

## **EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

### **INTRODUCCIÓN**

La educación para la salud ha tenido en estos últimos años un desarrollo importante, no sólo por parte de Organizaciones e Instituciones Sanitarias, Educativas, etc., sino que también las propias comunidades y los individuos que las componen han tenido un papel preponderante en su impulso.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada conjuntamente por la UNICEF y la OMS en Alma-Ata, en 1978, declaró que “el pueblo tiene al derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” y que “la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes era la primera de las ocho actividades consideradas fundamentales en atención primaria de salud”. Es esta perspectiva la que fuerza a aplicar un nuevo enfoque a la educación sanitaria.

Al proclamar la necesidad de nuevos métodos de educación sanitaria, el comité de expertos reconoce que ningún aspecto de la atención de salud es estático. En el caso de educación sanitaria, es esencial para hacerla más eficaz ponerla a tono con la visión que de los problemas de salud tengan los profesionales y la población en general.

Al principio, la educación sanitaria se desarrolló según la orientación de las concepciones biomédicas de la salud y de la enfermedad entonces vigente, en las cuales se daba poca o ninguna importancia a los factores sociales, culturales y psicológicos. Sin embargo hoy en día, al reconocer la sabiduría tradicional de la que es depositaria cada comunidad y la capacidad de la gente de pensar y actuar constructivamente para identificar y resolver sus problemas, en educación sanitaria se debe pasar de la “intervención” a la “participación”.

Como consecuencia de esto, el educador sanitario (término que se refiere a los profesionales de diversos sectores que empleen el enfoque educativo y cuya

actuación pueda influir en el grado de salud) aprende, además de enseñar, al igual que el educando enseña además de aprender. Los miembros de la comunidad tienen que introducir al educador sanitario en su “cultura sanitaria”, en sus creencias y prácticas en materia de salud y en cómo perciben sus propios problemas de salud.

Los educadores sanitarios, por su parte, deben entablar un diálogo constructivo con los miembros de la comunidad para hallar respuestas culturalmente idóneas para los problemas sanitarios, identificados conjuntamente por los miembros de la comunidad y los trabajadores de salud.

### **CONCEPTO DE SALUD**

Durante mucho tiempo, la salud ha sido definida en términos negativos: salud sería la ausencia de enfermedades e invalideces.

En la actualidad existe acuerdo unánime en que esta definición no corresponde a la realidad y no es operativa por tres razones principales: en primer lugar, porque para definir la salud en términos negativos hay que trazar el límite o la línea divisoria entre lo normal y lo patológico, y ello no siempre es posible. En segundo lugar, porque los conceptos de normalidad varían con el tiempo, y lo que ha sido considerado como normal en un momento dado puede que no lo sea en una época posterior. Por último, porque las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales. La salud no es la ausencia de enfermedades e invalideces, de la misma forma que la riqueza no es ausencia de pobreza, ni la paz ausencia de guerra.

La OMS, en su Carta Magna o Carta Constitucional, definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”.

Esta definición marcó un hito en su momento, pero hay que reconocer que, junto a aspectos muy positivos e innovadores, presenta también aspectos negativos o criticables.

Entre los aspectos innovadores están los siguientes:

- Por primera vez se define la salud en términos afirmativos o positivos. Se considera la salud no sólo como ausencia de enfermedades e invalideces, sino como un estado óptimo positivo de “completo bienestar”.
- No sólo se refiere al área física del ser humano, sino que, por primera vez, se incluyen las áreas mental y social.

Entre los aspectos negativos, son de destacar los siguientes:

- Equipara bienestar a salud, lo cual no siempre es verdad (un drogadicto se siente bien en la fase de administración de la droga, pero eso no quiere decir que este sano).
- Se trata más de un deseo que de una realidad, ya que el completo bienestar físico, mental y social es una meta difícilmente alcanzable.
- Es una definición estática, ya que sólo considera sanas a las personas que gozan de un completo bienestar físico, mental y social. La salud positiva es dinámica y no estática, existiendo diferentes grados de salud positiva.
- Es una definición subjetiva, pues no habla del aspecto objetivo (capacidad de funcionar) de la salud.

Muchos autores no están de acuerdo con la definición de la OMS, entre ellos Terris, que la ha definido como “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones y enfermedades”.

Este autor hace desaparecer la palabra “completo” de la definición de la OMS, ya que entiende que la salud, como la enfermedad, no es un absoluto. Además, para Terris, la salud engloba dos aspectos, uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto subjetivo es el bienestar (sentirse bien en diferentes grados) y el aspecto objetivo es la capacidad de funcionar (funcionamiento en diferentes grados).

Esta definición es operativa, ya que, para la mayoría de las personas, gozar de buena salud es equivalente a la suma de “bienestar” (estar bien, sentirse bien, no tener molestias ni sufrimientos) y la “capacidad de funcionar” (poder trabajar si son adultos o estudiar si son jóvenes, y poder relacionarse normalmente con sus semejantes, gozando de las satisfacciones que proporciona la vida en comunidad).

## **DETERMINANTES DE LA SALUD**

Para conocer el estado de salud de una población y las medidas a seguir para conseguir que ésta alcance su máximo grado, es necesario analizar los determinantes o condicionantes de salud y de la enfermedad.

Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables:

1. La biología humana (genética, envejecimiento).
2. El medio ambiente (contaminación física, química, biológica y psicosocial y sociocultural).
3. El estilo de vida (conductas de salud).
4. El sistema de asistencia sanitaria.

De estas cuatro variables, la primera es prácticamente inmodificable, pero las otras tres sí son modificables, y hacia ellas deberían dirigirse de forma prioritaria las acciones de salud pública.

En diversos estudios se ha comprobado que los estilos de vida y la contaminación del medio ambiente son los principales determinantes de salud en la población, mucho más que el sistema de asistencia sanitaria, y por tanto, es a la mejoría de éstos a lo que se deben dedicar la mayoría de los recursos, y una parte importante de los mismos se deben destinar a la educación para la salud.

Sin embargo, en general, los gastos del sector sanitario no tienen en cuenta las prioridades marcadas por Lalonde: los gastos en asistencia sanitaria son muy

superiores a los que le corresponderían de acuerdo con la importancia relativa de este sector en la determinación de los niveles de salud. Con el medio ambiente y el estilo de vida ocurre al revés, siendo los gastos muy inferiores a lo que les correspondería de acuerdo a su importancia relativa.

Esto parece que está cambiando en la mayoría de los países, que están dedicando un mayor porcentaje de recursos a la prevención y a la educación sanitaria, para corregir el importante sesgo observado entre las prioridades marcadas por la epidemiología y la distribución de los recursos monetarios a cada uno de los grandes determinantes de la salud mencionados en el informe Lalonde. Así, la OMS, en las estrategias para conseguir la “salud para todos en el año 2000”, ha tenido muy en cuenta a estos últimos a la hora de establecer los programas prioritarios y los mecanismos de intervención. La OMS en Europa ha dado especial relevancia a la modificación de los estilos de vida insanos, el principal de los determinantes de salud en los países desarrollados en la actualidad.

### **¿QUÉ ES LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD?**

Es probable que existan tantas definiciones distintas de educación sanitaria como profesionales u organismos han tratado de definirla, por lo que intentar aportar solamente una resulta bastante complejo.

Se pueden plantear algunas observaciones como punto de partida en la búsqueda de una definición que sea válida para el contexto en el que hemos de desarrollar la acción de educación para la salud.

- La educación para la salud forma parte de la actividad de los profesionales del sector sanitario. Dentro de la actividad diaria y de forma natural, todos los sanitarios introducen esta “función educativa”, en muchas ocasiones sin saber exactamente que la están realizando.

- Casi todo el mundo está de acuerdo en considerar la necesidad de apoyo de profesionales del sector educativo, con competencias en tecnología educativa, para desarrollar favorablemente la acción educativa.
- La educación para la salud tiene cuatro objetivos principales: conseguir que la población esté bien informada sobre los problemas de salud y enfermedad; hacer que adopte la salud como un valor fundamental; modificar los hábitos o conductas insanas, y promover las adecuadas conductas positivas de salud.

Las diversas definiciones de educación para la salud contienen distintos enfoques filosóficos sobre la práctica de ésta que pueden ser:

- enfoques persuasivos, voluntaristas, que pretenden la modificación sistemática y planificada de los comportamientos del individuo y el grupo.
- enfoques centrados en favorecer las condiciones de decisión del individuo, la información para favorecer una decisión responsable y las condiciones de adopción de comportamientos a través de la toma de conciencia de los que es bueno para uno.
- enfoques centrales, de tipo educativo, que pretenden la motivación y la participación para conseguir un cambio de comportamiento.

Pero en cualquier caso la educación para la salud debe tener por objetivo permitir a la persona, y a la comunidad, adquirir conocimientos y competencias en materia de atención de salud, y participar activamente en el desarrollo sanitario. Se incluye, pues, en el amplio marco referencial de la educación de adultos, que busca, por principio, desarrollar la capacidad de comprensión crítica del entorno social y la participación activa del adulto, como ciudadano de pleno derecho, en la transformación y progreso de la sociedad.

“Educar para la salud a la población es, teniendo en cuenta las competencias adquiridas y potenciales de las personas, desarrollar las informaciones, formaciones y aprendizajes necesarios para que estas personas sean aptas para discernir (saber) y adoptar (saber ser y saber hacer) por ellas mismas, y por aquellas de las que son responsables, las actitudes y comportamientos necesarios para:

- Promover un bienestar físico, psicológico y social duradero;
- prevenir los riesgos de enfermedades y accidentes;
- reducir las invalideces funcionales” (Piette & Schleiper, 1985)

“La educación para la Salud implica:

- El estudio del nivel de cultura sanitaria de los individuos o de los grupos (nivel de conocimientos científicos, grado de información de la población, hábitos de higiene, actitudes acerca de la salud individual y colectiva).
- Un proceso de aprendizaje y de cambio.
- Una relación, intercambio entre aquellos que tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades” (Barton).

