

Rogelia Perea Quesada
(Directora)

PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Tendencias innovadoras



**PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN
PARA LA SALUD
Tendencias innovadoras**

Rogelia Perea Quesada
(Directora)

**PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN
PARA LA SALUD**
Tendencias innovadoras

booksmedicos.org



© Rogelia Perea Quesada, *et al.*, 2009

Reservados todos los derechos.

"No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright."

Ediciones Díaz de Santos

Internet: <http://www.diazdesantos.es/ediciones>

E-mail: ediciones@diazdesantos.es

ISBN: 978-84-7978-914-5

Depósito Legal: M. 36.381-2009

Fotocomposición: P55 Servicios Culturales C.B.

Diseño de cubierta: P55 Servicios Culturales C.B.

Impresión: Fernández Ciudad

Printed in Spain - Impreso en España



Índice de autores

DIRECTORA

Perea Quesada, Rogelia

Profesora Titular de Universidad en Pedagogía Social y Educación para la Salud. Departamento de Teoría de la Educación y Pedagogía Social. UNED. Madrid. Directora de la línea de investigación de Educación para la Salud en la UNED.

AUTORES

Escortell Mayor, Esperanza

Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria. Área 3. Instituto Madrileño de Salud. Madrid.

Hernando Sanz, M^a de los Ángeles

Profesora Titular de Universidad en Pedagogía Social. Departamento de Teoría de la Educación y Pedagogía Social. UNED. Madrid.

Limón Mendizábal, Rosario

Profesora Titular de Universidad en Pedagogía Social. Vicedecana de la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid.

López-Barajas Zayas, Emilio

Catedrático de Universidad en Fundamentos de Metodología Científica. UNED. Madrid. Miembro de la Philosophy of Education Society of Great Britain. Miembro de la American Educational Research Association.

Ortega Navas, M^a del Carmen

Profesora Ayudante de Educación para la Salud. Departamento de Teoría de la Educación y Pedagogía Social. UNED. Madrid.

Perea Quesada, Rogelia

Profesora Titular de Universidad en Pedagogía Social y Educación para la Salud. Departamento de Teoría de la Educación y Pedagogía Social. UNED. Madrid. Directora de la línea de investigación de Educación para la Salud en la UNED.

Pérez Gómez, Beatriz

Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología de Madrid.

Índice

Presentación.....	XI

Primera parte

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL DE LA PROMOCIÓN Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. Promoción y educación para la salud. Algunos pilares básicos. <i>Rogelia Perea Quesada.....</i>	3
2. La educación emocional: un factor determinante de la salud <i>Mª del Carmen Ortega Navas</i>	27
3. Alimentación y educación física como factores de salud y calidad de vida	47
<i>Rogelia Perea Quesada. Mª Ángeles Hernando Sanz</i>	
4. Necesidades e intervenciones en promoción y educación para la salud: factores determinantes. <i>Rosario Limón Mendizábal</i>	63

Segunda parte

CAMPOS EMERGENTES DE INTERVENCIÓN

5. Formas primarias de salud familiar. <i>Rogelia Perea Quesada.....</i>	109
6. La escuela como escenario para un desarrollo saludable. <i>Rogelia Perea Quesada.....</i>	123

7. Formación para la salud y seguridad en el trabajo. <i>Rogelia Perea Quesada</i>	149
8. Estrategia educativa en la salud de las personas mayores. <i>Rosario Limón Mendizábal</i>	169
9. El desarrollo comunitario, una acción dinamizante de promoción para la salud. <i>Mª Ángeles Hernando Sanz</i>	207

Tercera parte

MÉTODOLOGÍA E INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

10. Identificación y resolución de problemas. <i>Mª Ángeles Hernando Sanz</i>	229
11. Los proyectos y los programas. <i>Mª Ángeles Hernando Sanz</i>	247
12. Técnicas grupales. <i>Mª Ángeles Hernando Sanz</i>	271
13. La investigación científica y la Educación para la salud. <i>Emilio López-Barajas Zayas</i>	291
14. El método epidemiológico en investigación. Conceptos básicos. <i>Beatriz Pérez Gómez y Esperanza Escortell Mayor</i>	315
15. El estudio de casos. <i>Emilio López-Barajas Zayas</i>	353
16. La investigación etnográfica. <i>Emilio López-Barajas Zayas</i>	371
17. La observación participante. Estatuto epistemológico, metodología y crítica. <i>Emilio López-Barajas Zayas</i>	393
18. Investigación biográfica. <i>Emilio López-Barajas Zayas</i>	425
Glosario de términos	443
Índice analítico	447



Presentación

Agotada la edición de 2004 de la obra *Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo*, y ante la respuesta obtenida, sentimos la necesidad de editar un nuevo texto que recoja parte del contenido anterior, revisado y actualizado, por lo que la obra que presentamos es continuación de la anterior; en ella se incorporan una serie de aportaciones novedosas en los ámbitos de la promoción y Educación para la Salud. Esta obra va acompañada de un CD con una serie de documentos internacionales y anexos de interés para el lector.

El carácter multidimensional de los factores que condicionan la salud de la persona, así como la complejidad y riqueza del ser humano no haría posible abordar esta temática en un solo texto, por lo que no es nuestra intención presentar un trabajo exhaustivo y minucioso aunque sí reflexivo, sistemático y unitario, en el que el educador para la salud pueda identificar los elementos básicos para su formación.

Los contenidos se han estructurado en torno a tres bloques temáticos. El primer bloque, *Marco teórico y conceptual de la promoción y la Educación para la Salud*, trata de sistematizar toda una serie de cuestiones que configuran el *corpus* básico de referencia.

El primer tema o capítulo, *Promoción y Educación para la Salud. Algunos pilares básicos*, analiza de forma precisa el concepto de educación, ya que dicho concepto delimita el objeto central de esta disciplina; el concepto de salud es abordado en su evolución histórica y social en un sentido de salud positiva; la promoción de la salud se sitúa dentro de un nuevo paradigma de salud que engloba una serie de acciones de la población, de los servicios de salud y otros servicios sociales, y también considera la importancia de satisfacer las necesidades básicas de la persona junto con otras aspiraciones nobles. El tema *Educación emocional, factor determinante de la salud*,

es tratado por la profesora M^a Carmen Ortega en relación con el bienestar y calidad de vida, destacando su importancia para la acción y la relación interpersonal. *La alimentación y la actividad física como factores de prevención y calidad de vida* lo hemos realizado en colaboración con la profesora Hernando, es considerado uno de los temas fundamentales en Educación para la Salud por su incidencia en el desarrollo psicofísico del ser humano y en la prevención de numerosas enfermedades. La actividad física y la alimentación son conductas básicas que están presentes a lo largo de toda la vida de la persona; numerosas investigaciones evidencian su conexión con efectos positivos sobre la salud y la calidad de vida. La profesora Limón Mendizábal analiza las *Necesidades e intervenciones en promoción y Educación para la Salud* desde una perspectiva holística de la salud, destacando el modelo de los determinantes de la salud como el de mayor aceptación actualmente, por ser el más amplio y comprensivo y acomodarse mejor a la multiplicidad de los factores que intervienen en la pérdida de la salud actualmente.

La EpS debe tener como objeto de atención a todos los miembros de la sociedad, ya que la salud es un derecho de la persona promulgado por la *Declaración Universal de Derechos Humanos* y por la *Constitución* española (Artículo 45.2); no obstante, las necesidades de los individuos y grupos humanos son muy diferentes, lo que justifica, que cada día surjan nuevos espacios educativos para satisfacer las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales, como un proceso de educación permanente, por lo que el segundo bloque temático se dedica al estudio de campos emergentes de intervención.

La familia es el principal espacio educativo para el desarrollo de comportamientos saludables, ya que desde una perspectiva antropológica es el primer contexto al que ha de adaptarse el neonato. Ésta garantiza la supervivencia física mediante los cuidados necesarios para su desarrollo, por lo que el tema *Formas primarias de salud familiar* analiza algunas cuestiones relevantes de la institución familiar, así como la incidencia que ésta tiene en un desarrollo sano y equilibrado de sus miembros. Otro de los principales contextos para el desarrollo de actividades de EpS es la escuela, ya que interviene con personas en periodo de formación física, psíquica y social, que poseen una gran capacidad para el aprendizaje y asimilación de hábitos, por lo que el tema *La escuela como escenario para un desarrollo saludable* es abordado en este bloque temático donde se destaca la importancia del centro como escuela promotora de salud. *La formación para la seguridad y salud en el trabajo* es considerado como uno de los campos emergentes que requieren una especial atención por el alto índice de morbilidad relacionada con este entorno, subraya la importancia de la formación, por parte tanto del empresario como del trabajador, para afrontar nuevas demandas y retos de forma más eficaz; de igual forma, considera la necesidad de establecer unas normas jurídicas que acojan una nueva cultura de la prevención. *Estrategia educativa en la salud de los mayores*, tratado por la profesora Limón Medizábal, especialista en la *tercera edad*, plantea esta temática desde un paradigma integra-

dor, considerando a las personas mayores como miembros activos de la sociedad y contribuyentes al desarrollo humano. Finalmente, la profesora Hernando aborda *El desarrollo comunitario, una acción dinamizante en promoción de la salud*, como un proceso de trabajo en común y participativo para reducir los factores de riesgo y reforzar aquellos factores que puedan prevenirlos.

El tercer bloque de contenido se dedica a cuestiones metodológicas en su doble vertiente, metodología de la enseñanza y de la investigación. La profesora Hernando aborda los tres primeros capítulos: *Identificación y resolución de problemas* se considera como una actividad específicamente humana que surge entre personas, el proceso de afrontamiento hace necesario la utilización de diversas herramientas metodológicas para una solución satisfactoria. *Los proyectos y los programas* plantean una visión general de la planificación, considerándola como una técnica de definición de objetivos para la consecución de los mismos, que necesita de una estructuración sistemática y que debe contar con la participación de todos los grupos e instituciones. Las *Técnicas grupales* se abordan como herramientas metodológicas para el proceso de formación, desarrollo y cohesión del grupo. El profesor López-Barajas, especialista en metodología de la investigación, desarrolla varios capítulos: *La investigación científica y la EpS*, es presentado como un tema introductorio en el que delimita el marco conceptual y diferencia las estrategia de investigación, niveles y paradigmas científicos; también describe los modelos de aplicación más adecuados a este ámbito educativo; *El estudio de casos* se expone como un método utilizado de forma regular por las disciplinas médicas y tiene como objetivo el análisis de una situación real que requiera soluciones oportunas; *La investigación etnográfica* es considerada como uno de los modelos de investigación cualitativa más adecuado para profundizar en el conocimiento de las nuevas sociedades; *La observación participante* se entiende en una doble vertiente, como instrumento al servicio de la investigación etnográfica o como metodología independiente (destaca como elemento propio y característico de esta metodología la implicación e inmersión del investigador en el medio cultural de los grupos de estudio con objeto de conocer sus formas de vida). Finalmente, *El método epidemiológico en investigación*, expuesto por Beatriz Pérez Gómez y Esperanza Escortell, médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, es considerado como una herramienta clave en el progreso de ciencias de la salud, ya que permite identificar aquellos factores que sirven para posibilitar el cambio hacia una mejora y también evaluar estrategias de prevención.



PRIMERA PARTE:

**Marco teórico y conceptual
de la promoción y la educación
para la salud**

Promoción y educación para la salud. Algunos pilares básicos

Rogelia Perea Quesada

ALGUNAS CONSIDERACIONES PREVIAS. EL CONCEPTO DE EDUCACIÓN. CONCEPTO DE SALUD: EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y CULTURAL. EL SIGNIFICADO DE LA EXPRESIÓN *EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA, SU RELACIÓN CON LA SALUD. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO MARCO INTERDISCIPLINAR. SALUD Y DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

ALGUNAS CONSIDERACIONES PREVIAS

Un signo de identidad de la sociedad actual es el cambio; las transformaciones sociales en las que se halla inmerso el mundo actual exigen de la educación una continua adaptación a formas de vida diferentes, siendo necesario idear estrategias de intervención educativa que den respuesta a los problemas que se van generando. Las necesidades cambian; hoy más que nunca, sabemos que la medicina curativa es insuficiente como sistema de salud, ya que esta no responde solamente a condicionantes biológicos, sino también psicosociales. Estudios realizados por el Center for Disease Control de Atlanta manifiestan que, cuando se supera el primer año de vida (periodo en el que los factores biológicos son muy importantes), la proporción de la mortalidad determinada por los estilos de vida aumenta considerablemente, acercándose a un 50%.

Cada día, consecuencia del cambio, el hombre se encuentra ante nuevos retos y desafíos. Los cambios epidemiológicos o transición epidemiológica, como llaman los expertos, ha reemplazado en los países desarrollados a una serie de enfermedades

infecciosas clásicas (cólera, paludismo, diarreas infantiles, etc.) por otras patologías como son las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, etc.) y las llamadas "enfermedades del progreso": sida, alcoholemia, drogodependencia, estrés. Según datos del Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, durante el año 2006 la mitad de los casos de mortalidad en España se debieron a cuatro enfermedades crónicas: cáncer, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus. Por tanto, puede señalarse que estas enfermedades constituyen un importante problema de salud en nuestro país, al igual que en la mayoría de los países desarrollados.

Aparte de su magnitud, estas enfermedades crónicas cumplen criterios de vulnerabilidad, ya que muchas de ellas comparten varios factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la hipertensión arterial, la alimentación inadecuada, la obesidad o la inactividad física son comunes a muchas de estas enfermedades. Con estas nuevas patologías entramos en una nueva etapa de la historia de la salud pública, a la que algunos autores llaman "segunda revolución", donde los problemas sanitarios de la población trascienden los tradicionales campos de la medicina y requieren para su prevención un tratamiento educativo.

Por otra parte, conviene señalar la complejidad que supone definir conceptualmente la expresión Educación para la Salud (EpS) si queremos ser exhaustivos en todas sus implicaciones y funciones, ya que acoge al hombre en su totalidad, de forma holística y también a su contexto en una doble dimensión, ecológica y social. No podría entenderse con nitidez esta expresión si no se aclarase con anterioridad el significado de ambos términos; si fundamentamos bien los conceptos de educación y salud podremos considerar de forma más sólida cuál es el sentido actual de dicha expresión.

■ EL CONCEPTO DE EDUCACIÓN

La definición del sentido de la educación requiere una tarea previa: establecer sus características diferenciales. Nos encontramos ante la definición de un concepto que delimita el objeto central de la Educación para la Salud. Una definición insuficiente de educación, nos llevaría a una definición de EpS inadecuada.

Debe establecerse una primera diferencia. Hablamos de educación como hecho, y como reflexión teórica o conceptualización de un hecho. Se abre así la panorámica que considera la educación como objeto, y por otra parte, la ciencia que sistematiza los conocimientos del hecho educativo. "Las notas conceptuales de cambio, crecimiento, o cambio progresivo no explican adecuadamente lo que entendemos por educación. El proceso educativo no se identifica con "cambio" o el vago concepto de evolución o desarrollo..., el mero desarrollo o cambio no implica, en cuanto tal,

una modificación cualitativa favorable al individuo. Hay desarrollos buenos y sanos, pero también malos o nocivos (Arroyo M, 1993).

