aspectos de PS

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	3.78	1.21
ENEO	124	4.06	.98

$(t = -1.732$, $gl = 196$, $p = .085)$

En cuanto a si el conocimiento de las y los estudiantes sobre PS, ha sido significativos para la práctica comunitaria, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, a favor de la ENEO ($t = -1.348$, $gl = 196$, $p < 0.05$) aún así ambos grupos presentaron tendencias positivas, (tabla 14).

Tabla 14
Conocimientos significativos sobre PS
para la práctica comunitaria

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	4.19	1.00
ENEO	124	4.44	.70

$t = -1.348$, $gl = 196$, $p = .044$

En relación al agrado de las (los) estudiantes por realizar PS en la comunidad porque ésta si participa, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, encontrando mayor tendencia en el grupo de la ENEO ($t = -2.255$, $gl = 196$, $p < 0.05$) aunque ambos presentaron actitudes positivas (tabla 15).

Tabla 15
Agrado por realiza PS en la comunidad

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	3.38	1.12
ENEO	124	3.75	1.12

$t = -2.255$, $gl = 196$, $p = 0.25$

Con respecto a, que si las y los estudiantes han modificado hábitos a favor de la salud, por influencia del docente, no se encontraron diferencias significativas ($t = -1.42$, $gl = 196$, $p > 0.05$) además que las tendencias de ambos grupos fueron positivas, (tabla 16).

Tabla 16
Modificación de hábitos de las y los estudiantes por
Influencia del docente

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	4.24	1.13
ENEO	124	4.44	.86

$t = -1.42$, $gl = 196$, $p = .157$

Con respecto a, que si las y los estudiantes realizan PS cada vez que se les presenta la oportunidad se encontraron diferencias significativas ($t = -.300$, $gl = 196$, $p < 0.05$) además que las tendencias de ambos grupos fueron positivas, (tabla 17).

Tabla 17
Realizan PS cada vez que se les presenta
la oportunidad

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	4.00	1.13
ENEO	124	4.43	.86

$t = -.300$, $gl = 196$, $p = .003$

Ahora bien en lo que se refiere al agrado por realizar PS porque se interactúa con la comunidad, se encontraron diferencias significativas ($t = -3.15$, $gl = 196$, $p < 0.05$) con una tendencia mayor en las y los estudiantes de la ENEO aunque ambas actitudes fueron positivas, (tabla 18).

Tabla 18
Agrado por la PS ya que se interactúa con la comunidad

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	4.11	1.05
ENEO	124	4.52	.76

$t = -3.15$, $gl = 196$, $p = .002$

En lo que se refiere a la pregunta “PS dirigida a las amas de casa modifican hábitos en la familia” no se encontraron diferencias significativas ($t = -.766$, $gl = 196$, $p > 0.05$) pero de igual manera las tendencias para ambos grupos fueron positivas, (tabla 19).

Tabla 19
PS que es dirigida a las amas de casa y permiten modificar hábitos en la familia

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	4.65	.58
ENEO	124	4.72	.63

$t = -.766$, $gl = 196$, $p = .445$

En lo que se refiere a las buenas relaciones durante las prácticas favorecen la PS no se encontraron diferencias significativas ($t = -.766$, $gl = 196$, $p > 0.05$) pero de igual manera las tendencias para ambos grupos fueron positivas, (tabla 20).

Tabla 20

Las buenas relaciones durante las prácticas favorecen la PS

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	4.28	.94
ENEO	124	4.48	.83

$t = -.766$, $gl = 196$, $p = .137$

En cuanto a la necesidad de conocer a fondo las necesidades para planear la PS no se encontraron diferencias significativas ($t = -.766$, $gl = 196$, $p > 0.05$) pero de igual manera las tendencias para ambos grupos fueron positivas, (tabla 21).

Tabla 21

Es necesario conocer a fondo las necesidades para planear la PS

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	4.27	.82
ENEO	124	4.40	.90

$t = -.766$, $gl = 196$, $p = .300$

En lo que se refiere a la preferencia de hacer prácticas en unidades de 2° o 3° nivel en lugar que en primer nivel de atención no se encontraron diferencias significativas ($t = .192$, $gl = 196$, $p > 0.05$) pero en este caso las tendencias de ambos grupos fueron negativas, (tabla 22).