## **PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

1. La educación para la salud debe impulsar la maduración tanto del individuo como de los grupos, mediante su capacitación para llevar a cabo un trabajo conjunto que conlleve una mejora en el estado de salud, es decir, de las condiciones de vida y de trabajo, así como modificar el medio ambiente para que no sólo no perjudique la salud, sino que favorezca la adopción de las conductas mas saludables.
2. Debe basarse en la existencia de una **comunicación bidireccional** entre los educadores y la comunidad. El educador debe tener en cuenta que no es el único poseedor del “saber”, que cada persona tiene una serie de

conocimientos, actitudes y comportamientos en los temas relativos a su cuerpo y su salud, condicionados por la cultura de su grupo y las condiciones ambientales de su entorno. La Educación para la Salud se convertirá así en un trabajo conjunto, de identificación de problemas y de búsqueda de soluciones a partir de la experiencia del individuo y de las informaciones aportadas por los trabajadores de la salud.

3. Debe ser una **acción continuada en el tiempo** (no limitada a acciones puntuales) y debe estar insertada en todos los sistemas que en la sociedad interaccionan normalmente con el individuo (medio laboral, escuela, servicios sanitarios, instituciones,...)
4. La acción educativa debe ser desarrollada de **forma multiprofesional** implicando a los profesionales que tienen alguna responsabilidad en el entorno en que se mueve el individuo (sanitarios, maestros, educadores, agentes de salud...) de forma coherente y coordinada (trabajo en equipo). El equipo tiene que fomentar la colaboración de otros recursos existentes.
5. Abordará los problemas percibidos por el individuo al que va destinada la acción educativa.
6. La información o el mensaje educativo se presentará de forma que facilite la comprensión, el recuerdo y el cumplimiento de los mismos.

## **METODOLOGÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

La metodología **debe ser ante todo participativa**, destinada a los sujetos en la identificación y búsqueda de soluciones a sus propios problemas de salud.

La metodología de actuación **debe basarse necesariamente en la planificación/programación**, lo que implica la elaboración de hipótesis de trabajo y la toma de decisiones. Se trata de prever de forma sistemática y racional las acciones que se deben realizar para la consecución de unos objetivos, contando con unos determinados recursos.

**La planificación en educación para la salud debe estar adaptada a la realidad donde se prevea desarrollar la acción.** También es necesario conocer aquellas circunstancias que puedan condicionar la marcha del proceso de planificación. Estos condicionantes, la mayoría de las veces, provienen del mismo problema o situación que se pretende solucionar o mejorar, de las personas o grupos que participan, del contexto, etc. El conocimiento del punto de partida en todo diseño de planificación es fundamental; de lo contrario podemos realizar planificaciones perfectas, pero inadecuadas para la realidad concreta en la que vamos a actuar.

El núcleo central de la planificación es la programación, que es la actividad previa a cualquier acción y constituye el documento guía de todo proceso de intervención en educación para la salud. Comprende desde la formulación de los objetivos, la descripción de los contenidos, medios, métodos y recursos, hasta las normas, criterios e instrumentos de evaluación y control de los resultados.

El esquema básico de la programación consiste en:

- A. Análisis de la situación.
- B. Elección de prioridades.
- C. Definición de objetivos.
- D. Selección de actividades.
- E. Ejecución
- F. Evaluación.

#### **A. Análisis de la situación.**

Responde a las preguntas ¿Cuál es la realidad? ¿Por qué es necesaria una acción?.

Consiste en la identificación de los problemas de salud, los perfiles de riesgo (factores y grupos de riesgo) así como los recursos de que dispone el individuo y/o la

comunidad para hacer frente a los problemas de salud detectados y emprender acciones para la promoción de la misma.

Para conseguir la adopción de comportamientos saludables por parte de la población, se deben analizar previamente cuáles son los factores antecedentes que facilitan u obstaculizan la conducta, así como las consecuencias de la misma que tenderán a fortalecerla, debilitarla o extinguirla.

Es fundamental otorgar un valor al saber de la población. La participación de la población en la identificación y definición de sus problemas es la mejor vía para hacer apreciar su relevancia, convirtiéndose en un instrumento estimulante de su propia participación en las sucesivas etapas del proceso.

### **B. Elección de prioridades.**

Responde a la pregunta: ¿Sobre qué he de trabajar?

Al elegir el problema sobre el que se ha de trabajar se debe tener en cuenta su magnitud, la posibilidad de solucionarlo con los medios de que se dispone y sobre todo la percepción que la población tiene de él, que la población lo perciba como un problema para ella.

### **C. Definición de objetivos.**

Responde a la pregunta: ¿Qué se quiere lograr?

Los objetivos se deben redactar conteniendo el resultado que esperamos alcanzar con nuestra intervención educativa y siguiendo un orden:

1. Definir el objetivo general de la salud en términos de resultados a conseguir.
2. Definir los objetivos educativos de comportamiento que permitan alcanzar el objetivo de salud, lo que los educandos deben ser capaces de hacer en el término de un período de enseñanza-aprendizaje.

3. Definir los objetivos destinados a inducir, facilitar y reforzar los comportamientos (conocimientos y habilidades necesarias, modificaciones o refuerzos ambientales, etc.).
4. Los objetivos educativos deben ser pertinentes, claros, realizables y deben poderse medir.

#### **D. Selección de actividades.**

Consiste en la selección de la estrategia de intervención que facilite la adopción de los comportamientos saludables por parte del individuo o la comunidad.