La definición etimológica del término "educación" tanto si consideramos el vocablo *educere* (extraer, sacar a la luz, en el sentido socrático, desde dentro hacia afuera), como si se analiza la voz *educare* ("criar", "nutrir", o "alimentar"), están significando ambas, lo que es propio por la raíz *duco*, es decir, "tirar, sacar, traer, llevar, hacer salir, guiar, conducir" (Sanvisens, 1984). Un doble sentido está implícito: cuidado, conducción desde fuera, pero también autoconducción, conducción desde dentro. La educación necesita de ayuda pero la decisión interna del discente es decisiva; surgen dos vertientes la heteroeducación y la autoeducación. Se podría decir con acierto que la noción de educación, en sus orígenes, es simbiótica entre *educare* y *educere* (Martínez, 1987).

El pedagogo, en la tradición clásica, conducía o llevaba a los niños y jóvenes a la palestra o al gimnasio. La *paideia* era conducción hacia el *ethos*, hacia la vida moral plena y feliz.

La educación como hecho, por otra parte, y la reflexión sobre ella es una evidencia que aparece en las diversas formas de cultura como un integrante de la vida de los grupos sociales y de su pervivencia histórica. Los modelos son diferentes según los grupos étnicos que se analicen, y según que época se considere.

Cuando la Pedagogía pretende un análisis científico la conceptualización de la educación es su principal tarea. El análisis de sistemas permite una visión holista, global del hecho educativo. La afirmación de que la educación radica en el ser del hombre, nos lleva a diagramar qué lugar ocupa el hombre en su entorno y en relación con los demás seres, con los que interactúa de forma dinámica en cada contexto o ecosistema.

La educación hace referencia al hombre en su totalidad, de forma holística, considerando también su contexto social, de donde surge la suma complejidad al pretender una conceptualización de dicho término; por otra parte, las posiciones teóricas son diferentes, así como la escala de valores de los respectivos autores, de aquí que unos pongan su énfasis en una u otras de sus notas características.

Las definiciones de educación, cuando se analiza su contenido, consideran, entre otras, las siguientes notas o características diferenciales de la educación: referencia al hombre, intencionalidad, optimización (mejora o perfeccionamiento), procesual (comunicación, relación), desarrollo de las facultades o aptitudes humanas (realización personal, individualización), socialización (transformación social, apertura, compromiso), ayuda, servicio o auxilio, búsqueda de la felicidad (López-Barajas, 2000).

Los animales pueden cambiar e incluso mejorar con el adiestramiento, las plantas sometidas a un cultivo cuidado producen abundantes frutos, pero solo el hombre puede reflexionar sobre sí y su entorno, solo él puede "estar presente" ante sí mismo e interrogarse sobre el modo de mejorar la realidad. La racionalidad humana per-

mite la generación de la cultura, la integración de los conocimientos, los modos de relación y formas de vida, el lenguaje, el trabajo, la autonomía y la libertad. La transmisión de esta cultura, la mejora de la sociedad y de los hombres se hace a partir de la educación. Por consiguiente, una nota o característica diferencial será, por obvio que parezca, la *referencia al hombre*.

Encontramos en "toda manifestación pedagógica y educativa un trasfondo cultural, una concepción del mundo y del hombre, una ideología tal vez, más o menos explícita. La pedagogía, al hacerse consciente de ello, debe partir fundamentalmente de una antropología filosófica, científica y cultural; debe examinar críticamente el problema de los fines y valores de la educación, de las pautas y patrones que rigen el proceso educativo, justipreciando su alcance vital y humano, su entronque social y cultural, y fundamentando crítica y racionalmente —en un plano de evolución constante— su importancia formativa" (Sanvisens, 1984).

Es por esto que la "noción genérica de aprendizaje en cuanto expresa sin limitación todo y cualquier cambio de conducta no equivale siempre a educación. Por la simple razón de que no todo cambio de conducta es de suyo educativo" (Arroyo M, 1993).

La segunda de las notas identificadas es la *intencionalidad*. Intención es el punto de mira o el término de acción (Moliner, 1987). La intencionalidad es una propiedad que afecta a la actividad o comportamiento humano. La intencionalidad puede postularse desde diversos ángulos o puntos de vista (Arroyo M, 1993):

- Intencionalidad del agente educador: se interpreta la educación ante todo como heteroeducación y se asigna al educador la intencionalidad en su actuación.
- Intencionalidad en el educando: en éste se sitúan la conciencia y la intencionalidad propias de la educación.
- Intencionalidad en el educador y en el educando: restringe la noción de educación, no tendría sentido designar por educación la influencia madre-hijo o la autoeducación en sentido estricto.
- Intencionalidad no explícita: la educación es proceso o desarrollo, o influencia que produce o genera un efecto determinado de ordinario estimado como deseable.

La intencionalidad humana ha de estar presente en la educación. Un hecho parece claro, solo las mujeres y los hombres pueden ser agentes de educación. Las realidades "no personales" de la naturaleza o de la cultura, el "medio", aun cuando ejerzan influencias más o menos fuertes sobre los hombres, no actúan y por ello no se pueden decir que eduquen (Brezinka, 1975). El entorno cósmico, climático y físico influye en las personas, hasta tal punto que son necesarios para su desarrollo, pero la influencia que implica la educación es la que procede de otros seres humanos (Sarra-

mona, 1989). Aunque cabría hablar de una "naturaleza educadora" que incorpora el misterio del orden universal, como un "espejo" y que identifica leyes de naturaleza ecológica. También, hemos señalado, existe una intencionalidad no explícita o latente (oculta) en la que anidan factores educativos fuera de la planificación sistemática de la educación. Pero siempre exigirá la percepción, la advertencia, la conciencia de la finalidad de la misma. Sin libertad y decisión propia no hay educación propiamente dicha. El sentido antropológico y social subyace incluso en la llamada "educación negativa" de carácter naturalista. La intencionalidad educativa exige el respeto a las libertades de las conciencias de los alumnos; es precisa la conciliación de la dignidad de los valores elegidos con la estimación y aceptación de los alumnos. Solo así puede entenderse la fundamentación objetiva y subjetiva de la educación.

La *optimización*, la mejora, el perfeccionamiento son notas clásicas que encontramos en numerosas definiciones de educación. Al final de la acción educativa "esperamos que los educandos sean más valiosos [...] La calidad de la educación viene determinada por la dignidad, profundidad y extensión de los valores que hayamos sido capaces de suscitar y actualizar" (Marín Ibáñez R, 1981)

La educación es *proceso*, o mejor progreso, que añade el sentido de cambio perfectivo. El proceso educativo consiste "no tanto en las operaciones humanas, cuanto en la ordenación de las mismas por la razón" (González Álvarez, 1969). Esta característica, o mejor dimensión de la educación, supone la situación de interacción: "quiero decir con ello que toda manifestación humana tiene, como mínimo, un dato permanente; en efecto, considero que toda acción humana, todo comportamiento o conducta, puede analizarse como interacción: esto es, como acción entre sí o entre los hombres. El comportamiento humano, como fenómeno más amplio que el propio hombre y, por tanto, integrador de éste, puede reducirse a su premisa más simple si se contempla bajo la categoría de "relación". La relación humana es, en definitiva, lo que define a la realidad social de las mujeres y los hombres. De ahí que la realidad relacional y su fenomenología concurrente (elementos, influencias y consecuencias de dicha realidad) protagonizada por el hombre, deba ser objeto sobre el cual se aplique el conocimiento de las ciencias humanas" (Colom AJ, 1982).

La consideración de la educación como relación nos conduce a la dimensión constitutiva de la persona y a la valoración de la educación como diálogo: "la persona, como es sabido, no solo es capaz de establecer relación con las cosas, con el mundo natural transformado en los tres pilares fundamentales de la cultura (la ciencia, la técnica y el arte), sino que va a depender esencialmente de la relación que establezca "con el otro" y "con los otros". El "ser con" no es una disposición que la persona adquiera en el transcurso de su desarrollo existencial, sino que es un rasgo absolutamente connatural y necesario que posibilita, desde la misma esencia de la persona, el que ésta llegue a ser lo que es [...] en efecto, el valor en la existencia del yo (como salida de sí mismo) del encuentro y de la comunicación interpersonal, puede considerarse una cuestión nuclear de la reflexión filosófica, antropológica y

psicológica de nuestro tiempo que se repite, desde perspectivas distintas, en todos los autores: desde el personalismo humanista (Scheler, Mounier), el dialogismo de (Buber, Marcel, Levinas), el trascendentalismo (Heidegger), hasta la reflexión neoescolástica (Coreth, Marecha, Rahner, Zubiri o Caffarena)" (Medina Rubio R, Rodríguez Neira T, 1992).

El desarrollo de las aptitudes o capacidades específicamente humanas se refiere a la educabilidad como posibilidad subjetiva de desarrollo. El hombre y la mujer son seres indigentes al nacer pero con una potencialidad extraordinaria de desarrollo. "La personización, en cuanto adquisición consciente y en cuanto autoguiage, de carácter en algún sentido determinado, tiene sentido intencional, que no lo tendría, seguramente, para una concepción que centrara la persona únicamente en la individualización y en la simple "capacidad" racional, entendida como si se diera *per se* (Sanvisens, 1984).

La socialización es el proceso educativo que permite el ajuste social del individuo. Las notas de ayuda y auxilio son permanentes en las definiciones de educación. Se podría decir que hacen referencia a la educabilidad desde la perspectiva del educador. La felicidad ha sido considerada como el fin clásico de la educación.

La educación como sistema social

El sistema educativo es "un sistema abierto por el intercambio de información que realiza con el medio que lo envuelve, y es, al mismo tiempo, un sistema cerrado en tanto que es por sí mismo capaz de controlarse... Quizás, como afirma Buckley, más que cibernético, por tratarse de un sistema sociocultural, sería mejor denominarlo adaptativo, para poder así desechar las connotaciones mecanicistas que el término, acuñado por Wilmer, implica" (Colom, 1982). En este mismo sentido insisten algunos otros autores al subrayar la naturaleza no cerrada del sistema educativo: "la educación es un sistema abierto inserto en un medio humano y sociocultural complejo y multiforme en cuya funcionalidad queda integrada la educación como "determinante-determinado", influyendo decisivamente en dicho medio y siendo a su vez influida decisivamente por él" (Sanvisens, 1984).

"Desde una perspectiva de una educación integral, el personalismo concibe la educación al servicio del individuo y de la sociedad. Ni colectivismos en los que el hombre queda reducido a un mero resultado pasivo de la colectividad y diluido en ésta, ni individualismos que aíslan y marginan al individuo de la realidad social" (Medina Rubio, 1992).

El proceso de desarrollo ha configurado en su realidad compleja el subsistema social de la educación. El proceso se inicia en la familia y se ayuda con la aparición de la escuela. Hoy el sistema no se refiere solo a la institución escolar sino que incluye los medios de comunicación de masas (*mass-media*), grupos informales,

ambiente urbano, clase social, la formación permanente o continua en el trabajo, ocio, tiempo libre, etc.

El sistema educativo puede definirse, por consiguiente, como "un subsistema del sistema formado por la interacción dinámica con capacidad procesual respecto de unos objetivos, de la totalidad de instituciones, elementos, unidades, grupos y aspectos sociales o de índole social que posean total o parcialmente una función educadora, o sea, que permitan a una población determinada formarse (socializarse) mediante la internalización de un elenco cultural y de pautas y normas de acción así como de significaciones acordes con los valores sociales establecidos" (Colom, 1987)

El sistema educativo es un sistema de comunicación ya que es precisamente por este procedimiento por el que se cumple la función social del propio sistema. El proceso informativo puede diferenciar las siguientes dimensiones: signo, saberes, posibilidad de utilización, y estructuración. La interpretación de la "adaptación surge de la conjunción de dos momentos históricos y científicos: por un lado la teoría de la evolución, y por otro, del desarrollo de la Biología teórica a partir de Bernad. El progreso cibernético facilitó un clima adecuado para hacer que el sentido del concepto de adaptación fuese más ágil, consistente y frecuente" (Martínez, 1987).

Se puede resumir diciendo que el sistema cibernético considera la realidad educativa, tanto en su estructura como en su funcionamiento, como un proceso de optimización, que incorpora todas las notas informativas y regulativas que le caracterizan en cada contexto específico. Pero la realidad personal es muy dinámica y compleja. Baste decir que un concepto esencial y comprehensivo de la educación debe abarcar las siguientes notas o realidades básicas (Arroyo Simón M, 1984):

- El término educación designa no solo una actividad o proceso sino también el efecto de esa actividad: "acción y efecto de educar".
- La educación propiamente dicha se refiere al hombre; es un proceso humano, que supone de algún modo racionalidad y *libertas*.
- La educación encierra necesariamente la orientación a un fin. El significado de la educación no se comprende sin referencia al fin o los fines de la misma (Herbart, 1935).
- El fin de la educación debe implicar, de un modo u otro, una mejora, dignificación o perfeccionamiento del sujeto humano.
- La educación, en última instancia, depende y está condicionada por opciones o decisiones previas sobre las cuestiones acerca del sentido y valor del hombre, mundo, sociedad, transcendencia de la vida humana. Se inscribe, por tanto, en un "sistema" de valores, del cual recibe inspiración y guía.
- La educación del hombre, de todo hombre, estará sometida y deberá respetar las exigencias básicas que dimanen de la libertad, dignidad y derechos fundamentales de la persona. La Declaración Universal de los Derechos Humanos

(1948) otorga fuerza política, y moral a esos derechos "del hombre", de "toda persona" (Artículos. 1,2).

- La educación, ya se considere como actividad/o como efecto, no se comprende plenamente sin una referencia —explícita o implícita— al bien de la persona humana como un todo y unidad psicofísica indivisible, sujeto último de atribución de los efectos educativos. El criterio de interpretación de una influencia o efecto presuntamente educativo deberá tener en cuenta esa referencia al "bien de la persona", y no solo a un aspecto o dimensión de la misma. Se entiende, por otra parte, que ese "bien" de la persona integra todos los aspectos de la existencia individual y social, sin excluir, en su caso, la dimensión ética o religiosa en el respeto a la libertad de conciencia y a las convicciones íntimas de educadores y educandos (Artículos. 1, 18)"

Posibilidades y límites de la educación

El hombre no es un ser determinado aunque sí condicionado por su dotación genética, ambiente y experiencia. Nacemos, como señala Delval (1994) con disposiciones y no con conductas ya hechas, y es esta indeterminación la que necesita de la educación para poder desarrollarse plenamente y conformar su propia vida.

El poder ilimitado de la educación sería un excesivo optimismo pedagógico, reñido con su contrario, el pesimismo pedagógico (López-Barajas, 2000). Consideramos que "el educador no debe estimar el poder de la educación ni menor ni mayor de lo que es en realidad; debe tratar de ver hasta dónde puede ir; pero es necesario siempre que espere a ser conducido por la observación de los resultados a los límites de los ensayos razonables" (Herbart, 1935).

La propiedad del educador para poder educar se ha llamado educatividad, o sea la posibilidad real de influir decisivamente en la formación de otra persona (Zaragüeta, 1953). Por extensión, esta capacidad puede aplicarse a las instituciones, tales como la familia, la escuela, etc.

¿La autoeducación es posible? Los conceptos de autoeducación y heteroeducación se relacionan con los términos anteriormente definidos.