Tabla 22

Prefieren hacer práctica en unidades de 2° y 3° en lugar que en el primer nivel de atención

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	2.88	.16
ENEO	124	2.84	.13

$$t = -.192, gl = 196, p = .848$$

En lo que se refiere a la creencia de que la participación de las y los estudiantes es más reconocida en un hospital que en la comunidad, no se encontraron diferencias significativas ($t = 1.698$, $gl = 196$, $p > 0.05$) las tendencias para ambos grupos son neutras o indiferentes. (Tabla 23)

Tabla 23

La participación de las y los estudiantes es más reconocida en un hospital que en la comunidad

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	3.12	1.37
ENEO	124	2.77	1.45

$$t = 1.698, gl = 196, p = .091$$

En lo que se refiere a trabajar en un hospital de 2° o 3° en lugar que en un primer nivel de atención, al titularse, no se encontraron diferencias estadísticas ($t = .350$, $gl = 196$, $p > 0.05$) pero de igual manera las tendencias para ambos grupos son positivas, (tabla 24).

Tabla 24

**Preferencia por trabajar en un hospital de 2° o 3°
en lugar que en el primer nivel de atención**

Escuela	N	Media	DE
FESI	74	4.28	.94
ENEO	124	4.48	.83

$t = .350$, $gl = 196$, $p = .727$

V. DISCUSIÓN

5.1 Interpretación y discusión de resultados

El proceso de medición de actitudes, es complejo ya que representa el aspecto psicológico fundamental de las capacidades de respuesta de una persona (Morris, 2001).

En la actualidad las instituciones formadoras de recursos para la salud, se han visto en la necesidad de modificar parte de sus programas al aspecto preventivo con el fin de mejorar y ampliar los servicios otorgados a la población, esto se logra a través de una adecuada educación para la salud, y es, en el proceso de formación donde las y los estudiantes de enfermería adquieren los conocimientos y actitudes que permearán su práctica en el futuro, de tal manera que resulta interesante conocer las actitudes de las y los estudiantes de enfermería ante la promoción de la salud de dos escuelas universitarias.

Para ello se hizo necesario la elaboración de un instrumento con una escala tipo Likert que es una de las escalas más utilizadas para describir actitudes, pese a las dificultades para su elaboración, se considera que el instrumento resultó útil para los objetivos planteados, al utilizar más de dos métodos para analizar confiabilidad y validez; para medir validez se sometió a una revisión de expertas y expertos que calificaron los items desde no pertinente a muy pertinente, posteriormente se realizó una prueba piloto, también se realizó validez de constructo a través de análisis factorial, el cual se llevó a cabo con el método de extracción: análisis de los componentes principales y el método de rotación: normalización Oblimin con Kaiser, aplicado a la matriz de estructura de los reactivos.

Para medir confiabilidad se sacó el *coeficiente de alfa de Cronbach*, que en la actualidad es un método muy utilizado para definir la consistencia interna de los items, en este caso el resultado global fue de .8099, con una puntuación más alta que la escala para medir actitudes ante el SIDA elaborada por Tomás (1999) la cual obtuvo un alfa de Cronbach de .7789, y la escala para medir actitudes ante la promoción de la salud elaborada por Ruiz, López, Díaz, Rogero, Villalobos y Arandas (1990) que obtuvo .72, a diferencia de la construcción y validación de una escala de actitudes realizada por Ballesteros et al (1996) que obtuvo un alfa de Cronbach de .92 .

En cuanto a la extracción de cuatro factores mediante el análisis de componentes principales a pesar de no ser las dimensiones que se planearon originalmente, se consideran adecuados para los objetivos del estudio, por otro lado el análisis de la matriz factorial rotada, sirvió para agrupar los distintos ítems de acuerdo a su carga factorial (mayor de .40) para elaborar la versión final de las dimensiones. Los ítems con carga menor a .40 fueron eliminados al igual que los que se agruparon en más de un factor tal y como lo hizo Ballesteros et al (1996) en su escala.