Debe responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué se va a hacer?. Naturaleza del proyecto. Actividades a desarrollar.
- ¿A quiénes va dirigido?. Población diana, destinatarios.
- ¿Dónde se quiere hacer?. Localización física.
- ¿Cuándo se va a hacer?. Cronograma.
- ¿Quiénes lo van a hacer?. Recursos humanos, distribución de responsabilidades.
- ¿Cómo se va a hacer?. Pormenorización de las actividades y tareas.
- ¿Con qué se va a hacer?. Recursos materiales y financieros.

#### **E. Ejecución.**

Se refiere al acto o suma de actuaciones que se realizan para el logro del objetivo.

#### **F. Evaluación.**

Evaluación significa examinar el grado de adecuación entre un conjunto de informaciones y un conjunto de criterios adecuados al objetivo fijado, con el fin de tomar una decisión (De Ketele, 1984).

La evaluación pretende realizar una valoración sobre bases objetivas y sólidas.

La evaluación es un procedimiento por el cual:

- Se verifican los ámbitos donde deberán tomarse decisiones
- Se determina, recoge y analiza la información considerada necesaria para tomar decisiones.
- Se presenta la información recogida a quienes deberán tomar decisiones, con el fin de que puedan elegir entre varias (Alkin, 1969).

Tiene como objetivo último dar un juicio sobre una actividad, un programa, un servicio, etc.; juicio que siempre estará basado sobre criterios o normas.

Hay que tener en cuenta que la evaluación no es una etapa de un proyecto de educación para la salud, sino que se trata de un proceso continuo que interviene en cada etapa y en ocasiones varias veces por etapa, cada vez que se debe tomar una decisión.

Como proceso continuo, la evaluación debe ser programada desde el inicio de un proyecto de educación para la salud. Ello permitirá reservar los medios necesarios y, desde el primer momento, prever ciertas acciones y ciertos procesos.

Al inicio de todo proyecto de evaluación, es indispensable intentar encontrar respuestas a las siguientes cuestiones:

1 ¿Por qué evaluar?

- ¿Qué se va hacer con los resultados?*
- ¿Cuáles son los objetivos de la evaluación?*

2 ¿Qué evaluar?

- ¿Cuál es el objeto de la evaluación?*

3 ¿Cuándo evaluar?

- ¿En qué momento del proyecto nos encontramos?*
- ¿Qué se puede evaluar aún?*

Sólo tras encontrar respuestas a estas cuestiones se podrá elegir el tipo de evaluación más adecuado y los métodos y los medios de evaluación que vayan a ser más eficaces.

### **PRINCIPALES ETAPAS DE LA ACCIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

- 1 Formación del equipo de trabajo, que ha de ser multidisciplinar.
- 2 Identificar las características de la población en su medio.
- 3 Detectar las estructuras y servicios disponibles.
- 4 Señalar la naturaleza de los problemas, las necesidades, las demandas y los recursos de la población.
- 5 Analizar los factores que pueden influenciar a la salud y a la educación.
- 6 Reconocer los grupos de población expuestos a determinados riesgos.
- 7 Ordenar, analizar las informaciones recogidas en las etapas precedentes (recursos, colaboradores, problemas, opiniones de las personas, coordinación con otro tipo de actividades...)
- 8 Definir los criterios que permitan decidir lo que es más adecuado, realizable, necesario y prioritario.
- 9 Apreciar la pertinencia de la elección y la factibilidad de las soluciones por las que se ha optado.
- 10 Estimar los medios necesarios en cuanto a tiempo, competencia, personal, financiación, recursos...
- 11 Evaluar la oportunidad o la necesidad de realizar o no la acción.

- 12 Definir los objetivos generales en términos de resultados a alcanzar (objetivos de educación para la salud).
- 13 Definir los objetivos de acción a desarrollar para conseguirlo.
- 14 Definir los objetivos operativos correspondientes a las tareas precisas a realizar.
- 15 Determinar las estrategias de realización de la acción, con la participación de la población diana y en función de:
  - Los colaboradores encontrados;
  - Las actividades propuestas;
  - Los obstáculos identificados;
  - Los recursos disponibles.
- 16 Establecer el plan de actividades y el calendario de las diferentes etapas de la acción.
- 17 Precisar el reparto de tareas y las personas que deban asumirlas.
- 18 Definir las modalidades de organización y coordinación.
- 19 Redactar las propuestas y las medidas determinadas en el programa.
- 20 Precisar el presupuesto, con los recursos humanos y materiales necesarios, tanto para la preparación como para la ejecución y control o evaluación de la acción.
- 21 Verificar que se dispone de los indicadores y criterios de evaluación apropiados.

## **MÉTODOS Y MEDIOS AUXILIARES EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

Los métodos y medios que se pueden utilizar como apoyo en las actividades de educación para la salud se clasifican, según la OMS, en:

## **1 METODOS BIDIRECCIONALES O DIRECTOS**

En ellos existe contacto directo entre el educador y el educando, utilizándose la palabra hablada como medio de comunicación. Como complemento a ésta pueden utilizarse ayudas técnicas (dibujos, pizarra, franelograma, diapositivas, etc.).

Su principal ventaja radica en que el contacto directo del educador y el educando facilita la aclaración de las dudas o problemas que puedan surgir.

La palabra educativa puede utilizar cuatro vías principales de aplicación: el diálogo, la clase, la charla y la discusión en grupo.