La autoeducación en sentido absoluto no es posible, ya que el ser humano antes de nacer está sometido a influencias más o menos difusas de naturaleza cósmica, ambiental, etc. Sin embargo, no deja de ser verdad que el aprendizaje es inmanente, por lo que la tarea de enseñar resultaría inútil si aquél no tiene lugar. Dependería del sentido que demos al término "autoeducación" para que la respuesta fuera acertada. La autoeducación en cuanto que supone la significación para el sujeto que aprende si es posible. La heteroeducación es la actividad del educador que facilita o ayuda el esfuerzo discente para conseguir un desarrollo de sus capacidades de modo óptimo. Es decir, ni absoluta autonomía del educando para educarse, ni absoluta determina-

ción de las fuerzas exteriores, sino complementación y síntesis de ambas (Nassif, 1980). La educación no crea al hombre pero le ayuda a actualizar toda la potencia que supone el acto de su creación.

Podríamos resumir diciendo que la naturaleza inacabada del hombre requiere de la educación la ayuda necesaria para poder desarrollar todo su potencial humano.

■ CONCEPTO DE SALUD: SU EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y CULTURAL

Introducimos nuestra reflexión por la misma vía utilizada al analizar el término "educación, es decir, por la vía del sentido original o etimológico. El término *salud* proviene del latín *salus-utis* y significa "el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones".

La lucha del hombre por su salud ha sido una constante de todos los tiempos y en todas las culturas. Durante un largo periodo de tiempo el concepto de salud ha estado ligado a la historia de la Medicina y la Salud Pública, y la visión de la salud y enfermedad ha sido considerada de forma diferente según las diversas sociedades. Foster G y Anderson B (1978) señalan, según la causa asignada a la enfermedad, varias teorías: *Las teorías personales* que atribuyen la enfermedad a factores extra-corporales: brujas hechiceros, espíritu, etc.; *las teorías naturales*, que se centran en un desequilibrio entre los fluidos corporales, (comidas y bebidas, condiciones inadecuadas etc.), y *las teorías emocionales*, que consideran las emociones en el origen de la enfermedad.

La medicina popular o tradicional se ha venido ocupando de la salud mediante la utilización de medios naturales y también mágico-religiosos, recurre, generalmente, a las fórmulas transmitidas por generaciones sucesivas en las que se pone de manifiesto la bondad de una hierba, de un vegetal, de un mineral o de un producto orgánico, todo ello entremezclado con la invocación de fórmulas mágicas. Aunque se puede decir que la medicina tradicional y la científica han seguido caminos diferentes, en la actualidad, como indica Kuschik (1995), "hay una influencia mutua de concepciones y terapias entre ellas que colaboran y al mismo tiempo se diferencian entre sí". En el medio rural actual y también en el medio urbano donde aparece la *folk. Culture*, se sigue, todavía utilizando y recomendando distintos preparados para el mantenimiento de la salud; la realidad es que muchos de estos productos contienen en su composición elementos que, científicamente examinados, resultan ser eficaces para la salud, con lo cual no entra en conflicto directo la medicina académica con la tradicional, salvo en su práctica y aplicación, en los conocimientos de una y en el empirismo de otra, (Bouché, 2004).

El sentido de la salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos. En los primeros

años de la historia se mantuvo, durante un largo periodo de tiempo, el pensamiento primitivo (mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino, esta actitud aún se mantiene en algunos pueblos de África, Asia, Australia y América.

Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que iniciaron el primer cambio conceptual, pasando del sentido mágico religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública. En la antigua civilización hebrea, la Ley Mosaica contiene uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad: prescribe ordenamientos estrictos sobre *higiene* personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, algunas de ellas todavía vigentes.

La palabra *higiene*, así como el actual juramento hipocrático, encuentra su origen en la cultura griega, inspirada en la mitología, Higea "diosa de la salud" e Hipócrates "padre de la medicina", que fue el que dio base científica a la higiene, según se estudia en su famoso tratado *De los aires, las aguas y los lugares*.

En la civilización romana el saneamiento del medio ambiente y el cuidado del cuerpo eran las principales preocupaciones sanitarias, reflejándose en la aplicación de los conocimientos de carácter urbanístico a la salud pública y construyendo grandes acueductos para la dotación de aguas, como también para el alejamiento de las sustancias de desecho; una gran obra fue la *Cloaca Máxima*, obra admirada en la actualidad.

El periodo medieval es considerado como el de las grandes epidemias, relacionadas con el incremento de las comunicaciones y conflictos bélicos. Fueron tales las calamidades en esta época que los esfuerzos se centraron fundamentalmente en las medidas preventivas, como instaurar barreras sanitarias en las fronteras, el aislamiento y el concepto de cuarentena, sin manifestar mayor preocupación por la etiología de la enfermedad. Entre las afecciones epidémicas destacaron, el Fuego de San Antonio, El Sudor Inglés y la Peste Bubónica, esta enfermedad afectó a millones de víctimas en Mongolia y China pasando a la India, Constantinopla y Grecia y posteriormente se extendió por Italia y España.

El periodo científico abarca desde el último tercio del siglo XVIII hasta comienzos del siglo XX. Junto con el desarrollo de la Revolución Industrial aparece la primera Escuela de Higiene Ambiental y Experimental (Petternköfer, Alemania).

En el siglo XIX con los avances en bacteriología, y en la primera mitad de nuestro siglo, con el descubrimiento por Fleming de la penicilina, la comercialización de los antibióticos, la creación de los centros de la Seguridad Social y las campañas de vacunación, se abrieron nuevas perspectivas de optimismo en cuanto al riesgo de enfermedades transmisibles. No obstante, pronto se pudo comprobar el carácter multifactorial de la enfermedad ya que, entre otras, las condiciones sanitarias deficientes y las carencias nutricionales tenían gran influencia en la aparición y gravedad de los padecimientos, así como también una serie de factores psicosociales. Estos hechos motivaron, en gran medida, el cambio conceptual más importante, pasando

de una formulación de la salud en términos negativos, como se venía entendiendo hasta el momento, a una consideración positiva.

La Organización Mundial de la Salud en su *Carta Magna* (1946) define la salud como "Completo estado de bienestar físico, psíquico y social". Aunque esta definición supuso una revolución en el sistema sanitario ya que incluía junto con la dimensión física también la psíquica y social, no obstante, ha sufrido numerosas críticas, fundamentalmente se le ha calificado como absoluta, estática y utópica. Algunos autores como Terris propusieron la eliminación del término "completo" recogiendo en su formulación no solo un estado de bienestar físico, mental y social sino también con capacidad de funcionamiento.

Son numerosas las definiciones que a partir de este momento se han formulado sobre el concepto de salud, encontrando un elemento común en todas ellas, la formulación de la salud en términos positivos. La salud en la actualidad no se entiende ya como ausencia de enfermedad.

Matarazzo (1980) utiliza en el concepto de salud el término conducta, definiendo la salud conductual como un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de aquella filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales, para la prevención de las enfermedades y disfunciones y para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y las iniciativas sociales.

La vinculación del término salud con el comportamiento es prácticamente aceptada en su totalidad. "La salud o es salud comportamental o no es nada; del mismo modo que, en otro tiempo, la enfermedad era lesión orgánica o no era nada. Si antes se defendió la enfermedad en función de la patología, ahora se define la salud en función de la conducta. En cierto modo, aunque la conducta no sea la razón última capaz de explicar la salud, tal vez sea la penúltima" (Polaino-Lorente A, 1987).

En la década de los setenta se lleva a cabo una serie de estudios que ponen de manifiesto los factores no solo internos del individuo sino también externos (ambientales y sociales), observándose la necesidad de dirigir la acción educativa no solo al individuo sino también hacia la interacción con el entorno. De tal manera que algunos autores como Hernán San Martín y otros, definen la salud como el grado de interacción del hombre con su medio

Ivan Illich argumenta que la salud es "la capacidad de adaptación al entorno cambiante; la capacidad de crecer, de envejecer, curarse; la capacidad de sufrir y esperar la muerte en paz". Podemos destacar en esta definición la referencia a la capacidad de la persona, valorando la autonomía así como el autocuidado, considerando de igual forma que el sufrimiento y la muerte son parte integrante de la vida y manifestando que se puede vivir en salud aunque se sufra, siempre que el sufrimiento no quebrante a la persona.

La Oficina Regional para Europa (1986) entiende la salud como "la capacidad de realización personal y de responder positivamente a los retos del ambiente."

La interacción del hombre con el medio se considera como elemento fundamental para permanecer en salud. "la salud como la enfermedad" provienen no solo del patrimonio genético que nos trae la vida, sino que, concretamente, dependen de las reacciones de nuestro equipo biológico frente a los estímulos múltiples y diversos del ambiente ecológico social, que simultáneamente es físico, biológico, psicológico, social y cultural (Hernán San Martín, 1988).

Estas últimas definiciones, entre otras, nos aproximan al concepto actual de salud, situándonos en un plano integrador de la sociedad y el hombre y configurando el sentido actual de la salud en el mundo occidental.

De tal forma que podríamos también definir la salud como:

Conjunto de condiciones físicas psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno (Perea Quesada, 1985).

■ EL SIGNIFICADO DE LA EXPRESIÓN **EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Definidos los términos "educación" y "salud" estamos en situación de poder conocer el sentido de la expresión que agrupa a ambos vocablos.

El interés por la Educación para la Salud tiene una larga tradición, según hemos señalado; la historia de la especie humana ha mostrado desde tiempos inmemoriales una gran preocupación por la salud y su transmisión, y no obstante, la evaluación sistemática y científica es relativamente reciente.

Esta disciplina se constituye formalmente como materia autónoma en 1921 con el primer programa de Educación para la Salud que impartió el Instituto de Massachusetts, aunque había sido empleada esta terminología, por primera vez, en 1919 en una conferencia sobre ayuda a la salud infantil.

La primera organización profesional surge en 1922: The Public Health Education, sección de la American Public Health Association (Rosen, 1958). Hasta 1937 no se establece una cualificación profesional, y en 1977 es cuando se edita un documento que regula las funciones de los educadores de la salud pública. La formación de estos educadores se imparte en muy diversas instituciones y niveles, desde el bachillerato hasta el doctorado. El número de programas ha ido en aumento, considerándose a los educadores para la salud el primer ámbito profesional en la promoción de la salud por su contribución a la reducción de problemas de salud y en consecuencia, a elevar el nivel de bienestar en la sociedad (Rothman y Byrne, 1981).

Como ocurre casi siempre en los comienzos de la estructuración y sistematización de un saber autónomo, las posiciones de los autores son diferentes. Son numerosas las definiciones que se han formulado acerca de la expresión de *EpS* surgiendo

algunas discusiones al respecto. Una de las más debatidas ha sido la que formuló la OMS, como *acción ejercida sobre el educando para un cambio de comportamiento*; la crítica fundamental se centra en la expresión "acción ejercida", entendida esta como limitación del nivel de autonomía del alumno y en su consecuencia carente de eficacia, ya que cualquier objetivo de enseñanza-aprendizaje que se alcance sin respetar la autonomía debida, al no integrarse en la personalidad del alumno, será repetitiva, poco duradera e ineficaz, por lo que esta primera definición ha ido evolucionando, integrándose actualmente en un concepto de escuela nueva y obteniendo un mayor consenso.

En 1978 la OMS, en la Conferencia de Alma Ata, establece las estrategias que en materia de salud se desarrollarán en todas las naciones. El motivo era una necesidad urgente, por parte de todos los gobiernos, de proteger y promover la salud de todos los pueblos, con una meta tal vez demasiado optimista, alcanzar la *"salud para todos en el año 2000"*.

La 36ª Asamblea Mundial de la Salud, define la EpS como "cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite".

Siguiendo a Green (1976), la EpS puede entenderse como cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud.

Una definición muy utilizada en EE UU es la formulada por Henderson (1981) como proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez que ha sido informado en materias que afecta a su salud personal y a la de la comunidad.

Para A Rochon la definición más completa es la de Lawrence W Gordon, para el que la "EpS es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar cambios de comportamientos saludables".

Salleras defiende, por considerarla la más comprensiva, la formulada por el IV Grupo de Trabajo de la "National Conference on Preventive Medicine" (EE UU 1975) como "proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugnando los cambios ambientales para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos.

Partiendo de entender la educación como un proceso optimizador y de integración y la salud como bienestar físico, psíquico y social podemos definir de forma provisional la EpS como "un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia, orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva". (Perea Quesada R, 1992).

Aunque la EpS tiene una *función preventiva y correctiva* que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal finalidad no está en evitar la enfermedad sino en promover estilos de vida saludables; tiene un sentido positivo de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral.

Son numerosos los autores que insisten en la vinculación de los comportamientos y su influencia en la salud y en la enfermedad; no obstante, también es cierto que la estrategia preventiva tradicional ha sido ampliamente criticada por centrarse en objetivos excesivamente analíticos, sobre conductas aisladas, como por ejemplo: reducir el consumo de grasas saturadas para prevenir la enfermedad cardiovascular o el consumo de sal para prevenir la hipertensión. Pues la investigación epidemiológica (Syme, 1991) nos muestra que los grandes cambios en los hábitos y prácticas de salud no han devenido como consecuencia de los esfuerzos educativos dirigidos a conductas más o menos aisladas, sino más bien como efecto de cambios más globales.

Los hábitos saludables no son consecuencia de una serie de conductas independientes sino que están insertas en un determinado contexto, o entramado social, formando unos determinados estilos de vida, por lo que las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la EpS deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan, ya que resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta si al mismo tiempo no se promueven los cambios ambientales adecuados. Así por ejemplo, "si el consumo de alcohol en el conjunto de comportamientos que configuran un estilo de vida característico: tipo de indumentaria, jerga utilizada, tipo de actividades de tiempo libre o la manera de aproximarse al otro sexo, las metas orientadas a sugerir cambios en el consumo de alcohol no pueden pasar por alto las relaciones reciprocas que esos comportamientos tienen entre sí y las funciones que cumplen en ese estilo de vida" (Costa M, López E, 1996).

Parece claro que la Educación para la Salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana, centrándose no en conductas aisladas ya que estas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación, sino en el desarrollo de actitudes y comportamientos positivos que configuran los estilos de vida saludable, por otra parte, el hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado aunque sí condicionado por una serie de factores ambientales y también por sus propios hábitos de conducta, por lo que la acción educativa debe orientarse, no solo hacia el cambio de aquellos factores nocivos del contexto sino también a los propios hábitos y tendencias.

Los factores que condicionan la salud de las personas son de diversa índole: económica, educativa, política, ambiental, sanitaria, social, etc. Una gran parte de las diferencias de salud entre los diferentes grupos sociales radica en la falta de distribución de los recursos, los países en vías de desarrollo aún están muy afectados

por las enfermedades transmisibles; la tasa de mortalidad infantil en los países poco desarrollados es considerablemente superior que en los países desarrollados.

Conseguir la salud óptima supone cumplir primordiales objetivos: paz, alimentos y agua suficiente, educación sanitaria y justicia social pertinentes, viviendas dignas, planificación y programas de investigación comunitarios y organización de estructuras sanitarias a todos los niveles (Schüller A, 1997).

La primera célula de la socialización es la familia, por lo que es en ella donde debe iniciarse la formación; la escuela también tiene una función importante, así como, otras instituciones del ámbito laboral y comunitario, ya que la salud implica una responsabilidad individual y social, donde la participación activa de todos los miembros se hace necesaria para la resolución de los problemas, en función de las necesidades de cada grupo en su determinado contexto.

AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA, SU RELACIÓN CON LA SALUD

La autoestima entendida como valoración positiva de sí mismo ejerce una gran influencia sobre la salud de la persona. "La ausencia de autoestima, o su leve intensidad en la persona, acompaña generalmente de una amplia gama de trastornos psicológicos de origen neurótico que dificultan el desarrollo de la vida personal, individual y social" (García Monge, 2002:107).