Para finalizar, se puede considerar que el instrumento elaborado, es un instrumento funcional tanto para los profesionales de enfermería como para otros profesionales de la salud por la validez y confiabilidad a la que fue sometida.

En cuanto a los resultados de la investigación en lo que se refiere al sexo de las (los) estudiantes se encontró un alto porcentaje de pertenecientes al sexo femenino, datos similares a los de: Mejía, Serna y Sierra, (1997), Pineda (1988), Lozada (2000) y Pérez (2003) que en sus investigaciones a estudiantes y profesionales de enfermería encontraron que más del 90% pertenecen al sexo femenino, situación que ha prevalecido desde sus inicios hasta la actualidad, pues enfermería ha sido y es considerada una profesión eminentemente femenina, aunque en los últimos años existen más varones incursionando en esta profesión.

Ahora bien, en lo que se refiere a las actitudes de manera general ante la PS se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de estudiantes ($t = -2.98$, $gl\ 196$, $p = .003$) favoreciendo a la ENEO aunque ambas actitudes fueron positivas, datos similares reportado por Mejía, Serna y Sierra, (1997) en su estudio sobre “Actitudes y prácticas en estilos de vida saludable en médicos y personal de enfermería” en donde de manera general el personal de enfermería tuvo una actitud positiva hacia los aspectos de promoción a la salud.

En referencia, a que si el docente es visto como modelo a seguir, ambos grupos presentaron una actitud positiva lo cual da a entender, que parte de lo que ellos realizan es por imitación de su docente, datos parecidos a los de Feher y Waltz (1978) quienes realizaron un estudio para determinar si las preferencias del profesorado hacia la práctica de enfermería afectaban a las de las y los estudiantes, se encontró que en la práctica de las y los estudiantes de enfermería sus

preferencias estaban asociadas a las preferencias de los docentes. Esto indica la importancia que tiene para la y el estudiante la identificación con modelos a seguir durante su formación, a diferencia de lo reportado por Aguilar (2003) en un estudio sobre actitudes y valores profesionales de enfermería en donde las y los estudiantes refieren la falta de modelos a seguir durante su formación, o bien lo reportado por Pérez (2004) en un estudio sobre la "Percepción de una población de estudiantes de enfermería sobre las características del docente clínico", en donde las y los estudiantes no calificaron el ítem "fue un modelo de rol" haciendo referencia a su docente, es muy probable que si no lo calificaron, su docente no representó un modelo a seguir. Estos resultados nos indican el papel tan importante y determinante que tienen los docentes durante la formación de las y los estudiantes.

En cuanto a realizar PS cada vez que se presenta la oportunidad ambos grupos presentaron actitudes positivas, datos similares a los reportados por Mejía, Serna y Sierra, (1997) en donde un 60% de la población de su estudio opina que la PS se puede dar en cualquier momento y espacio.

En cuanto a que si la PS dirigida a las amas de casa modifican hábitos en la familia, de igual manera ambos grupos presentaron actitudes positivas, datos parecidos a los de Mejía, Serna y Sierra, (1997) en donde un 79% de la población estudiada, reportó que la PS es una herramienta para mejorar el estado de salud y bienestar de la población, esto nos indica que la mayoría de las y los estudiantes de enfermería entienden que la PS es una actividad que se debe realizar con la población enferma y sana.

Con respecto a la preferencia de hacer prácticas en un hospital de 2° o 3° en lugar que una unidad de primer nivel ambos grupos presentaron actitudes negativas es decir les agrada más realizar actividades encaminadas a la curación, datos similares a los reportados por Pineda (1998), sin embargo al preguntar sobre su preferencia por trabajar en un hospital de 2° o 3° en lugar que una unidad de primer nivel ambos grupos tuvieron actitudes positivas, resultados contrarios a la pregunta anterior, posiblemente se deba a la situación económica del país en donde las y los estudiantes al termino de sus estudios, o si es posible antes, requieren incorporarse al mercado laboral, independientemente del nivel de atención de la institución, o de

sus preferencias institucionales, a diferencia del estudio de Albertín y Vilanova (1999) en su estudio titulado “Actitudes de las y los estudiantes hacia la materia de enfermería Comunitaria” en donde se preguntó a las y los estudiantes donde se imaginaban trabajar como enfermeros y solo un 12% se imaginó en enfermería Comunitaria, el resto en unidades hospitalarias siendo los servicios de terapia intensiva, quirófano y pediatría los más escogidos.