### **1.1 El diálogo**

Es uno de los mejores métodos de educación sanitaria.

Para que sea eficaz, se precisa la creación de un clima de confianza y comprensión mutua. El tacto social del entrevistador debe procurar disipar los recelos que todo tipo de contacto humano provoca en una primera aproximación.

Además, durante su desarrollo es fundamental saber escuchar (no interrumpir al entrevistado, no discutir ni criticar sus opiniones, ni siquiera las equivocadas), saber conversar (emplear un lenguaje claro, apropiado a la mentalidad y cultura del entrevistado), estar familiarizado con los temas que le importan y le preocupan, mostrarse interesado en ellos y saber aconsejar (no aportar una solución que parezca personal, más bien al contrario, procurar que la respuesta sea hallada espontáneamente por el entrevistado).

### **1.2 La clase**

Es el método más utilizado en la enseñanza formal de la salud en la escuela. En general se complementa con el uso de apuntes, libros de texto o de consulta y otros materiales audiovisuales.

El principal inconveniente de la clase es que es un método que impulsa más a la adquisición de conocimientos que a la modificación de conductas, por lo que no es un método aconsejable en educación sanitaria de adultos, a no ser que el tema de la clase responda exactamente a deseos o necesidades específicas del grupo a que va dirigido. Este sería el caso de los cursos de educación sanitaria materno-infantil en las escuelas de madres, o los de primeros auxilios, programados en forma de cursos de socorrismo, dirigidos a trabajadores cuya profesión tenga un alto riesgo de accidentes.

Las clases, como las charlas y las conferencias, se pueden complementar con medios audiovisuales y/o demostraciones prácticas (prácticas de respiración artificial en un muñeco,...).

Para que la clase alcance su mayor efectividad, es conveniente hacer un resumen final resaltando los puntos fundamentales de lo tratado durante ella.

Seguidamente se abrirá un coloquio para aclarar aquellos puntos que no hayan sido adecuadamente comprendidos.

### **1.3 La charla**

Es el procedimiento directo de educación sanitaria más utilizado en nuestro medio para dirigirse a grupos.

En la planificación y realización de las charlas deben tenerse muy presentes los siguientes puntos para que la educación sea eficaz:

- Debe ser promovida por el propio grupo a que va dirigida, a través de sus líderes.
- El orador elegido debe ser conocedor del tema, pero al mismo tiempo debe gozar de prestigio entre los oyentes.

- El tema elegido debe responder a los deseos, necesidades e intereses del auditorio.
- En el desarrollo de la charla es preciso tener en cuenta una serie de consideraciones técnicas:
  - La charla debe ser breve. Lo ideal es que no sobrepase la media hora. Se debe utilizar un lenguaje apropiado a la mentalidad y cultura de los oyentes.
  - La exposición debe ser estructurada, comenzando con una introducción que despierte el interés, continuando con una serie de ideas concretas, expuestas de un modo sencillo y preciso y concluyendo con un resumen final de lo dicho que estimule la discusión.
  - Es conveniente citar experiencias y anécdotas durante la disertación, ya que contribuyen a la amenidad de la charla. También es aconsejable la utilización de ayudas audiovisuales (diapositivas, transparencias,...) para clarificar y fijar ideas.
  - Al final de la charla hay que conceder siempre un tiempo destinado al diálogo y al coloquio. Toda charla en la que sólo hable el encargado de darla es, desde el punto de vista formativo, no sólo estéril, sino también perjudicial. Cuando el oyente no puede solicitar aclaraciones o manifestar sus dudas u opiniones, se engendra un sentimiento de frustración que puede desencadenar una actitud hostil hacia el orador y los principios que pretende inculcar.
  - Es importante efectuar una evaluación final de la charla, valorando el número de personas asistentes, interés y atención del auditorio y preguntas más interesantes efectuadas por los asistentes. Este último punto es de especial importancia, ya que permitirá conocer aquellos

conceptos e ideas que son de mayor interés por parte del auditorio, así como aquellos problemas o aspectos que son de más difícil comprensión y deberán merecer atención especial en charlas posteriores.

- Cuando un mismo tema va a ser desarrollado por diferentes oradores, es muy importante unificar los criterios y la exposición de conceptos.

#### **1.4 La discusión en grupo**

Consiste en la reunión de pequeños grupos (12-15 personas) y la discusión entre sus miembros, moderada por un líder, con el fin de tratar un problema y lograr una solución, que al haber sido tomada por acuerdo general es probable que sea más aceptada y seguida que una decisión individual.

Hoy en día la discusión en grupos está considerada como el más eficaz de los métodos de educación sanitaria de grupos utilizado para la modificación de actitudes y conductas de salud.

La exposición de las opiniones de los diferentes miembros del grupo permite una confrontación de sus ideas y una complementación de los distintos puntos de vista sobre el asunto tratado. Las ideas expuestas por los miembros del grupo son sometidas a juicio y valoración, de tal forma que las inconsistentes son rápidamente desechadas muchas veces por el propio expositor, el cual se da cuenta de su poco valor mientras las expone o, lo que es más frecuente, después de oír a los demás. El juego de ideas y de conceptos entre los miembros del grupo mejora la comprensión del problema y hace que las nuevas conductas de salud sean aceptadas con facilidad.