Autoconcepto y autoestima son dos términos que estando en el mismo campo de relación semántica exigen una diferenciación conceptual. El autoconcepto hace referencia a la imagen que uno tiene de sí mismo, independientemente de la valoración personal. Cuando pedimos a alguien que haga una descripción de sí, que manifieste aquellas cualidades o notas que le caracterizan de forma individual, nos mostrará una representación mental de cómo se percibe a sí mismo; alto, rubio, grueso, simpático, etc.; ello no significa que estas cualidades o atributos sean de su agrado, que le gusten o no. La autoestima, sin embargo, hace referencia a esa valoración positiva, a la imagen ideal de lo que a uno le gustaría ser. Cuando la imagen que uno tiene de sí y esa imagen real coincide con la imagen ideal de cómo le gustaría ser, estaremos hablando de autoestima positiva; en la medida que los logros o éxitos alcanzados por la persona responden a su nivel de aspiración esta se sentirá más satisfecha consigo misma, aunque también conviene señalar que un nivel de aspiración excesivo, puede llevar a una pérdida de autoestima y frustración. Para Brande (1993) la autoestima radica en la confianza en nuestra capacidad de pensar y afrontar los desafíos básicos de la vida; no obstante, habría que considerar junto con la dimensión cognitiva la afectiva, ya que el conocimiento solo, aunque sea fuente de felicidad, como señala Hildebrand, la felicidad misma, por propia naturaleza tiene que darse en una experiencia sentida.

Si observamos los comportamientos sociales podemos obtener una falsa percepción en cuanto al nivel de autoestima: aparentemente el éxito social de una persona nos podría dar una imagen positiva que en realidad puede ser una simple apariencia ya que como indica (García Monge, 2002) muchas conductas no son más que la defensa aparente de un profundo y doloroso desamor hacia uno mismo.

El déficit de autoestima es un factor de riesgo para la salud, ya que ciertos estados de ansiedad, depresión, insomnio e incluso falta de defensa inmunológica se relacionan con la baja autoestima; sin embargo, el equilibrio emocional, la seguridad en si mismo, la flexibilidad mental, el sentido del humor son elementos potenciadores de autoestima positiva.

Aunque el hombre es una unidad radical y el autoconcepto en sentido estricto es global, la imagen que se forja es a través de su actuación en diversos contextos como es el ámbito social, profesional, familiar, ético-moral. Se puede identificar déficit de autoestima que responda a una determinada dimensión, ya que por ejemplo, una persona puede alcanzar un gran éxito profesional pero haber fracasado en su vida familiar. La expresión de ciertos comportamientos pueden ser la manifestación de un déficit de autoestima: una actitud excesivamente crítica con uno mismo, excesiva sensibilidad a críticas externas, necesidad de la aprobación continua de los demás, la indecisión en las actuaciones por miedo a equivocarse, el decir siempre si a todo por miedo a perder la estima de los demás, manifestar una tendencia negativa en la interpretación de la realidad, tendencia a evaluar las situaciones de forma extremista, ser poco flexible y muy absoluto en las conclusiones.

La educación como proceso y como optimización debe ayudar a la persona a lo largo de su vida a conocerse a sí misma, identificando sus potencialidades y carencias, de forma que pueda tener una imagen ajustada de sí misma, asumiendo su propia identidad y los riesgos de ser uno mismo, reconociendo lo que es realmente valioso. La autojustificación puede llevar a una deformación subjetivista. Ya decía Hegel que todo lo malo que ha ocurrido en el mundo, desde Adán, puede justificarse con buenas razones. Se debe asumir también el dolor como parte integrante de la vida ya que no está reñido con la alegría de vivir.

La prevención en el déficit de autoestima debe realizarse en la infancia. La actitud de los padres hacia los hijos influye considerablemente tanto en el desarrollo de un autoconcepto positivo como negativo. La educación, más que una forma de hacer es una forma de ser, por lo que no existen recetas que aplicadas a determinadas conductas obtengan resultados mágicos; el tiempo que los padres dedican a sus hijos es un factor determinante, aunque este habría que medirse no solo en términos cuantitativos sino cualitativos; esta calidad está relacionada, en primer lugar, con el esfuerzo de los padres en conocer con profundidad a sus hijos, aceptarlos plenamente y ayudarles a aceptarse tanto o en sus potencialidades como en sus carencias, valorando más el esfuerzo que los logros alcanzados, ya que, el esfuerzo en si es potencialmente el éxito más importante. El respeto es otro principio básico, hace

posible un desarrollo autónomo y promueve la iniciativa personal y las aficiones propias; la comunicación recíproca y participativa, la aceptación de unas normas, así como el apoyo incondicional, independientemente del reconocimiento de los errores cometidos, son algunos elementos que deben considerarse para el desarrollo de una personalidad sana.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO MARCO INTERDISCIPLINAR

La promoción de la salud es un concepto amplio y relativamente reciente, que se nutre para su desarrollo de diversas disciplinas y acoge al hombre en su totalidad, en interacción con el entorno físico, social y cultural; engloba una serie de acciones de la población, de los servicios de salud y otros servicios sociales, con la finalidad de mejorar la salud individual y colectiva de la población; se sitúa en un nuevo paradigma de salud que considera la satisfacción de las necesidades básicas de la persona, como son: alimentación, vivienda, cobertura social, y también otras aspiraciones nobles del ser humano como la justicia social, la paz, calidad de vida y equidad. La OMS, en la Conferencia de Ottawa (1986) la define como "los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud".

La Carta de Ottawa supuso un hito importante y un avance en promoción de la salud, pues se abogó por un nuevo estilo de trabajo en salud pública que ayudase a crear un clima social más favorable al desarrollo de políticas saludables; la idea de capacitación y ayuda cobra especial relevancia frente al sentido culpabilizante del modelo anterior. El sentido de salud positiva se considera como un referente importante en la autogestión de la propia salud, tanto individual como colectiva; se hace especial énfasis en el sentido holístico de la salud como referente de acciones dirigidas no solo al desarrollo de las capacidades de los individuos sino también a favorecer cambios ambientales, sociales y económicos en relación con la salud. Se considera como uno de los documentos de referencia, no solo en cuanto a los principios que suponen el fundamento de la moderna promoción de la salud, sino también en cuanto al carácter práctico o de intervención. Se asume por parte de los participantes un compromiso con la promoción de la salud en las acciones que implica su promoción:

- Elaborar una política pública saludable.
- Crear entornos de apoyo para un enfoque socioecológico con respecto a la salud.
- Fortalecer la acción comunitaria.

- Desarrollar habilidades personales y capacitar a la población para un aprendizaje a lo largo de la vida.
- Reorientar los servicios sanitarios hacia una promoción de la salud, más allá de la mera prestación de servicios clínicos y curativos.
- Avanzar hacia el futuro mediante la solidaridad, el holismo y la ecología.

A la *Conferencia de Ottawa* le siguen otras conferencias internacionales sobre promoción de la salud:

- *Conferencia de Adelaida* (Australia 1988) sobre políticas públicas saludables.
- *Conferencia de Sundsvall* (Suecia 1991) en la que se estudia el tema de ambientes favorables a la salud en sus diferentes dimensiones: física, cultural, económica y política e implica la participación de los grupos de diferentes contextos.
- *Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá* (Colombia 1992) sobre promoción de la salud y equidad.

La *Declaración de Yakarta* (1997) IIª gran conferencia internacional sobre promoción de la salud después de Ottawa, plantea el tema de la pobreza y un enfoque para una mayor equidad en promoción de la salud, señala los derroteros y estrategias necesarias para resolver las dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI. La pobreza es el principal factor de riesgo para la salud y constituye una grave injusticia, así como también genera violencia y criminalidad; las sociedades que son capaces de llegar a todos los ciudadanos con acceso a la cultura y cobertura social son más sanas que aquellas en que las personas deben enfrentarse a una situación de falta de recursos, exclusión e inseguridad.

Son necesarios nuevos planteamientos y esfuerzos conjuntos para afrontar los problemas y amenazas emergentes de salud, optimizar los recursos y todo el potencial de los diferentes sectores sociales, romper las barreras existentes entre lo público y privado, así como crear nuevas asociaciones en los diferentes sectores con una participación compartida.

La *V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud* (México 2000) plantea el tema de una mayor equidad, por lo que las políticas públicas deben orientarse a la resolución de los problemas que originan las desigualdades socioeconómicas. Se debe garantizar a los grupos más desfavorecidos el acceso al bienestar social, estableciendo redes de seguridad y proporcionando una atención sanitaria adecuada y sostenible. Invertir en salud a una edad temprana supone garantizar una buena salud de adulto.

La *Carta de Bangkok* (Tailandia 2005) sobre la promoción de la salud en un mundo globalizado establece los principales retos, medidas y compromisos necesi-

rios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, examina las desigualdades ante la salud y las diferencias en la expectativa de vida en unos países y en otros. Las personas más desfavorecidas viven menos años y padecen más enfermedades y discapacidades que las que poseen mayores recursos, por lo que se deben eliminar las barreras culturales y todas aquellas que dificultan un acceso igualitario a la educación.

La promoción de la salud exige una adecuada formación de calidad, coherente con el desempeño y funciones del ejercicio por parte de los profesionales socio-sanitarios, ya que difícilmente se pueden resolver problemas sin la adquisición de las competencias necesarias. Evans (1994) señala las siguientes funciones en promoción de la salud: planificación, gestión de programas, seguimiento y evaluación, educación y formación, recursos e información y orientación metodológica.

Para el ejercicio práctico de la promoción de la salud se requieren una serie de competencias, así como un reconocimiento y asunción del papel que desempeñan los profesionales implicados en su desarrollo:

- Desarrollar un rol educativo que le permita analizar necesidades.
- Ser capaz de identificar y comprender las necesidades en salud desde una perspectiva biopsicosocial y de salud positiva.
- Ser capaz de trabajar en equipo para desarrollar iniciativas de promoción de salud y saber reconocer la complementariedad de la multiprofesionalidad.
- Desarrollar capacidades de comunicación en relación, la comunidad con la que trabaja y con los gestores y directores de su institución.
- Tener capacidad para negociar objetivos y estrategias de promoción de la salud, saber tomar decisiones conjuntamente y buscar la implicación y participación de los colectivos implicados.
- Desarrollar un enfoque capacitante, en relación con los usuarios y no profesionales, que facilite el empoderamiento de los grupos y colectivos interesados.
- Capacidad para programar intervenciones sostenibles y realistas al contexto social e institucional donde se desarrollan.
- Desarrollar una cultura de mejora continua de promoción de la salud, integrando los modelos de buena práctica y los sistemas de evaluación en las intervenciones de promoción de la salud.
- Asesorar y ejercer la abogacía a favor a la salud tanto a nivel local como institucional.
- Capacitarse para el trabajo intersectorial: compartir distintos lenguajes, espacios, organizaciones, puntos de vista distintos y complementarios en programas y planes de corresponsabilidad compartida. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003).

SALUD Y DESARROLLO SOSTENIBLE

El desarrollo sostenible está íntimamente ligado a la promoción de la salud. En la *Carta de Ottawa*, entre las cinco estrategias que se plantean para lograr la salud para todos, se establece la necesidad de crear ambientes sostenibles. Nos encontramos en una situación de deterioro ambiental que afecta gravemente a la salud humana, lo que exige un nuevo planteamiento entre la relación hombre entorno.

Algunos problemas ambientales a escala mundial están relacionados con la contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de naturaleza.

- Biológica (bacterias, virus, hongos, polen, etc.).
- Física (ruido, radiaciones, polvo, humos, desechos sólidos, etc.)
- Química (óxidos de azufre, óxidos de nitrógeno, hidrocarburos, plomo, mercurio, cadmio, plaguicidas, etc.)
- Psicosocial y sociocultural (dependencias, violencias, etc.).

El principal problema ambiental del siglo XXI es la contaminación y los efectos sobre la salud de los seres vivos. Los contaminantes son residuos de la actividad humana y no se debe tanto al aumento de población sino al exceso de consumo y al aumento de las demandas que, en consecuencia, generan cantidad de residuos cada año; la enorme variedad de las sustancias contaminantes existentes producen una gran variedad de problemas de salud: cánceres, depresiones del sistema inmunológico y malformaciones genéticas.

Hoy la no sostenibilidad del modelo de desarrollo clásico está avalado por algunos datos, que sin pretender ser alarmistas, podemos calificar de graves: el 80% de los ecosistemas productivos y el 50% del planeta se encuentran alterados; se usa más de la mitad del agua dulce continental, se fija más nitrógeno en la atmósfera por la humanidad que por el resto de los seres vivos; estamos moviendo más rocas y suelo que todos los ríos del mundo, el 25% de las aves del mundo se encuentran en peligro de extinción, etc. Hemos intervenido sobre dos sistemas globales del planeta, el climático y el hidrológico, y estamos avocados a sufrir las consecuencias (Murga Menoyo, 2004).

La degradación y contaminación del medio ambiente, así como los problemas de salud que de ello se derivan, exige una amplia reflexión que lleve a la planificación de políticas de desarrollo sostenible que revierta el daño ambiental causado por el inadecuado manejo de los ecosistemas, el uso de tecnologías y fuentes de energía de alto coste ambiental, la sobreexplotación de los suelos y de los recursos naturales, el excesivo uso de pesticidas o insecticidas de alta toxicidad, el uso de agroquímicos y de organismos modificados genéticamente para mejorar la productividad, y la rentabilidad de los productos agrícola-ganaderos. "Se debe entender que la naturaleza

no es una empresa de capital fijo, que puede presentarse a quiebra, el vaciamiento de esa empresa, implica la destrucción y el deterioro del ecosistema natural con la consiguiente pérdida de biodiversidad irreparable. La deuda biológica es impagable" (Graciela Ferreira Socaire, 2008).

Un desarrollo humano sostenible debe orientarse a la mejora de las condiciones de vida mediante una actividad económica que suministre los bienes necesarios para toda la población mundial pero compatible con una explotación racional del planeta teniendo en cuenta las leyes de la naturaleza. La Comisión Brundtland (1987) lo define como un desarrollo que asegure las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para enfrentarse a sus propias necesidades.

La Agenda 21, en sus directrices para la sostenibilidad, hace referencia a la mejora de la salud humana mediante el desarrollo de las siguientes áreas.

- Cubrir las necesidades sanitarias primarias.
- Controlar las enfermedades de comunicación obligatoria.
- Proteger a los colectivos vulnerables.
- Cubrir las necesidades sanitarias de la población urbana.
- Reducir el riesgo sanitario de la contaminación ambiental y otras amenazas.

Entendemos que los problemas de salud ambiental derivados del "progreso" exigen un planteamiento educativo orientado al desarrollando de una mayor conciencia social y una ética profesional más acorde con las leyes de la naturaleza y el ser del hombre, así como un desarrollo científico sostenible, ya que no todo lo que científicamente es posible es un bien para el hombre y por tanto éticamente aceptable.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Arroyo M. Singularidad y complejidad de la pedagogía. En: *Cincuentenario de los estudios universitarios de pedagogía*. Madrid. Universidad Complutense. 1984.
- Arroyo M. El proceso educativo y los procesos de desarrollo humano. *Educadores*, 1993: Vol. 35, nº 166, abril-junio.
- Arroyo M. Intencionalidad y eficiencia en la noción de educación. Análisis fenomenológico-crítico. *Educadores*, Vol. 35, nº 167, julio-septiembre. 1993.
- Bayes R. *SIDA y Psicología*. Barcelona. Martínez Roca. 1995.
- Belh M. *La educación como disciplina científica*. Buenos Aires. Ateneo. 1971.
- Bisquerra R. Orientación psicopedagógica para la prevención y el desarrollo. Barcelona, Boixareu. 1992
- Bouché Peris H. Salud y educación en las culturas. En: Perea Quesada R (ed.). *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid. Díaz de Santos. 2004.