5.2 Conclusiones

De acuerdo a los resultados, las actitudes de ambos grupos universitarios en su mayoría fueron positivas ante aspectos relacionados con la promoción de la salud, similares a lo reportado por otros autores, aún así la tendencia favoreció en todos los aspectos al grupo de la ENEO, en el caso de la FESI aunque fueron positivas, estuvieron más cerca de la indiferencia.

La curricula de la FESI presenta diversos contenidos donde se aborda la promoción de la salud como una actividad propia en la formación de las y los estudiantes, de igual manera el 50% de las prácticas se hacen en unidades de primer nivel y en la comunidad por lo que es necesario que el docente dedique mayor interés en su actitud frente a las y los estudiantes cumpliendo una función motivadora y no limitarse a la transmisión de conocimientos, sino también a fomentar actitudes que permitan al estudiante comprender la profesión y su importante papel en el ámbito social como agentes de cambio. Esto permitirá al estudiante sentirse seguro y a medida que avanza en su formación podrá adquirir actitudes positivas hacia el trabajo interdisciplinario hacia una búsqueda de metas comunes con otros profesionales.

En lo que se refiere al instrumento realizado se puede concluir que resultó válido y fiable debido a las pruebas que fue sometido ya que se cubrieron los objetivos para los que fue creado, incluso puede ser utilizado por otros profesionales de la salud.

5.3 Recomendaciones

Es necesario que la promoción a la salud sea tomada más en cuenta por los docentes ya que a pesar de estar presente en diversos contenidos curriculares de los planes de estudio de ambas universidades, es posible que éstos se pasen por alto o bien se les reste importancia por considerarla como una actividad poco productiva.

También es necesario que durante la práctica en unidades de primer nivel las y los estudiantes se involucren con mayor participación en la elaboración de programas preventivos específicos para cada grupo de población y de acuerdo a las necesidades sentidas por la comunidad, sin olvidar que los programas pueden tener un mejor resultado si realmente se involucra a la comunidad a participar en su autocuidado.

Por otro lado es necesario hacer énfasis en la importancia que tiene la promoción de la salud en la población sana y así poder incursionar en otros ámbitos laborales tales como escuelas, industrias, instituciones, grupos organizados, la familia etc. con el objetivo de estimular el conocimiento y el desarrollo de actitudes que coadyuven en la modificación o creación de cambios en los estilos de vida que favorezcan a un mejor nivel de bienestar de la población evitando así la presencia de enfermedades crónico degenerativas o bien aquellas ocasionadas por la práctica de estilos de vida poco saludables.

Planear, dentro de la práctica comunitaria, un seguimiento del programa educativo, lo que permitirá evaluar el impacto de las intervenciones educativas, mejorar la interacción entre la población y las y los estudiantes, lo que permite la credibilidad y la participación de la población, de igual manera abre la oportunidad para otras intervenciones y lo más importante, permite verificar cambios de conducta.

De igual manera se recomienda que la promoción a la salud sea abordada desde varios enfoques didácticos, asimismo la utilización de diversos recursos didácticos permitiendo al estudiante el desarrollo de su creatividad e innovación, en la planeación y elaboración de su propio material didáctico, es necesario que los docentes enseñen a los estudiantes otras formas de abordar la promoción a la salud, evitando caer en la rutina de elaboración de rotafolios y periódicos murales, que finalmente desde hace tiempo han dejado de impactar a la población. Al utilizar diverso recursos y técnicas didácticas la promoción a la salud se convierte en un tema interesante ya que puede permitir interactuar con la comunidad favoreciendo un mejor ambiente que el que se crea al utilizar la técnica de exposición en donde las personas solo son receptoras de un tema que puede no ser de su interés.