Para que la eficacia de este método sea óptima se han de cumplir los siguientes requisitos: el tema debe ser del interés de los educandos, los cuales deben conocerlo, aunque sea superficialmente, antes de iniciarse en la discusión. Deben tener, además, capacidad para exponer las ideas y para defenderlas una vez expuestas. Debe tratarse de personas predispuestas a la discusión, es decir, que no sean tímidas.

Este procedimiento es ideal cuando la educación sanitaria va dirigida a personas jóvenes y se tratan problemas específicos de su edad.

En la discusión en grupo debe existir un director o animador y un acompañante. La labor de este último es, simplemente, la realización de un resumen de la marcha de la discusión y el informe final con las conclusiones a que se ha llegado durante ella.

## **2 METODOS INDIRECTOS**

Utilizan la palabra hablada o escrita o la imagen, pero interponiendo entre los educandos y los educadores una serie de medios técnicos, los medios de comunicación de masas, que pueden ser: visuales (carteles, folletos, cartas circulares, periódicos,...), sonoros (la radio) y audiovisuales (cine, vídeo y televisión).

Con estos métodos, a diferencia de los directos, no hay una relación cara a cara entre el educador y el educando, lo cual hace que no sea posible el reflujo de la información, con lo que la eficacia de la comunicación es menor.

También se diferencian por el número relativamente elevado de personas que alcanzan y porque el colectivo receptor hace muy poco o ningún esfuerzo para recibir el mensaje, lo cual le resta eficacia.

Por último, hay que destacar que los mensajes transmitidos a través de los medios de comunicación de masas deben ser relativamente simples y tratar de un sólo tema.

En los últimos años, se ha preconizado el uso masivo de los medios de comunicación de masas para persuadir a la población de que adopte conductas positivas de salud. El argumento con que se ha justificado es que si son eficaces para que la población compre una determinada marca de cigarrillos, por qué no ha de serlo para convencerla de que deje de fumar o de que se vacune.

Este razonamiento falla, porque no es lo mismo promocionar productos comerciales que cambiar estilos de vida insanos. Mientras que la publicidad de los

productos comerciales sólo pretende, por lo general, que el consumidor compre un determinado producto entre los existentes en el mercado, la educación para la salud pretende cambiar conductas y estilos de vida que en muchos casos son gratificantes y se llevan practicando durante largos años y cuyo cambio puede llegar a ser doloroso o molesto.

<b>MEDIOS AUDIOVISUALES</b>	
<b>DIFERENTES MEDIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pizarra</li> <li>- Carteles</li> <li>- Folletos</li> <li>- Franelograma</li> <li>- Vídeo</li> <li>- TV</li> <li>- Radio</li> <li>- Prensa escrita</li> <li>- Diapositivas</li> <li>- Transparencias</li> </ul>
<b>FUNCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudan a mantener el interés por su carácter novedoso.</li> <li>- Permiten concretar gráfica y simbólicamente las ideas.</li> <li>- Ofrecen experiencias directas.</li> <li>- Estimulan el pensamiento reflexivo</li> </ul>

En general, hoy en día se acepta que, en el campo de la educación sanitaria, los medios de comunicación de masas tienen los siguientes efectos

- a) Incrementan los conocimientos de la población sobre el tema. Es decir, son útiles para informar y sensibilizar a los grupos y colectivos sobre los hábitos insanos objeto del programa educativo.
- b) Refuerzan las actitudes previamente sostenidas, pero no sirven para cambiar las actitudes contrarias firmemente arraigadas.

c) Pueden dar lugar a cambios de conducta, pero sólo cuando ya existe una predisposición previa a la acción.

Para decidir cuál es el mejor método indirecto a utilizar se debe tener en cuenta que tienen que ser adaptados al auditorio, valorando, entre otros, la edad, los conocimientos y capacidades y el interés y motivaciones que éste tenga.

A continuación se muestran algunos de los que se pueden utilizar, así como las ventajas que ofrece cada uno y la forma de utilización.

## 2.1 Carteles

Son uno de los métodos más utilizados para la información y la educación sanitaria.

<b>EL CARTEL</b>	
<b>TIPOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Racional : Si el argumento y/o el dibujo que utilizan mueve a la reflexión, al pensamiento.</li> <li>– Emocional: Si mueve a producir un efecto o realizar una acción. Si despierta una “emoción” o produce un impacto.</li> <li>– Mixtos</li> </ul>
<b>PRINCIPIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El mensaje debe ser sencillo, sólo recogerá una idea.</li> <li>– La idea estará contenida en la ilustración</li> <li>– Se ajustará a los principios de un buen diseño gráfico y a ser posible artístico.</li> <li>– Tendrá “IMPACTO”. Hará detenerse a las personas.</li> <li>– El mensaje será completo, claro e inmediatamente comprensible.</li> <li>– El contenido debe adaptarse al público al que va dirigido.</li> <li>– Los carteles atractivos e interesantes ayudan a crear una atmósfera de simpatía hacia la actividad educativa de la EpS.</li> </ul>
<b>DISEÑO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Usar muy pocas palabras.</li> <li>– Las palabras deben resaltar (tipo de letra, tamaño y lugar de colocación).</li> <li>– La ilustración se adecuará al tema.</li> </ul>

- 
- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>– Buscar un buen contraste y hacer énfasis para la transmisión de una idea precisa.</li><li>– Para “atraer la vista” el diseño será atrevido, claro y sencillo.</li><li>– El color da significado, expresión, fuerza y contraste al cartel.</li></ul> |
|--|---|
- 

Su principal función es la de atraer la atención de un modo intenso y rápido sobre un asunto. Es fundamental que el cartel contenga una sola idea, clara, concisa e incisiva.