- Branden N. *El poder de la autoestima. Cómo potenciare este importante recurso psicológico*. Barcelona. Paidós. 1993.
- Brezinka. *Conceptos básicos de la ciencia de la educación*. Herder. Barcelona. 1975.
- Carta de Bangkok. Tailandia. 2005.
- Colom AJ. *Teoría y metateoría de la educación*. México. Trillas. 1982.
- Colom AJ. *La educación como sistema*. Barcelona. CEAC. 1987.
- Conde F. Escenarios de futuro del VIH/Sida. De la enfermedad "acontecimientos" a la cronicidad futura. *Revista Española de Salud Pública*, 1997, febrero.
- Costa M, López E. *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid. Ediciones Pirámide. 1996.
- Comisión Mundial sobre Medio Ambiente (Comisión Brundtland 1987)
- Debesse M. *Las etapas de la educación*. Buenos Aires. Nova. 1955.
- Deval J. *El desarrollo humano*. Madrid. Siglo XXI. 1944.
- Dewey J. *Educación*. En: Monroe P (ed.). *A Cyclopedia of education*. New York. Mcmillan 1911.
- Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud*. Ginebra. OMS. 1986.
- Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Yakarta. República de Indonesia. 1997
- Dilthey. *Democracia y Educación*. Buenos Aires. Losada. 1971.
- Donati PP. *The end of medicine*. Nueva York. J. Wiley. 1975.
- Evans D, Head M, Speller, V. *Assuring quality in health promotion: how to develop standards of good practice*. London. Health Education Authority 1994
- Escamez, J. Ortega, P. *La enseñanza de actitudes y valores*. NAU Llibres. Valencia. 1986.
- Ferreira Solaire G. La salud humana y el ambiente, perspectiva educativa en salud. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2008; n° 49/9.
- Foster G. Anderson B. *Medical anthropology*. New York. McGraw-Hill. 1978.
- García Monge JA. Autoestima y salud. En: Serrano González I. (ed.) *La Educación para la Salud del siglo XXI*. Madrid, Díaz de Santos. 2002.
- González Álvarez A. *Filosofía de la educación*. Buenos Aires. Troquel. 1969
- Green LM. Determining the impact and effectiveness of health education as it's is related to federal policy. *DHEW contract*. 1976; 54, 74-75
- Havighurst R. *Human development and education*. New York. McKay. 1953
- Heidegger M. *Ser y Tiempo*. México. Fondo de Cultura Económica. 1974
- Henderson AC, Wolle J, Cortese PA, McIntsh DV. The future of the health education profession: implications and practice. *American J Public Health* 1981;6, p. 555-559.
- Herbart JF. *Pedagogía fundamental derivada del fin de la educación*. Madrid. Espasa-Calpe. 1935
- Hernán San Martín F, Pastor V. *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, 1988.
- Hubert R. *Tratado de pedagogía general*. Buenos Aires. El Ateneo. 1977
- Illich I. *Némesis médica*. México, Joaquín Martín-Planeta. 1986.
- Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellita en España. NIPO para soporte en línea: 351-09-003-3. www.msc.es
- James W. *Psicología pedagógica*. Madrid. Daniel Jorro. 1924.

- Jasper K. *Die Idee der Universität*. Berlín. Springer Verlag. 1961
- Kant E. *La Pedagogía*. Madrid. Akal. 1983.
- Kerschensteiner G. *Teoría de la estructura de la educación*. Barcelona. Labor. 1940.
- Kriekemans A. *Pedagogía general*. Barcelona. Herder. 1973.
- Kuschick D. *Medicina popular en España*. Madrid. Siglo XXI de España Editores. 1959.
- López-Barajas E. *Introducción a las ciencias de la educación*. Madrid. UNED. 2000.
- López-Barajas E. *Fundamentos de metodología científica*. Madrid. UNED. 2000.
- Marín Ibáñez R. *Los valores, fundamento de la educación*. Madrid. Anaya. 1981.
- Martínez M. *Dimensiones adaptativas y proyectivas de los sistemas*. Barcelona. Ceac. 1987.
- Matarazzo JD. Behavioral health's challenge to academic. Scientific and professional psychology. *Am Psychol*. 1980; 35, 807-817.
- Medina Rubio R et al. *Teoría de la educación*. Madrid, UNED. 1992
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Indicadores de salud*. Madrid, 1990
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Formación en Promoción y Educación para la Salud*. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2003.
- Moliner M. *Diccionario del uso del español*. Madrid. Gredos. 1987.
- Moragas J. *Psicología del niño y del adolescente*. Barcelona. Labor. 1963.
- Mounier. *El personalismo. Antología esencial*. Salamanca. Sígueme. 2002.
- Murga Menoyo MA. Salud y desarrollo humano sostenible: las competencias de la educación. En: Perea Quesada R (ed.). *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid. Díaz de Santos. 2004.
- Nassif R. *Pedagogía General*. Buenos Aires. Kapelusz. 1980.
- Planchard E. *La pedagogía contemporánea*. Madrid. Rialp. 1978.
- Perea Quesada R. *Fundamentos y justificación de la educación para la salud*. Madrid. FUE/ UNED. 1992.
- Perea Quesada R. *Educación para la Salud*. Madrid. FUE/UNED. 1985.
- Polaino-Lorente A. *Educación para la Salud*. Barcelona. Herder. 1987.
- Rocon J. Panorámica mundial de la salud. En: *Documentos de un debate. Aprender para un futuro: Educación para la Salud*. Madrid. Fundación Santillana. 1996.
- Rochon A. *Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona. Masson. 1991.
- Rosen G. *A history of public health*, MD Publications. Nueva York. 1958.
- Rothman AI, Birne N. Health education for children and adolescent. *Rev Educ Research*; 1981; 51,85-100.
- Salleras Sanmartí L. *Educación sanitaria: principios, métodos, aplicaciones*. Madrid. Díaz de Santos. 1990.
- Sanvisens A. *Educación, Pedagogía, y ciencias de la educación*. Barcelona. Barcanova. 1984.
- Sarlet Gerken AM. *Salud, Medio-Ambiente, Tolerancia y Democracia: la transversalidad educativa*. Barcelona. PPU. 1996.
- Sarramona J. *Fundamentos de educación*. Barcelona. CEAC. 1989.
- Scheler M. *Ética*. Madrid. Caparrós Editores. 2001.
- Serrano González MI. *Educación para la salud y participación comunitaria*. Madrid. Díaz de Santos. 1990.

- Serrano González MI. *et al. Educación para la salud en el siglo XXI. Comunicación y salud.* Madrid. Díaz de Santos.
- Schüller A. Prólogo. En: Serrano González I *et al* (eds). *Educación para la Salud en el siglo XXI. Comunicación y Salud.* Madrid. Díaz de Santos. 1997.
- Syme L. La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: la necesidad de una epidemiología más relevante. *Anthropos*.1991: Núm 118/, 39-51
- Suchodoslski B. *La educación humanística del hombre.* Barcelona. Laia. 1977.
- Von Cuber F. *La ciencia de la educación.* Barcelona. CEAC. 1981.
- Young I, Williams T. *The healthy school.* Edinburgo. Scottish Health Education Group. 1989.
- Wetton. *Modificación de la percepción del tabaquismo por parte de los niños.* 1ª Conferencia Europea de EpS de la Comunidad Europea (CE) Dublín. 1990.
- Zaragüeta J. *La ciencia de la educación.* Barcelona. CEAC. (1981):
- Zubiri J. *Sobre el hombre.* Madrid. Alianza. 1986.

La educación emocional: un factor determinante de la salud

M^a del Carmen Ortega Navas

INTRODUCCIÓN. DEFINICIÓN DE EMOCIÓN. APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN EMOCIÓN Y SALUD. LAS EMOCIONES: TIPOLOGÍA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD. LA EDUCACIÓN EMOCIONAL. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

La persona experimenta múltiples y variadas emociones a lo largo de su vida. En cada actitud, toma de decisión y acción, hay implícita una emoción. Las emociones marcan cómo nos encontramos en cada momento. De hecho, cada emoción tiene un valor, significado y utilidad adaptativa que nos ayuda a prepararnos y responder ante cualquier situación, siendo una fuente de autoconocimiento y transformación continua.

Las emociones juegan un papel muy importante para la salud, son una parte innegable de nuestras vidas y son fundamentales para el estado positivo de la misma al contribuir a potenciar una conducta saludable; por el contrario, si son negativas son un riesgo para nuestra salud. Cuando somos estimulados por una emoción, nuestros cuerpos entran en un estado de activación que no se da cuando no la sentimos; nuestro corazón empieza a latir con fuerza, los músculos se tensan y la respiración acelera su ritmo.

Las emociones primarias son manifestaciones de nuestro bagaje humano y de las circunstancias que nos rodean. Éstas, que de una manera u otra inciden en la salud, son entre otras las siguientes: la ira, la felicidad, el amor, la autoestima, la capacidad

de manejar los conflictos, los efectos del acoso y los abusos, la ansiedad, el miedo, el enfado, el odio, la envidia, los celos, la resolución de problemas, la sorpresa, la tristeza, la angustia, la melancolía y la depresión, etc.

Como punto de partida debemos ser conscientes de la importancia de cómo nuestras emociones afectan al progreso de nuestras acciones y nuestras vidas, incidiendo no solamente en el desarrollo, agravamiento y cronicidad de las enfermedades, sino también en el aprendizaje, ya que las emociones alteran la atención, condicionan nuestras conductas e incluso activan la memoria y, en última instancia, nuestro progreso y bienestar personal, profesional y social.

De hecho, tal y como hemos mencionado con anterioridad, las emociones pueden constituir una señal activadora o inhibidora de síntomas de salud o de una enfermedad. Todos hemos experimentado emociones más o menos negativas que nos han llevado a buscar soluciones para afrontarlas más efectivamente, y en consecuencia evitando el desarrollo de patologías asociadas a las mismas.

Por otra parte, las emociones desempeñan un papel central en los procesos de Educación para la Salud (EpS), por lo que, la intervención emocional debería ser una parte esencial en la formación de los profesionales de la educación y de la salud.

Una de las finalidades de la educación para la salud será, precisamente, la de educar a las personas en el fomento de una actitud positiva hacia la vida, en la capacidad para controlar las emociones y en el desarrollo de la conciencia emocional; en suma, educar para la vida en la búsqueda del bienestar personal, social y profesional.

Por otra parte, cabe destacar que la educación emocional en la literatura está relacionada con la inteligencia emocional, la cual contribuye a mejorar la situación de las personas en relación con su salud física y mental, su estado de bienestar, la reducción del estrés, el aumento de la empatía, y la reducción de conflictos en las interacciones sociales. La inteligencia emocional es un aspecto específico de la inteligencia relacionada con las emociones, tales como, la percepción, la expresión, el entendimiento, el análisis y la reflexión, y qué es fundamental para la educación emocional.

Nuestra pretensión, en las siguientes páginas, es comprender la repercusión de las emociones como factor determinante de nuestra salud, entendiendo que desde la perspectiva educativa nos debemos centrar fundamentalmente en el control de las emociones y en el desarrollo de la conciencia emocional de las personas.

DEFINICIÓN DE EMOCIÓN

Como hemos podido comprobar, muchas son las definiciones que se pueden encontrar en la literatura sobre la emoción. La delimitación conceptual de las emociones es una tarea no exenta de dificultades, puesto que no es fácil acotar el concepto de emoción, cuando la revisión sobre este campo, indica que es un concepto

no unívoco. Según Hygge y Öhman (1978) no existe una única definición sobre el concepto emoción, sino que existe un abanico de posibles definiciones.

El discernimiento de las emociones es una tarea compleja y dinámica que se suele confundir en ocasiones principalmente con los sentimientos, es decir, con la expresión o vivencia subjetiva de las emociones. También se relaciona y confunde con otros conceptos como los afectos, el humor y el estado de ánimo, dependiendo del uso que se le da en un contexto determinado. Las emociones incluyen distintos elementos, tales como la percepción, la experiencia, los pensamientos y los cambios orgánicos, que conllevan a disposiciones y comportamientos diferentes en función de las circunstancias y las interacciones con los demás.

Etimológicamente, la raíz de la palabra emoción es *motio*, *motions*, que se deriva del verbo latino *movere* (moverse). Además, contiene el prefijo *e-* que implica "alejamiento", "movimiento hacia", y esto sugiere que toda emoción supone una tendencia o impulso a actuar y enfrentarnos a la vida cotidiana. La *emotio* hace referencia a la agitación repentina del ánimo procedente del exterior.

La Real Academia Española de la Lengua define la emoción como una "alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa que va acompañada de cierta conmoción somática".

Conforme al *Oxford English Dictionary*, la emoción es "una agitación o perturbación de la mente; sentimiento; pasión; cualquier estado mental vehemente o agitado".

Para Wukmir (1967) la emoción es una respuesta inmediata del organismo a un estímulo o situación que favorece o dificulta la supervivencia, o lo que es lo mismo, las personas tienen una predisposición interna a la búsqueda de situaciones que son favorables a la supervivencia (son las que producen emociones positivas) y alejándoles de las negativas para su supervivencia (que producen emociones negativas).

En esa misma línea LeDoux (1999) afirman que las emociones son funciones biológicas que permiten al organismo sobrevivir en entornos hostiles y que se han venido preservando durante generaciones.

Según Damasio (2000) y coindiendo con el planteamiento de Wukmir (1967) la definición de emoción aparece supeditada a la necesidad de adaptación para la supervivencia. Así, define las emociones como "mecanismos de regulación de la vida interpuestos entre el patrón básico de supervivencia y los mecanismos de la razón superior. Las emociones se encuentran siempre relacionadas con la homeostasis y la supervivencia [...] Son inseparables de los estados de placer y de dolor, de recompensa y de castigo" (Damasio, 2000: 20).

Igualmente Reeve (1995: 353) sostiene que las emociones "facilitan la adaptación del individuo al entorno social. Las expresiones emocionales comunican cómo nos sentimos. También las expresiones emocionales regulan la manera en que los demás reaccionan ante nosotros".

Otros autores, Kleinginna y Kleinginna (1981: 355) analizaron más de noventa definiciones de emoción a través de la consulta y análisis de diccionarios y libros de textos, entre otras fuentes. Proponen que la emoción es "un conjunto complejo de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediados por los sistemas neuronales/hormonales que pueden suscitar experiencias afectivas [...] guiar el comportamiento que es frecuentemente, pero no siempre, expresivo, dirigido por metas y adaptativo".

También cabe señalar que las emociones son algo más sensible que la razón. Según Goleman (1996:385) un término relacionado con la emoción es la *inteligencia emocional*, que hace alusión a la consciencia de los elementos y a la "capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones. Describe aptitudes complementarias, pero distintas, de la inteligencia académica, las habilidades puramente cognitivas medidas por el CI".

Otra visión fundamental es la que hace referencia a la emoción como un constructo teórico y un mecanismo de adaptación que nos permite explicar qué nos sucede cuando reaccionamos ante determinadas condiciones internas o externas (proceso emocional). Según Bisquerra (2000:61) las emociones son "un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno".