En cuanto a las instituciones educativas, es necesario que la plantilla docente se involucre de manera activa en el tema de la promoción de la salud, que le de la importancia que tiene como parte importante en la formación de las y los estudiantes y estar convencidas que una adecuada educación para la salud puede modificar en un futuro los perfiles epidemiológicos del país.

Se debe de fomentar en las y los estudiantes la cultura del autocuidado tomando en cuenta que el docente puede ser un modelo a seguir a través de su practica cotidiana, el rol del docente es sumamente importante en la creación y modificación de hábitos a favor de la salud de las y los estudiantes, Debido a que las enfermeras van a ser modelos de conducta saludables. necesitan tener un entendimiento profundo de su propio estilo de vida y los aspectos y problemas para hacer que los cambios persistan con el tiempo. Tratar de cambiar los propios patrones personales de conducta de uno, crea empatía con la dificultad de los clientes y familia para hacer cambios en los hábitos y prácticas establecidas, (Pender, 2000).

Fomentar en las y los estudiantes la práctica del deporte, así como la creación y conservación de espacios saludables, la selección de basura, la cultura del reciclado, la reforestación en pequeña escala, evitar el uso de sustancias que dañen la capa de ozono o el subsuelo utilizando productos no tóxicos, hechos en casa con pocos recursos, estas son solo algunas actividades inherentes a la promoción de la salud que no han sido abordadas por los profesionales de enfermería y que representa un amplio campo de acción para las y los estudiantes de enfermería, sobre todo para trabajar en los centros escolares desde el nivel preescolar hasta las universidades incluyendo a los docentes estudiantes padres de familia y demás personal que labora en la misma a fin de crear grupos de apoyo.

Lograr en las y los estudiantes un aprendizaje significativo en cuanto a actividades de promoción a la salud se refiere, de esta manera entenderá que la PS es una actividad inherente a la profesión que se debe de realizar en cualquier momento que se oportuno, y no una actividad que solo se realiza durante el proceso de formación y que al incorporarse al mercado laboral dejen de hacerlo.

Por último es necesario reconocer que el primer nivel de atención requiere de profesionales preparados, con la capacidad de trabajar en programas interdisciplinarios y así ofrecer a la comunidad diversas maneras y métodos del cuidado de la salud, siendo necesario que se interactúe con la comunidad a fin de conocer sus necesidades y proponer alternativas para mejorar las condiciones de vida con la utilización de sus propios recursos.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- Aussubel, P. D., Novak, J. P., Henesian, H. (1998) *Psicología Educativa: un punto de vista cognoscitivo*, traducido al español por ed. Trillas México.
- Álvarez, A. R. (1998) *Salud pública y medicina preventiva*. México: Manual Moderno.
- Bandura, A. (1987) *Teoría del aprendizaje social* traducido al español por Ángel R. (3ª ed.) Madrid: Epasa-Calpe
- Colomer, C. R., Álvarez, D. D. (2000) *Promoción a la salud y cambio social*. México: MASSON.
- Díaz-Barriga, A, F., Hernández, R.G. (2002) *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista* (2º ed.) México: Mc Graw Hill
- García, S. A., Vera, C. L., Campo, O. A. (2001) *enfermería Comunitaria: bases teóricas* (1º ed.) España: DAE (Grupo paradigma)
- Guitart, A. R. (2002) *Las actitudes en el centro escolar* (1º ed) España: Grao
- Gutiérrez, (1991) *La participación social para el desarrollo de la salud. Un compromiso para enfermería. En enfermería en las Americas* OMS, OMS.
- Hernández, S. R., Fernández, C.C., Baptista, L. P. (2003) *Metodología de la Investigación* (3º ed.) México: McGraw-Hill.
- Kathleen, M. L., Marguerite, M. C., Jones, C. M. (2000) *enfermería para la salud de la comunidad*, traducido de la tercera edición en inglés por Amor, F. C. México: La Prensa Médica Mexicana.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Ley General de Salud (1987) México.