Deben instalarse en lugares visibles y estratégicos, con colores llamativos y bien combinados, con un dibujo atrayente y adecuado al tema, de modo que con una sola mirada permita comprender la idea que se quiere transmitir. El texto ha de ser lo más breve posible.

Por lo directo del impacto que producen son muy utilizados al inicio de las campañas con el fin de llamar la atención.

## **2.2 Folletos**

Son publicaciones sencillas que tratan por lo general de un tema específico.

Entre sus ventajas más importantes hay que destacar:

- Son muy versátiles. Se pueden utilizar con diversos fines y, adaptando su contenido, pueden servir para diferentes clases de público de acuerdo a sus necesidades y niveles de instrucción
- El mensaje no es puntual, como el de la radio o la televisión, sino que permanece.
- Constituyen un complemento eficaz de los otros medios de comunicación, tanto directos como indirectos.
- Suelen tener, en general, un bajo coste.

El mayor inconveniente que presentan es que sólo son aptos para el público alfabetizado.

Con objeto de que el folleto sea eficaz y su rendimiento óptimo, es conveniente no distribuirlos masivamente, sino sólo a aquellas personas que previamente estén

interesadas en el tema, ya que la distribución masiva no es útil como medio de educación sanitaria, debido a que las personas que previamente no hayan sido sensibilizadas e interesadas en el tema ni siquiera los leerán.

<b>EL FOLLETO</b>	
<b>CLASIFICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Motivadores: Impulsan a que se haga algo, que se actúe.</li> <li>– Promotores: Sirven para conseguir apoyo.</li> <li>– Educativos: Enseñan cómo hacer algo.</li> </ul>
<b>FORMATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El formato o diseño es muy importante</li> <li>– El destino del folleto aconseja su tamaño</li> </ul>
<b>REGLAS BÁSICAS PARA SU ELABORACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Escribir lo que le interesa al auditorio</li> <li>– Ser conciso en la escritura.</li> <li>– Usar el léxico adecuado.</li> <li>– Máxima claridad.</li> <li>– Específico: presentar hechos concretos.</li> <li>– Evitar el editorialismo y abolir los detalles sin valor.</li> <li>– Letra grande y atractiva.</li> <li>– Título corto y llamativo</li> <li>– Deben evitarse párrafos completos en mayúscula, porque dificultan la lectura y estropean la presentación.</li> <li>– Los dibujos refuerzan el texto y son fuente de humorismo.</li> </ul>

### **2.3 La radio**

Es el medio de comunicación de masas de mayor cobertura, puesto que llega prácticamente a todo el mundo.

Una importante ventaja de la radio es que el oyente no debe poseer ninguna capacidad especial para recibir el mensaje, a diferencia de lo que ocurre con los medios impresos, para cuya comprensión el educando debe, al menos, saber leer. Esto hace que este medio sea muy eficaz para hacer llegar mensajes sencillos de salud a los grupos sociales menos favorecidos.

A través de la radio pueden transmitirse cuñas radiofónicas, charlas, programas dialogados, etc.

## **2.4 El cine y el vídeo**

Su gran difusión y la enorme atracción que ejercen sobre las masas hacen de éstos un medio muy adecuado para la educación sanitaria.

Pueden proyectarse para complementar charlas o como proyección simple, pero en este caso es conveniente que la proyección vaya seguida de discusión.

### **EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PRISIÓN**

Aunque parece evidente que la situación de privación de libertad no es la más adecuada para conseguir que los individuos adopten conductas de vida saludables, ya que se encuentran en una situación que no han elegido voluntariamente, sin embargo, la prisión constituye en muchos casos su primer contacto con los sistemas sanitarios y/o educativos y por tanto debe ser aprovechada para conseguir estimular en ellos el desarrollo de estilos de vida saludables.

En prisión se dan además una serie de factores que contribuyen a facilitar el desarrollo de programas con este objetivo. Entre estos factores cabe destacar:

- Facilidad de acceso a la población, frente a la dificultad que supone acceder a la misma en el exterior;
- Población hasta cierto punto estable, o por lo menos, en general, con un tiempo de estancia conocido, lo que permite plantearse distintos tipos de estrategia;
- Variedad muy grande de profesionales (sanitarios, docentes, educadores, psicólogos, asistentes sociales,...) que por su labor profesional son depositarios de las diferentes demandas de la población reclusa, por lo que pueden aportar un conocimiento real y ajustado de los problemas y necesidades específicas de esta población, hecho fundamental a la hora de intervenir sobre ella;

- Los internos disponen de muchas horas libres al día que pueden ser ocupadas en estas materias.

A todo lo anterior hay que añadir que la población ingresada, en general, presenta una alta prevalencia de factores de riesgo para determinadas enfermedades y unas condiciones sociales y educativas poco favorables, lo que les hace candidatos idóneos para la participación en estos programas.