Más tarde, Goleman (2001:26) entiende que todas las emociones son "impulsos que nos llevan a actuar, programas de reacción automática con los que nos ha dotado la evolución. Igualmente Goleman (2001:418) sostiene que la emoción se refiere a "un sentimiento, a los pensamientos, los estados biológicos, los estados psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan".

Conforme a Darder (2003:13) las emociones hacen referencia a "reacciones rápidas, impulsivas, intuitivas que experimentamos casi sin darnos cuenta".

Por otra parte, uno de los teóricos actuales más destacados en el ámbito de las emociones, Fernández-Abascal (2003:48) las define como "procesos que se activan cada vez que nuestro aparato psíquico detecta algún cambio significativo para nosotros; lo que las convierte en un proceso altamente adaptativo ya que tienen la propiedad de dar prioridad a la información relevante para nuestra supervivencia, la cual debe ser procesada en cada momento". Este mismo autor afirma que las emociones "no son procesos estáticos, sino que van cambiando en función de las demandas del entorno, por acción de la experiencia personal y social" (2003:49).

Otra aproximación más actual a la definición del concepto emociones, es la que postula Carpena (2008:61) afirmando que las emociones son "mecanismos de adaptación y regulación con uno mismo y con el entorno; todas tienen su función

adaptativa, pero según vivamos la experiencia emocional pueden convertirse en poco saludables, sobre todo cuando provocan malestar y éste se vuelve crónico. La tristeza puede convertirse en depresión; la preocupación en ansiedad; el disgusto en irascibilidad".

En la Tabla 2.1. aparece una síntesis de las definiciones anteriores de acuerdo al planteamiento de los autores citados.

TABLA 2.1. Definición de las emociones.

DEFINICIÓN DE EMOCIONES	Supervivencia	Adaptación	Impulsos y reacciones
AUTORES			
Wukmir (1967)	X		
Reeve (1995)		X	
LeDoux (1999)	X		
Damasio (2000)	X	X	
Bisquerra (2000)			X
Goleman (2001)	X		X
Darder. (2003)	X		X
Fernández-Abascal (2003)	X		
Carpena (2008)	X		

Fuente: Elaboración propia a partir de las definiciones anteriormente presentadas.

En suma, aunque no existe una definición única, la mayoría de las definiciones tienen en común que las emociones son procesos adaptativos que desempeñan un papel esencial en el comportamiento, aprendizaje, creatividad e interacción social, etc., de las personas. Finalmente, nuestra propuesta de definición acerca de qué entendemos por emociones es la siguiente: las emociones son un concepto multidimensional formado por fenómenos psicofisiológicos continuos que poseen todos los seres vivos y que nos permiten adaptarnos a ciertos cambios de nuestro entorno, que nos orientan en la lucha por la supervivencia y en el afrontamiento ante los sucesos significativos de nuestra vida. Simplificando aún más, podemos afirmar que nuestras emociones son una habilidad relacional que nos capacita para desarrollarnos plenamente en nuestro entorno más próximo.

■ APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN EMOCIÓN Y SALUD

El estudio de las emociones y la salud no es un fenómeno reciente, su interés tiene una larga tradición. Las emociones en la investigación científica han sido objeto de análisis y preocupación desde la antigüedad. Hipócrates (460-370 a. C. aprox.) médico griego, pensaba que las emociones influían en el cuerpo y eran la posible causa de la enfermedad. Galeno (129-200 d.C.)¹, médico y filósofo griego, influido por la doctrina hipocrática, consideraba las emociones como causa externa a la persona, de modo que entendía que eran las condiciones o circunstancias que interfieren en la salud, que es lo que a partir de los años setenta se conoce como determinantes de la salud.

Cabe señalar que el estudio de la relación entre emociones y salud es un área de investigación que implica diferentes disciplinas y que interesa a profesionales no solo de la medicina, sino también a educadores, psicólogos, biólogos, filósofos, etc.

De hecho, cada vez aparecen más investigaciones científicas donde se subraya la influencia de las emociones y los comportamientos de las personas sobre el bienestar humano y, en consecuencia, sobre la salud y la enfermedad.

Desde la perspectiva filosófica, no será hasta finales del siglo XIX cuando se empieza a valorar científicamente su influencia como factor determinante para la salud. En cambio, en el ámbito de la psicología cognitiva como campo científico es al inicio de la década de los años sesenta cuando se empieza a conceder una mayor importancia de las emociones como componente experiencial de las mismas. En 1965 Charles Darwin estudió la expresión de las emociones y consideró que el temor (ansiedad) y la rabia (cólera) son dos características de los seres humanos.

También cabe destacar que no será hasta la década de los años setenta del siglo pasado cuando se comienza a tratar en profundidad la repercusión de las emociones en la salud, produciéndose un giro de teorías más conductistas de estímulo-respuesta (E-R) a otras neoconductistas de estímulo-organismo-respuesta (E-O-R), propiciándose desde este momento la investigación de las emociones como una variable orgánica².

El psicólogo, Adler en 1974 descubrió en la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Rochester, que el sistema inmunológico, al igual que el cerebro, podía aprender. Su descubrimiento llevó a la aparición de la ciencia pionera de la relación que existe entre el sistema inmunológico, la mente y el sistema nervioso

¹ Otros autores señalan como fecha probable de la muerte de Galeno el año 216 d.C.

² También denominada variables de estado que hacen referencia a las características físicas, fisiológicas o psicológicas, así como a las motivaciones.

central conocida como psiconeuroinmunología o PNI³ y que ha sido utilizada para establecer las relaciones entre los factores comportamentales y la evolución de las enfermedades. La psiconeuroinmunología es un avance en el ámbito de la prevención que favorece la probabilidad de contraer enfermedades. Las aportaciones de dicha ciencia nos indican que los estados emocionales pueden alterar la salud en general, de manera que las personas con actitudes positivas, estabilidad y apoyo emocional estarán en mejores condiciones de superar algunas enfermedades, mientras que las emociones negativas y el estrés afectan al sistema inmunológico y al sistema nervioso, haciéndole más vulnerable.

Ya en la década de los años ochenta del siglo xx, Friedman y Both-Kewley (1987) estudian la posible relación entre emoción y salud partiendo del supuesto que las emociones pueden influir sobre las funciones somáticas y contribuir a numerosos trastornos.

Posteriormente, a mitad de la década de los años noventa se inicia un periodo de revolución emocional, que afecta no solo a la educación y a la psicología sino también a la sociedad en general. Las investigaciones en este ámbito comienzan a proliferar (Strack, Argyle y Schwartz, 1991; Cooper y Sawaf, 1997; Shapiro, 1998 y Goleman, 1999). Así, Rosenstock (1990) sugiere que es preciso seguir profundizando en el análisis de las relaciones entre las emociones y la salud para poder establecer una estrategia pedagógica que permita potenciar la implicación en comportamientos preventivos.

Por otra parte, en la actualidad la mayoría de los expertos en esta área consideran que las emociones cuentan las mismas propiedades fenomenológicas y fisiológicas a pesar de ser estados o condiciones psicobiológicas complejas y cualitativamente distintas y que entre las emociones más estudiadas en las últimas décadas se encuentran la ira, el estrés, la depresión y la ansiedad (Ivancevich y Matteson, 1992; Crane 1981; Deffenbacher 1992; Spielberger, Gorsuch, y Lushere 1994; Spielberger, Ritterband, Sydeman, Reheiser y Unger, 1995; entre otros).

En definitiva, la evidencia científica respecto a la relación entre las emociones y la salud durante la última década del siglo pasado ha ido en aumento. Según Mayne y Bonanno (2000) los modelos explicativos de la relación entre emociones y salud se han agrupado en dos grandes bloques: el modelo psicofisiológico y el modelo conductual.

LAS EMOCIONES: TIPOLOGÍA Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD

En la actualidad los modelos más recientes que afirman que los procesos emocionales inciden en la salud y enfermedad están siendo cada vez más detallados

³ Ciencia que da cuenta del vínculo existente entre la mente (psico), el sistema neuroendocrino (neuro), constituido por el sistema nervioso y el sistema hormonal, y el término inmunología, que se refiere, obviamente, al sistema inmunológico.

(trastornos cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, endocrinos, dermatológicos, musculares y alteraciones del sistema inmunológico) destacándose que la relación es dinámica y no lineal (Fernández-Abascal *et al.*, 2003).

Una clasificación simple de las emociones sería la de catalogarlas en positivas y negativas, lo cual no significa que unas sean malas y otras buenas, sino que unas se ajustan a nuestros objetivos (emociones adaptativas) y otras no, o lo que es lo mismo, no todas las emociones tienen una incidencia negativa sobre nuestra salud, sino que algunas son potencialmente beneficiosas sobre la misma. Así, algunas emociones que inicialmente pueden ser consideradas como negativas son indispensables para reformular nuestras metas, en la consecución de nuestros objetivos y para cambiar nuestra actitud ante la vida, como por ejemplo en el caso de tener que enfrentarnos a una larga o grave enfermedad, o en el caso de frustración ante el logro de un objetivo concreto. De hecho, tanto las emociones positivas, como por ejemplo, la alegría, el optimismo y la felicidad entre otras; como las negativas, tales como la ira, la ansiedad y el estrés, etc., influyen en la salud al responder desde un punto de vista funcional a diferentes matices adaptativos.

Como hemos mencionado anteriormente, las emociones pueden tener connotaciones tanto positivas como negativas, aunque la mayoría de las veces suele ser mixta. Por ejemplo, Reeve (1995) sostiene que aunque la rabia tiene connotaciones negativas como la destrucción, violencia descontrolada, también tiene un componente positivo y productivo "cuando energiza los intentos de recuperar el control perdido sobre el ambiente, que al final se recupera. Asimismo, desde una perspectiva evolutiva, la rabia moviliza la energía hacia la autodefensa, una defensa caracterizada por el vigor, la fuerza y la resistencia" Reeve (1995:386).

También, Ortega Navas (2006:488) señala que ciertos niveles de estrés, les va a permitir a las personas "mejorar sus perspectivas de carrera profesional, un nivel de participación en la adopción de decisiones satisfactorias, un sistema de apoyo social, etc.". Además, continúa señalando que el estrés, a pesar de tener carga negativa y ser un factor de alto riesgo para la salud, es imprescindible en nuestra vida al potenciar capacidades como la creatividad, el sentido positivo, la capacidad de aprendizaje y la toma de decisiones, entre otras.

Tampoco debemos perder de vista que todas las emociones tanto positivas como negativas son necesarias y que su incidencia varía dependiendo de factores individuales como la personalidad, el entorno, las vivencias, las experiencias y las condiciones exteriores del medio en el que se desenvuelven las personas. Además, la manera en que sentimos y nos relacionamos con el entorno y las personas también influye en nuestra salud.

Cabe destacar que la literatura especializada se ha centrado más frecuentemente en el estudio de las emociones negativas que constituyen una amenaza y riesgo para la salud que en las emociones positivas. No obstante, en los últimos años ha habido un importante movimiento hacia un posicionamiento centrado más en las

fortalezas y oportunidades de las personas que en sus debilidades y amenazas. De hecho, aún siguen prevaleciendo los estudios sobre las más relevantes emociones negativas como la depresión, la ansiedad, la irritabilidad, la hostilidad, la ira, el miedo y la agresividad y los efectos nocivos para la salud, al influir negativamente en nuestra salud favoreciendo la aparición y desarrollo de ciertas enfermedades, ya que hacen más vulnerable el sistema inmunológico, lo que no permite su correcto funcionamiento.

Entre las emociones negativas, que han sido objeto de estudio constante y repetido en la literatura sobre esta temática, como ya hemos mencionado anteriormente, destacan la ira, el estrés, la depresión y la ansiedad, que se generan por la condición y naturaleza humana (dolor, sufrimiento, enfermedad y muerte) en el contexto asistencial. Se dispone de numerosas estudios (Spielberger, Gorsuch RL y Lushere, 1994; Goleman, 1996) que confirman la influencia de las emociones negativas prolongadas en el tiempo, como la ira, la ansiedad, el miedo, o la depresión y el estrés en los trastornos psicofisiológicos, como la causa de ciertas enfermedades que debilitan las células inmunológicas y duplican la posibilidad de contraer enfermedades como el asma, dolores de cabeza, úlceras, aumento de la presión sanguínea y problemas cardiovasculares; en una palabra, suponen una amenaza para la salud. Según Perea (2004:191) se ha constatado en numerosos estudios prospectivos y clínicos que "*la tensión emocional precede al desarrollo de los síntomas de la enfermedad coronaria*".

De hecho, la aparición de estas emociones negativas suele "llevar a una pérdida tanto de la calidad como del rendimiento del trabajo, que puede hacerse extensiva a la calidad de vida personal dado que nos bloquean, inmovilizan y dificultan los avances personales, profesionales y sociales. No obstante, aún no se conocen en su totalidad los mecanismos que explican esta relación causal" (Fernández-Abascal, 2003:427).

Por ejemplo, la ira es una emoción negativa que genera problemas en el corazón. El miedo es "una advertencia emocional que se aproxima a un daño fisiológico o psicológico, de manera que implica un gasto energético que se traduce en cambios comportamentales que hace a las personas más susceptibles e irritables, lo cual puede conducir a las personas a vivir situaciones de estrés" (Reeve, 1995: 385). No obstante, este autor sostiene desde una perspectiva más optimista y positiva sostiene que el miedo facilita "el aprendizaje de nuevas respuestas que apartan a la persona del peligro, o lo que es lo mismo, el miedo activa los esfuerzos del afrontamiento y facilita el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento" (Reeve, 1995:396).

Además, las emociones negativas pueden incluso distorsionar la conducta de las personas que influyen en la toma de decisiones que interfieren en el proceso de recuperación de la enfermedad. Así, Lazarus (1991) destaca que algunos de los mecanismos para afrontar las emociones, ya sean negativas o positivas son, entre otras, el distanciamiento, el afrontamiento, el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, el escape-evitación y la reevaluación positiva.

En suma, no siempre podemos prevenir ni evitar las emociones negativas y perturbadoras, pero sí intentar minimizar los efectos perjudiciales en la salud. De modo general, las emociones negativas se vinculan como un factor de riesgo para nuestra salud y desencadenantes de la enfermedad, al hacer más vulnerable el sistema inmunológico. Además, las emociones negativas que aunque no causan las enfermedades sí las hacen más vulnerables a ellas, absorben toda la atención del individuo, dificultando el atender a otros asuntos.

Sin embargo, la atención de la literatura sobre el discurso de la capacidad de las emociones positivas para preservar y potenciar la salud es menor en comparación con las emociones negativas, tal y como hemos aludido anteriormente. De acuerdo con Ryff y Singer (1998) citado en Fernández-Abascal *et al.* (2003:446-447) una explicación a este fenómeno es que "prevalece el punto de vista que la salud física y mental es la ausencia de enfermedad y de emociones negativas".

Las investigaciones sobre las emociones indican que las emociones positivas como la tranquilidad, el optimismo, la felicidad, el entusiasmo, el amor y la alegría, entre otras, ahuyentan el estrés, disminuyen la obstrucción arterial y potencian el sistema inmunitario.

Las emociones positivas son, por lo general, las que nos permiten alcanzar nuestros objetivos, satisfacción por el trabajo bien realizado y sana autoestima. No obstante, también puede producir insatisfacciones y generar emociones negativas, ya que las situaciones en las que no se consiguen las metas deseadas o esperadas son relativamente numerosas. Además, las emociones positivas a las que hemos aludido anteriormente, son un beneficio para nuestra salud, nos ayudan a soportar las dificultades de una enfermedad y facilitan nuestra recuperación. De hecho, las emociones positivas son suficientes para desencadenar una serie de efectos positivos en nuestro metabolismo y resultan beneficiosas a la hora de la recuperación de la enfermedad.