Maggy, Y. R., Díaz Barriga, A. F., Madrigal, M. C., Ríos, P. J. (1998) Desarrollo Humano y calidad. Valores y actitudes (2° ed.) México: Limusa Noriega Editores.

Morris, G.Ch., Maisto, A. A. (2001) Psicología (10° ed) México: Pearson Educación.

Polít, F. D., Hungler, P. B.(2000) Investigación científica en ciencias de la salud (5°ed.) México: McGraw-Hill.

Restrepo, E. H., Malagán, H. (2001) promoción de la salud. Cómo construir una vida saludable México: Panamericana.

Sánchez, M. A. Ramos, G. L. Marset, C. P. (2000) enfermería comunitaria, sistemas y programas de salud. Madrid España: McGraw-Hill. Interamericana.

Summers, G. (1978) Medición De actitudes. México: Trillas.

Turton, P., Orr, J. (1992) enfermería Comunitaria México: Limusa Noriega Editores.

McQueen, D. (2000) Quinta conferencia mundial de promoción de la salud, Síntesis ejecutivas de informes técnicos, OPS, OMS, SS.

Uribe, J. T. (1999) El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Investigación y Educación en enfermería (XVII) 2, 109-118 Colombia.

Hemerografía

Albertín, C. P., Vilanova, V. M. (1999) Actitudes de los estudiantes hacia la materia de enfermería Comunitaria. Metas 47 (15).

- Aguilar, H. RM. (2003) Actitudes y valores profesionales de enfermería: Análisis del proceso formativo. *Desarrollo Cientif Enferm.* 11(8): 230-234.
- Ballesteros, P. A., Saturno, H. P., Ortega, R. P., Minguez, V. R., Molina, D. F., Martínez, R. MT et al (1996) Construcción y validación de una escala de actitudes hacia la atención primaria de salud. *Atención Primaria* 18(4): 38-51.
- Cacique, C. L., Silva, L. DE. (2000) El aprendizaje social en las actitudes del adolescente frente al SIDA *Desarrollo Cientif Enferm* 8 (6): 163-168
- Calderón, R. C., Rotaeché, C. C., Larrañaga., Merino (2001) Aproximación cualitativa a las actitudes y expectativas de los médicos en el proceso de informatización de la atención primaria. *Atención Primaria* 27 (6): 24-38
- Chávez, C. M. (2000) enfermería Ante el reto del trabajo comunitario. *Desarrollo Cientif Enferm.* 8 (5): 147-151
- Forero, P. C., Pérez, P. C. (2000) Cambio de actitudes de las y los estudiantes de enfermería frente a los aspectos cuidado-curación y prevención. *Investigación y Educación en enfermería* 1 (1)
- Feher-Waltz, C. (1978) Faculty inflence on nursing students preference for practice. *Nursin Research* 29 (3): 90-95
- García, T. E. (2002) Actitudes del personal de enfermería ante el control de infecciones intra hospitalarias en el hospital general, tesis de Licenciatura ENEO UNAM.
- Gavira, N. D. (2002) Modelo de participación de enfermería en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En revista de la facultad de enfermería de la facultad Universidad de Antioquia XVIII (1)

Marín, Ch. M. Reflexiones sobre el Fortalecimiento de la profesionalización de enfermería en la APS Desarrollo Cientif Enferm. 8 (4): 114-118

Mejía, E. N., Serna, G. L., Sierra, L. T. (1997) Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida saludables, en médicos y personal de enfermería. Colombia: Metrosalud.

Muñoz, B. J., Pérez, P. S., Pérez, V. L. (1993) Actitudes de médicos y enfermeros hacia la integración de la salud mental en atención primaria. En Atención Primaria 11 (38)

Pender, N. (2000) Conferencia sobre el Modelo de Promoción de la Salud en la Universidad Autónoma de Nuevo León México.

Pérez, Z. SE. (2004) Percepción de una población de estudiantes de enfermería sobre las características del docente clínico. Desarrollo Cientif Enferm. 12(8): 232-236.