Como ya se ha comentado, para que un programa de educación para la salud sea efectivo es necesario abordarlo desde una perspectiva global e interdisciplinar. Por ello, al poner en marcha el programa en prisión, ha de procurarse la participación de todos los estamentos del centro penitenciario, intentando que los internos se sientan implicados en él de alguna forma.

Para ello se formará un equipo de educación para la salud, compuesto por profesionales de distintos estamentos del centro penitenciario (maestros, educadores, sanitarios, psicólogos, sociólogos, funcionarios de vigilancia, trabajadores sociales, etc,...), entre los que se elegirá un responsable o coordinador. Entre todos ellos deberán decidir los objetivos y estrategias de actuación en su centro, adecuándolo a las características propias de éste (preventivos, penados, mujeres, madres, etc...).

La responsabilidad de la elaboración y ejecución de este programa es del equipo de educación para la salud. La coordinación de las personas que forman parte del equipo y de las actividades a realizar correrán a cargo del responsable.

Cada tema deberá ser asignado a la persona más adecuada para desarrollarlo. Así, por ejemplo, temas que hacen referencia a higiene deberán depender del responsable del programa de higiene y salud medioambiental, los temas relacionados con la actividad física de los monitores ocupacionales, etc.

Siempre que sea posible, una misma persona debe responsabilizarse de los mismos temas. En el caso de que un mismo tema vaya a ser desarrollado por distintas personas, se unificarán los criterios y la exposición de los conceptos.

En el caso de participación de personal extrapenitenciario se deberá supervisar su intervención por alguna persona del equipo para evitar que puedan emitirse mensajes contradictorios.

Los temas elegidos deben responder a las necesidades y deseos expresados por la propia población, aunque los relacionados con la higiene, vacunaciones o con enfermedades objeto de programas específicos en II.PP. deben ser incluidos inexcusablemente.

Como resumen de todo lo anterior, se relacionan a continuación los criterios básicos para la elaboración del programa en II.PP. :

- 1 Creación entre los distintos profesionales del centro (sanitarios, maestros, educadores, técnicos, funcionarios de vigilancia, etc,..) de un equipo de trabajo
- 2 Nombramiento de un responsable del programa .
- 3 Realización de reuniones entre los distintos profesionales del equipo, con el fin de unificar criterios, establecer normas de actuación conjuntas y asignar tareas a cada uno de los componentes.
- 4 Realización entre todos los componentes del equipo de un programa específico adecuado a las necesidades y demandas de la población ingresada en cada centro, en el que se especifiquen claramente los objetivos, metodología , recursos (tanto materiales como personales), cronograma y sistemas de evaluación.
- 5 Puesta en marcha del programa utilizando la metodología mas adecuada a la población diana y sobre los temas que se hayan seleccionado previamente.
- 6 Una de las actividades a realizar dentro del programa puede ser la elaboración de materiales (carteles, folletos, revistas, etc,...) de apoyo, tanto por parte del equipo como de los propios internos.
- 7 Utilización de los medios de difusión existentes en los centros penitenciarios para lanzar mensajes de educación para la salud:

artículos en las revistas que se editan en los centros, cuñas radiofónicas en las emisoras locales, spots con mensajes de educación para la salud intercalados en los programas o películas que se emiten en los circuitos de TV de los centros, etc...

- 8 Es importantísima la coordinación con los Servicios de Educación para la Salud del Sistema Nacional de Salud y de las Consejerías de Salud de las distintas Comunidades Autónomas, con el fin de conseguir el apoyo de personal extrapenitenciario experto en estas materias que pueden aportar tanto su propio conocimiento como el material ya editado por las distintas instituciones.
- 9 Otro aspecto básico es el de la formación de los profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar de educación para la salud en las distintas materias del programa. Además de los cursos específicos organizados a través de los servicios centrales, es básica la realización de sesiones formativas en los propios centros, de forma periódica y con la participación de todos los componentes del equipo. Cada sesión será responsabilidad del profesional con mayor conocimiento y experiencia sobre el tema a tratar. También en este aspecto es importante la colaboración con las Consejerías de Salud Comunitarias ya que en ellas se organizan periódicamente cursos de formación en estas materias, que suelen estar abiertos a la participación de personal penitenciario.

#### **BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA**

- ANIA, J.M.: **Curso de educación para la salud**. Madrid. 1993.
- GOMEZ RISUEÑO, A.: **Curso de promoción y educación para la salud**. Sevilla, 1994.

- OMS: **Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria de salud.** Ginebra, 1983.
- PINEAULT, R.; DAYELUY, C.: **La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias.** Masson, Barcelona, 1985.
- REGATO PAJARES, P.; RIERA PASTOR, M.: **Educación para la salud en la APS.** Madrid, 1993.
- SALLERAS SANMARTÍ, L.: **“La salud y sus determinantes”.** Revista Anthropos, nº 118/119, Barcelona, págs. 32-38.
- ANÓNIMO. **Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y las bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud.** Medicina Preventiva y Salud Pública, 9ª edición, págs. 1039-1051.
- SALLERAS SANMARTI, L.; PRAT MARÍN, A.; GARRIDO MORALES, P.: **Métodos y medios de educación sanitaria.** Medicina Preventiva y Salud Pública, 9ª edición, págs. 1052-1061.