Las emociones positivas mejoran las conexiones y facultades mentales que se relacionan con la recuperación de enfermedades y la buena salud. También contribuyen a la toma de decisiones más efectivas en cada situación fruto de la intencionalidad de las personas en su voluntad de mejora.

Así, la sorpresa activa supone "un aumento repentino en la tasa de descarga emocional en la tasa de descarga neuronal [...] La sorpresa prepara a la persona para tener emoción en general y provoca un rápido aumento de la actividad cognitiva". Igualmente, este mismo autor afirma que la alegría es una "sensación positiva derivada de una sensación de satisfacción y triunfo. La alegría facilita también la voluntad de las personas de participar en actividades sociales" (Reeve, 1995:383-384).

Por otra parte, la estabilidad emocional (Perea, 2002:30) es "otro factor ampliamente estudiado como determinante de la salud; se está comprobando que algunas emociones negativas, como la ira y la hostilidad reprimida, tienen un efecto

directo sobre la contractilidad de la arteria coronaria y, en consecuencia, sobre la llegada de oxígeno al músculo cardíaco. Además Perea (2002) considera que últimamente, el factor emocional se viene considerando "como una pieza clave en la prevención o desarrollo de numerosas enfermedades, ya que se ha comprobado que el control de los factores de riesgo tradicionales es insuficiente en cuanto efecto preventivo si el organismo no se encuentra sereno, sosegado y en paz, de aquí la necesidad de atender la salud emocional como parte integrante de la EpS". (Perea, 2002:30).

En resumen, todos estos descubrimientos sobre emociones y salud, tienen su aplicación en el tratamiento de las enfermedades, ya que éste deberá ser un tratamiento integral, que considere la recuperación tanto de los factores físicos como de los factores emocionales del paciente. Además, con respecto a la promoción de la salud positiva, se ha reiterado la importancia de las emociones positivas como la felicidad, el optimismo, el humor, el apoyo social y el soporte emocional al considerarlas herramientas efectivas para enfrentarse a la enfermedad. Más aún, las emociones y sentimientos positivos duraderos, fortalecen nuestra salud, ayudan a sobrellevar la enfermedad y favorecen el proceso de recuperación, además, conjuntamente con nuestro sistema inmunológico, mejoran nuestra calidad de vida.

LA EDUCACIÓN EMOCIONAL

La educación emocional es una de las temáticas actuales más debatidas en el ámbito de la educación y la formación. Surge como respuesta a la necesidad de educar a las personas para afrontar mejor los retos de su quehacer cotidiano. Su justificación viene determinada por la necesidad de aminorar conductas de riesgo, que en ocasiones, son fruto de desequilibrio emocional, lo cual implica la adquisición de competencias básicas para la vida de cara a la prevención. Aún más, se debe educar emocionalmente conforme a López-Barajas (2002:448) "desde los años tempranos de la infancia y de la adolescencia en la advertencia del sentido bipolar de las emociones: placer-displacer, inquietud-tranquilidad, tensión-relajación, aceptación-rechazo, bloqueo-acción, alegría-tristeza, previsión-sorpresa, ansiedad-normalidad".

La educación emocional proporciona numerosas posibilidades de conocernos a nosotros mismos y a los demás, lo cual se traducirá en un factor determinante para prevenir las enfermedades y adoptar estilos de vida más saludables. De hecho, el énfasis de la educación emocional se centra en las emociones y plantea los interrogantes sobre: cómo nos sentimos, cómo se sienten los demás, y qué podemos hacer para sentirnos mejor.

El *Informe Delors* (Unesco 1996) afirma que muchos problemas tienen su origen en el ámbito emocional, por lo que la educación emocional es una herramienta fundamental de prevención en el desarrollo cognitivo de las personas.

La educación emocional es un factor fundamental para manejar la salud, el estrés, y desarrollar una identidad personal positiva. Así, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una buena salud emocional está condicionada por un estado de bienestar que permite a la persona desarrollar sus propias habilidades para afrontar las situaciones de estrés y trabajar productivamente para contribuir a la sociedad.

La educación emocional deberá ayudar a las personas en la comprensión, mejora, control y manifestación de sus emociones negativas que repercuten negativamente en su estado de bienestar y salud. En consecuencia, se hace necesario ayudar a las personas mediante la educación a conocer y dominar mejor sus emociones, ya que éstas comportan un beneficio potencial en su salud.

La finalidad primordial de la educación emocional estará, por tanto, encaminada, a que las personas logren un mejor conocimiento y control de las propias emociones en su propio beneficio y de los demás. Cabe destacar también que nuestras emociones pueden ser educadas y podemos aprender a reconocerlas en situaciones peligrosas o placenteras. Así, conforme a López-Barajas (2005:110) la educación deberá advertir que "las emociones pueden verse afectadas por la impresiones, no sensaciones, tales como la irritabilidad, la hipersensibilidad psicológica, la tristeza, la melancolía, la ansiedad, la inquietud, el desasosiego, la tensión nerviosa [...]"

Es interesante resaltar en este punto que la definición de educación emocional, al igual que ocurría en el caso de las emociones es difícil de concretar, al ser numerosas y variadas las definiciones que aparecen en la literatura. Bond (1999) define la educación emocional como un proceso por el que cada persona debe aprender a ser consciente de sus emociones a la hora de la toma de decisiones y en el transcurso de nuestros actos.

Otra definición sobre la educación emocional es la planteada por Claeys (2004), que afirma que es un proceso de educación continua a lo largo de la vida que implica el desarrollo de habilidades y aspectos emocionales tales como la autoestima, la confianza, la creatividad, la comunicación y la inteligencia emocional conforme a nuestro entorno.

La educación emocional debe ser entendida como un "proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como elemento indispensable del desarrollo cognitivo [...] Para ello se propone el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre las emociones con objeto de capacitar al individuo para afrontar mejor los retos que se plantean en la vida cotidiana. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social" (Bisquerra, 2004, citado en Iglesias *et al.*, 2004:98).

Ramona *et al.* (2005) señalan que algunos autores hablan de que la educación emocional es un ámbito que está constituido por diferentes bases teóricas científicas como la neurobiología, la psiconeuroinmunología o PNI, el humanismo psicológico y la psicología cognitiva, entre otros.

Según Crawspeth (2005) la educación emocional debe ayudar las personas a conocer cuáles son sus emociones y cómo aprender a controlarlas.

Por otra parte, cabe señalar que históricamente, ya desde la Antigüedad se ha puesto de manifiesto la importancia del control emocional. Se trata de buscar el equilibrio en las emociones, no suprimirlas. Como observó Aristóteles, filósofo y científico griego (384-322 a.C.), lo que se requiere es una emoción apropiada, un sentimiento proporcional a la circunstancia. El problema para Aristóteles no radica en las emociones en sí mismas sino en su conveniencia y en la oportunidad de su expresión.

La educación emocional se sustenta sobre los pilares de las teorías de las emociones de finales del siglo XIX en las que se hace notar la importancia de las emociones en el desarrollo cognitivo y psicosocial (Arnold, William James, Back y Lazarus, entre otros) y la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner (1993) en lo relacionado con la inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal y el concepto de inteligencia emocional introducida por Salovey y Mayer (1990) y difundida por Goleman (1996), tal y como veremos más adelante en este capítulo.

Objetivos de la educación emocional

Los objetivos de la educación emocional van encaminados a la adquisición de un mejor conocimiento de las propias emociones y las de los demás, regular las emociones, establecer relaciones, prevenir los efectos perjudiciales de las emociones negativas y desarrollar la habilidad para generar emociones positivas y una actitud positiva hacia la vida y desarrollar una competencia emocional (Bisquerra, 2003). Todos estos objetivos tienen la finalidad de que las personas afronten mejor los retos de cada día con la intención de aumentar su bienestar personal, social y profesional.

Como ya hemos mencionado con anterioridad al comienzo de este capítulo, las emociones afectan a nuestra manera de ver y pensar el mundo. Está demostrado que las emociones influyen en la atención, en la memoria y en el razonamiento lógico. Además, no debemos de olvidar que las personas tienen la capacidad de controlar y modificar sus emociones simplemente a través del pensamiento.

Las emociones influyen grandemente para regular "la actividad y la conducta del sujeto. Solamente aquellos fines hacia los cuales el sujeto tiene una actitud emocional positiva pueden motivar una actividad creadora" (Smirnov, Leontiev *et al.*, 1960:356).

Goleman (1995) pone de relieve la importancia de conocer las propias emociones. Tener conciencia de las propias emociones es la competencia emocional fundamental sobre la cual se construyen las demás, incluido el autocontrol (Bisquerra, 2000: 146).

Conforme a Cléries *et al.* (2002:113) las emociones "inducen a la acción y a la comunicación con el entorno, e integradas con los aspectos racionales hacen más competente al individuo".

Por otra parte, cabe destacar que un aspecto de la educación emocional es la prevención de los efectos nocivos de las emociones en el marco de la Educación para la Salud (EpS). Para ello, un sistema educativo integral habrá de incorporar al currículo las grandes líneas de la educación emocional: desde la definición y reconocimiento de cada emoción, hasta las habilidades para gestionarlas, pasando por el ejercicio de la empatía, la emoción clave en el dominio de las emociones sociales.

En definitiva, cabe destacar que el objetivo de la educación emocional es el desarrollo de las competencias emocionales, tales como la regulación emocional, la inteligencia emocional, las habilidades de vida y bienestar, y la conciencia emocional que contribuyan a un mejor bienestar personal, social y profesional.

Contenidos de la educación emocional

Los contenidos de la educación emocional en general hacen referencia al concepto de educación emocional, los fenómenos afectivos, los tipos de emociones, las características y causas de las emociones en cuanto a las estrategias y competencias de afrontamiento de las emociones, las teorías sobre las emociones y la inteligencia emocional. De manera que las competencias emocionales potencien y favorezcan la capacidad para resolver problemas y evitar conflictos, y lograr los objetivos propuestos en las diferentes parcelas de la vida de las personas.

Aunque inicialmente en el ámbito educacional las emociones de los discentes no han sido parte de los factores a considerar para el diseño de estrategias metodológicas y evaluativas, sino que por el contrario, nuestra cultura escolar desvaloriza "lo emocional" por considerarlo opuesto a "lo racional". Las actuaciones de la educación emocional principalmente se llevarán a cabo inicialmente en la propia familia, al constituir ésta la primera escuela para el aprendizaje emocional, donde aprendemos a expresar nuestras esperanzas y temores y cómo los demás reaccionan ante nuestras emociones. Las actuaciones continuarán en la escuela en donde el poder reflexionar sobre emociones puede surgir naturalmente en las clases de todas las áreas disciplinarias (lengua, sociales, naturales, educación artística y Educación para la Salud, etc.) para evitar el analfabetismo emocional.

Inteligencia emocional

La investigación en el campo de la educación emocional está relacionada con la inteligencia emocional que afirma que la educación emocional mejora las posibili-

dades de salud y bienestar físico, psicológico, mental, reduce el estrés y disminuye el porcentaje de conflictos e interacciones sociales. La inteligencia emocional es, además, una competencia muy importante en el ámbito de la Educación para la Salud (EpS).

En 1990, los psicólogos Peter Salovey (Universidad de Yale) y John Mayer (Universidad de Hampshire), acuñaron el término inteligencia emocional y, posteriormente, Daniel Goleman (1996) difundió mundialmente este concepto a través de diversas publicaciones, dando lugar a una serie de propuestas e iniciativas que hacen referencia a esta temática. Goleman (1996) definió a la inteligencia emocional como la capacidad de identificar, entender, regular y modificar estados emocionales propios y ajenos. No se relaciona con reprimir las emociones, sino que se enfoca en dirigirlas y equilibrarlas. Además, afirma que la inteligencia emocional es aquella que aumenta nuestras posibilidades de decisión personal y social. Abarca una serie de aptitudes, tales como la conciencia y reconocimiento de las propias emociones, el control de las emociones y la capacidad para manejar las relaciones sociales que las personas necesitan para llevar una vida satisfactoria.

En la segunda mitad de la década de los años noventa del siglo pasado ha tenido una amplia difusión la teoría de las inteligencias múltiples (Gardner, 1993). Entre ellas destacan la inteligencia interpersonal y la intrapersonal. Según Bisquerra (2000) la teoría de las inteligencias múltiples supone un reto para el futuro de la educación, en el cual deben tener cabida aspectos educativos como el campo de las emociones.

La inteligencia emocional es el "conjunto de habilidades que hemos denominado inteligencia emocional, habilidades entre las que destacan el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad para motivarse a uno mismo" Goleman (2001:13-14). Además, señala que abarca varias dimensiones entre ellas, la interpersonal, que incluye aspectos como la empatía, la responsabilidad social, las relaciones interpersonales; la intrapersonal, que destaca aspectos como el autoconcepto, la conciencia de emociones, la realización personal, la independencia, la asertividad, la adaptabilidad, para lo cual son necesarias la objetividad, la flexibilidad, la solución de problemas, el manejo de estrés, que implican tolerancia y el control de impulsos. En definitiva, Goleman (2001) sostiene que la inteligencia emocional es nuestra capacidad de comprender nuestras emociones y las de los demás.

Desde esta perspectiva, podemos afirmar que la inteligencia emocional es la que determina nuestra capacidad de afrontar la frustración, o nuestra manera de reaccionar ante la adversidad. Igualmente, la inteligencia emocional es la capacidad de entender y controlar las emociones en beneficio nuestro y de los demás, es saber usar las emociones inteligentemente para rentabilizar las emociones en función de nuestras metas.

Por otra parte, la inteligencia emocional deberá desarrollar, entre otras, las siguientes competencias:

- Entender las causas de las emociones y aprender a usarlas adecuadamente en cada situación y contexto (autoconocimiento emocional).
- Regular las emociones negativas, evitando conflictos con mayor tolerancia ante las frustraciones y mayor flexibilidad a las situaciones nuevas (autorregulación).
- Aprender a captar las necesidades de los demás, o lo que conocemos como empatía, es decir, percibir lo que necesitan los demás, o la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de modo que cuánto más abiertos estemos al conocimiento y control de las propias emociones, mayor será la capacidad de comprender los sentimientos de los demás.

En suma, la educación emocional deberá enseñarnos a dedicar más tiempo en pensar sobre nuestras propias emociones y las de los demás, lo cuál se traducirá en un mejor conocimiento y comprensión de las emociones, que nos ayudará, a su vez, a comprendernos y a comprender mejor a los demás.

SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Las emociones son fundamentales para el estado de la salud, bienestar y calidad de vida de las personas, incidiendo tanto en la aparición y alteración de la enfermedad como en la recuperación de la misma. Las emociones forman parte de nuestro bienestar y son indispensables para la acción y la relación interpersonal. También guardan una estrecha relación con los procesos cognitivos, al ser fundamentales para el aprendizaje y para la toma de decisiones. Además, nos predisponen a manejar mejor las situaciones, a soportarlas mejor y a alcanzar la madurez, proporcionándonos mayor equilibrio.

Las emociones nos ayudan a adaptarnos a las circunstancias, expresar y comunicar a los demás cómo nos sentimos, por lo que es fundamental aprender a reconocerlas y regularlas. Igualmente, las emociones como proceso funcional nos permiten adaptarnos a las exigencias del medio externo e interno, teniendo claras repercusiones al facilitar o interferir, además, sobre otros procesos mentales como la memoria, la atención, la percepción, la atención, la creatividad el razonamiento, la resolución de problema y el pensamiento.