Pineda, O. J. (1998) Actitudes de los pasantes de enfermería respecto a la atención primaria de salud. El caso de la ENEP. Iztacala, tesis de Maestría México.

Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaria de Salud.

Promoción de la salud: una antología (1996) Washington, D.C. OPS.

Tomás, J. S. (1999) Actitud de enfermería ante el sida. Construcción de una escala de Likert. enfermería Clínica 9 (6): 11-15

McQueen, D. (2000) Quinta conferencia mundial de promoción de la salud, Síntesis ejecutivas de informes técnicos, OPS, OMS, SS.

Uribe, J. T. (1999) El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Investigación y Educación en enfermería (XVII) 2, 109-118 Colombia.

Fuentes electrónicas

Álvarez, D.C. (2000) Promoción de la salud. Universidad de Alicante España: disponible en red recuperado el 10 de marzo 2004 <http://proxyintercom.es/icepps/demosa/alicate>

CIE (2000) El CIE y la movilización de enfermeras para la promoción de la salud: disponible en red recuperado el 10 de marzo 2004 <http://icnaicn.ch>

Duque, C. S. (2002) Ponencia sobre la Promoción de la Salud en el currículo de enfermería, disponible en red recuperado 15 de abril 2004 <http://exteduaayura.udea.edu.co>

González, M. J. Promoción de la salud para todos disponible en red recuperado 11 diciembre del 2003 <http://proxy.intercom.es/icepps/demosa/comun.pdf>.

ANEXO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA**

No. de cuestionario _____

Cuestionario sobre actitudes de las (los) estudiantes de Enfermería ante la promoción a la salud.

Objetivo: Identificar las actitudes de las estudiantes de enfermería ante la promoción de la salud.

Este cuestionario es anónimo, las respuestas serán sumadas e incluidas en una tesis profesional y los resultados serán utilizados para propuestas alternativas en las prácticas de las estudiantes sobre el tema de estudio.

Indicaciones.

Lea con atención cada pregunta y coloque una X en el espacio correspondiente a la respuesta que se acerca mas a su manera de pensar.

GRACIAS POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN. FECHA _____

I.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

1.-Edad _____ 2.-Sexo: Masculino() Femenino()

3. Nombre de su escuela _____ 4.- ¿Cual es su promedio actual? _____

II. PREGUNTAS TIPO LIKER

ITEM	totalmente de acuerdo.	parcialmente de acuerdo.	ni de acuerdo ni desacuerdo.	parcialmente en desacuerdo.	totalmente en desacuerdo
1. Al realizar PS de manera individual, intento fomentar el desarrollo de habilidades para mejorar el autocuidado.					
2. Si veo a una persona tirar basura en la unidad de práctica, le pido que la coloque en el bote de basura.					
3. Mi docente me ha convencido que la PS puede modificar hábitos en favor de la salud de las personas.					
4. Mi docente ha sido un modelo a seguir en mis prácticas comunitarias					
5. Cuando mi docente aborda aspectos de PS realmente me he sentido motivado para realizar mis prácticas comunitarias.					
6. Mis conocimientos sobre PS han sido significativos para mi práctica comunitaria.					
7 Me agrada realizar PS en la comunidad porque ésta realmente participa .					
8. He modificado algunos hábitos a favor de mi salud porque mi docente los ha fomentado.					
9. Me gusta realizar PS cada vez que se me presenta la oportunidad.					
10. La PS me agrada por que puedo interactuar con las personas.					
11. Acciones de PS dirigidas a las amas de casa pueden favorecer el cambio de estilos de vida en la familia.					
12. Durante mis prácticas, las buenas relaciones con el personal favorecen mi participación en la PS					
13. Me grada conocer a fondo las necesidades individuales, para planear mis actividades de PS.					
14. Prefiero hacer prácticas en unidades de 2° o 3° nivel					
15. Mi participación es más reconocida en un hospital					
16. Cuando me titule prefiero trabajar en unidades de 2° o 3° en lugar que en el primer nivel de atención.					