Cabe destacar que no solo las emociones negativas sino también las emociones positivas y el estrés influyen en la salud. Mientras que las primeras favorecen la aparición y desarrollo de las enfermedades, haciendo más vulnerables el sistema inmunológico al bloquear nuestras defensas naturales, las segundas nos protegen y facilitan la recuperación de las enfermedades.

Por otra parte, se hace cada día más necesario conocer las propias emociones, ya que nos permiten además de conocernos, canalizar y expresar cómo nos sentimos

de manera adecuada en nuestra relación con los demás. Además cabe destacar que la importancia de la educación emocional estriba no tanto en evitar las emociones negativas como reconocer su papel y canalizarlas de forma positiva de manera que las personas accedan a una educación integral y a una vida plena que permita precisamente aprender a reconocer y expresar nuestras emociones con facilidad.

En definitiva, las emociones como factor determinante para la salud, tienen un gran poder dentro de nosotros, que debemos conocer, pues poseen la capacidad de mejorar la salud o de, por el contrario, debilitarla y en casos extremos quitárnosla. Además ser conscientes de nuestras emociones es un elemento clave de la educación emocional, en tanto que es el punto de partida del control de las emociones y de nuestras actuaciones. De hecho, cuando estamos educados emocionalmente, o lo que es lo mismo, alfabetizados emocionalmente, se hace más fácil el control de las emociones para producir los cambios que necesitamos en nuestras vidas para dar respuestas a cuestiones que de otra manera serían más difíciles de entender. Tal y como señala Rodríguez (1999:165) el control emocional no consiste simplemente en "tener o dejar una determinada emoción: no se trataría tanto de liberarse de una emoción impertinente o de atreverse a expresar tal o cual estado emocional cuanto de ser capaz de manejárselas en el interior de la emoción misma". En suma, las personas son más capaces de expresar sus emociones de un modo más sincero y más efectivo al ser capaces de saber manejar mejor sus emociones.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Bimbela JL. Cuidando al formador. *Aula de Innovación Educativa*; 2008:173-174 pp. 45-47.
- Bernal A *et al.* *Cultivar los sentimientos. Propuesta desde la Filosofía de la Educación*. Madrid. Dykinson. 2005.
- Bisquerra R. *Educación emocional y bienestar*. Barcelona. Praxis. 2000.
- Bisquerra R. Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa (RIE)*; 2003:21, 1, 7-43.
- Bond J. *What is emotional education? The steps to emotional education and what we can do to improve our lives* [online]. Atlow Mill Centre for Emotional Education. 1999. Available from: <http://www.atlowmill.org>
- Carpena A. Emociones y salud. *Aula de Innovación Educativa*; 2008:173-174 pp. 61-64.
- Cléres X *et al.* Hacia el aprendizaje de emociones y sistemas motivacionales en la relación asistencial. *Educación Médica*, 2002:5 (3), 113-125.
- Claeys, M. *The emotional intelligence class: practical emotional education*. Gap. Éditions du Souffle d'Or. 2004.
- Cooper RK, Sawaf A. *Estrategia emocional para ejecutivos*. Barcelona. Martínez Roca. 1997.
- Crane RS. The role of anger, hostility, and aggression in essential hypertension, *Dissertation Abstracts International*; 1981:42, 2982.

- Crawspeth E. Making and mistaking reality: What is emotional education? *Interchange*; 2005;36 (2), 49-72.
- Darder P. Las emociones y la educación. En: AA VV. *Emociones y educación: qué son y cómo intervenir desde la escuela*. Barcelona. Grao.2003 pp.11-16.
- Damasio AR. A second chance for emotion. En: Lane RD y Nadel L. (eds.). *Cognitive neuroscience of emotion*. Nueva York. Oxford University Press. 2000:12-23.
- Deffenbacher, JL. Trait anger: Theory, findings, and implications. En: CD Spielberger, CD y Butcher JN. (eds.) *Advances in personality assessment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1992:177-201.
- Delors, J. *La enseñanza encierra un tesoro*. Informe de la comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI. Madrid. UNESCO-Santillana. 1996.
- Fernández-Abascal EG, Palmero F. *Emociones y salud*. Barcelona. Ariel. 1999.
- Fernández-Abascal EG. et al. *Emoción y motivación humana. La adaptación humana*. Barcelona: Ramón Areces. 2003.
- Fernández -Abascal EG. *Emociones positivas*. Madrid. Pirámide. 2009.
- Friedman H, Booth-Kewley S. The disease-prone personality: A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 1987;42, 539-555.
- Gardner H. *Estructuras de la mente: La teoría de las Inteligencias Múltiples*. México: Fondo de Cultura Económica. 1993.
- Goldie P. *The emotion. A philosophical exploration*. Oxford. Clarendon Press. 2002.
- Goleman D. *La inteligencia emocional en la empresa*. Buenos Aires. Vergara. 1996.
- Goleman D. *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona. Kairós. 1999.
- Goleman D. *Inteligencia emocional*. Barcelona. Kairos. 2001.
- Hygge S, Öhman A. Modeling processes in the acquisition of fears: vicarious electrodermal conditioning to fear-relevant stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*; 1978;36, 271-279. 1978
- Iglesias M^a J et al. *El reto de la educación emocional en nuestra sociedad*. La Coruña. Universidad da Coruña. 2004.
- Ivancevich JM, Matteson MT. *Estrés y trabajo*. México. Trillas. 1992.
- Kleinginna PR, Kleinginna, AM. A categorized list of emotion definitions with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*; 1981;5, 345-379.
- Lazarus RS. *Emotion and adaptation*. Oxford. Oxford University Press. 1994.
- Lazarus RS. Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*; 1991;39, 124-129.
- LeDoux J. *El cerebro emocional*. Barcelona. Planeta. 1999.
- López-Barajas E. Educación de los modos primarios de saber de sí mismo. *Revista Española de Pedagogía*, 2002; 223, Año LX, septiembre-diciembre 2002, pp 439-460.
- López-Barajas E. Educación, epistemología y sentimientos. En: AA VV. *Cultivar los sentimientos: Propuestas desde la filosofía de la educación*. Madrid. Dykinson. 2005 pp 105-127.
- Martínez F et al. Revelar, compartir y expresar emociones: efectos sobre la salud y el bienestar. *Ansiedad y Estrés*; 2001;7 (2-3), 151-174.
- Mayne TJ, Bonanno GA. *Emotions: Current issues and future directions*. London. The Guilford Press. 2000.

- Miguel-Tobal JJ, González-Ordi H. Emociones y Salud: Perspectivas actuales en el estudio de los trastornos cardiovasculares. *Ansiedad y Estrés*; 2003;9, (2-3), 121-144.
- Miguel-Tobal JJ, González-Ordi H. Presentación monográfico: Perspectivas actuales en el estudio de las emociones. *Ansiedad y Estrés*; 2003;9, (2-3), 117-120.
- Morgado I. *Emociones e inteligencia social: las claves para una alianza entre los sentimientos y la razón*. Barcelona. Ariel. 2007.
- Ortega Navas M^aC. Educación para la salud en el ámbito laboral. *Revista Española de Pedagogía*; 2006: 235, Año LXIV, septiembre-diciembre pp 483-500.
- Palmero F, Fernández-Abascal EG. *Emociones y adaptación*. Barcelona. Ariel. 1998.
- Perea R. *Educación para la salud*. Madrid. UNED/FUE. 1998.
- Perea R. La educación para la salud. Reto de nuestro tiempo. Monográfico: Educación para la salud. *Revista Educación*; 2002;XXI, 4.
- Perea R. et al. *Educación para la salud*. Madrid. Díaz de Santos. 2004.
- Perea R. La familia como contexto para un desarrollo saludable. *Revista Española de Pedagogía*; 2006;235, Año LXIV, septiembre- diciembre 2006, pp 417-428.
- Ramona R. et al. An emotional curriculum proposal for early childhood education (3 to 6 years). *Cultura y Educación*; 2005;17 (1), 5-17.
- Reeve J. *Motivación y emoción*. Madrid. McGraw-Hill. Interamericana de España. 1995.
- Rodríguez M. *Una introducción a la filosofía de las emociones*. Murcia. Huerga Fierro Editores. 1999.
- Rojas E. *Una teoría de la felicidad*. Madrid. Dossat. 1998.
- Rojas E. *La ilusión de vivir*. Madrid. Temas de hoy. 1998.
- Rosenstock M. The Health Belief Model: explaining health behavior through expectancies. En: Klanz K, Lewis LM y Rimer BK. (eds.), *Health behavior and health education: Theory, Research and Practice*, San Francisco: Jossey- Bass. 1990 pp.39-62.
- Ryff CD y Singer B. Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and social Psychology Review*; 2000;4, 30-44.
- Salmurri F. *Libertad emocional: estrategias para educar las emociones*. Barcelona. Paidós. 2004.
- Salovey P y Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*; 1990: 9, 185-211.
- Shapiro LE. *La inteligencia emocional de los niños*. Barcelona. Ediciones B. 1998.
- Smirnov AA, Leontiev AN et al. *Psicología*. México. Grijalbo.1960.
- Solms M, Turnbull O. *The Brain and the Inner World*. New York. Other Press. 2002.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushere RE. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (4^a ed.). Madrid. Publicaciones de Psicología Aplicada. 1994.
- Spielberger CD, Ritterband LM, Sydeman SJ, Reheiser EC, Unger KK. Assessment of emotional states and personality traits: Measuring psychological vital signs. En: Butcher JN. (Ed.), *Series on Clinical Psychology: Vol. 1. Practical Considerations in Clinical Personality Assessment*. New York. Oxford University Press. 1995;1, 42-58.
- Strack F, Argyle M, Schwartz N. *Subjective well-being*. Oxford. Pergamon Press. 1991.
- Wukmir VJ. *Emoción y sufrimiento*. Barcelona. Labor. 1967.

Alimentación y educación física como factores de salud y calidad de vida

Rogelia Perea Quesada, M^a Ángeles Hernando

INTRODUCCIÓN. CALIDAD DE VIDA: CONCEPTO E INVESTIGACIÓN. SALUD Y CALIDAD DE VIDA. EDUCACIÓN ALIMENTARIA COMO FACTOR DE PREVENCIÓN. EDUCACIÓN FÍSICA: BENEFICIOS PARA UNA VIDA SANA. CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN FÍSICA Y LA ALIMENTACIÓN. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es un concepto genérico y multidimensional, que adquiere cierta complejidad si tenemos en cuenta el amplio conjunto de factores que lo integran. Aunque inicialmente aparece ligada a la educación para la salud, actualmente se enmarca como una categoría socioeconómica, política, sanitaria y cultural.

Una de las mayores aspiraciones de nuestro tiempo no es solo vivir más años, sino que la prolongación de la vida esté acompañada de una mayor calidad de ésta. En este sentido, conviene recordar que la contribución de la alimentación y la actividad física están íntimamente relacionadas con una reducción del nivel de riesgo que cada persona debe enfrentarse durante su vida. Sin embargo, hoy día los comportamientos, en este sentido, son contrarios a nuestras aspiraciones. Marcos Becerro (2005) hace una descripción de lo que conlleva el estilo de vida que, actualmente, se está generalizando; *considera que* la obesidad, el estrés, el consumo exagerado de drogas y el sedentarismo constituyen los pilares sobre los que se apoya el sistema de vida de los ciudadanos modernos, que a la vez que les permite disfrutar de algunos placeres, les produce una forma típica de enfermedad y muerte.

Este estilo de vida moderno y la sociedad de consumo se caracterizan por una desmedida competitividad, lo que provoca una enorme tensión (estrés). Ante tal tendencia, la alimentación, ejercicio físico y el deporte, en sus manifestaciones educativas, son una respuesta para preservar y desarrollar la salud y alcanzar una mayor calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA: CONCEPTO E INVESTIGACIÓN

La calidad de vida suscita un gran interés a partir de la década de los 60 sobre todo en lo que se ha dado en llamar "sociedades avanzadas". El concepto tiene su origen en la idea de desarrollo y cambio social, es un valor que ha pasado a ser prioritario en ámbitos tan distintos como son la salud, la educación, la economía, la política, comercial, social, etc.

El concepto ha variado mucho desde su aparición en los debates públicos que destacaban el deterioro del medio ambiente, las condiciones de vida urbana y la preocupación por los desastres producidos por la industrialización. Como consecuencia del interés que suscitaba, desde el campo de las Ciencias Sociales comienzan a estudiarse los indicadores sociales, vinculados con el bienestar social de una población. Se trataba de medir las condiciones objetivas, de tipo económico y social. En este sentido, la calidad de vida se definía en condiciones de vida y satisfacción personal, se interpreta como vida agradable, progreso social, satisfacción, etc., es decir, todo aquello que contribuya al bienestar humano.

Según se fue avanzando en el estudio y perfeccionamiento de estos indicadores, se dan cuenta de que la calidad de vida es algo más amplio y complejo. Es en ese momento cuando aparece un concepto multidimensional y globalizador que abarcaba todos los ámbitos de la vida, integrando tanto los aspectos subjetivos como las condiciones objetivas de ésta.

No existe un total acuerdo sobre la definición y su evaluación, sin embargo hoy día la calidad de vida se refiere tanto a las condiciones de vida, a la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, así como a la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas, por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. En otras palabras el concepto integra la salud física, el estado psicológico, las relaciones interpersonales, la autonomía, las creencias, los valores y las características específicas del contexto en el que se desarrolla el ser humano.

La OMS la definió como "la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Como se puede apreciar es un concepto amplio y complejo que integra: la salud física, el estado psicológico, el nivel de

independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Partiendo de este concepto, estamos de acuerdo con García Pérez (2006) en considerar que el concepto de calidad de vida posee una dimensión objetiva y otra subjetiva. Desde la objetiva se contempla la utilización del potencial intelectual, emocional y creador del ser humano, así como las condiciones sociales y circunstancias externas en las que se desarrolla su existencia (aspectos económicos, nivel de vida, relación familiar y social, estado de salud, etc.). El subjetivo viene determinado por el grado de satisfacción de la persona y por la percepción que tenga de sus condiciones globales de vida (apego al círculo de amigos, a la vivienda, tradiciones, etc.), traduciéndose todo ello en sentimientos positivos o negativos.

Existen áreas que describen los aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas. La OMS identifica estas seis:

- Un área física (la energía, la fatiga...)
- Un área psicológica (los sentimientos positivos...)
- El nivel de independencia (la movilidad...)
- Las relaciones sociales (el apoyo social práctico...)
- El entorno (la accesibilidad a la asistencia sanitaria...)
- Las creencias personales/espirituales (sentido y significado de la vida...)

SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Los ámbitos de la salud y la calidad de vida suponen acciones complementarias cuyos beneficios se superponen. En la calidad se ve reflejada la percepción que poseen las personas de que sus necesidades están siendo satisfechas o insatisfechas a la hora de alcanzar la felicidad y la autorrealización, independientemente de su estado de salud físico, o de las condiciones económicas y sociales. En la actualidad el objetivo de alcanzar una calidad de vida mejor ha cobrado mucha importancia en la promoción de la salud y mucho más cuando hablamos de la satisfacción de las necesidades de las personas mayores, discapacitadas, los enfermos crónicos o los enfermos en etapas terminales.

El sentido de la salud ha ido evolucionando, según las circunstancias históricas sociales o de conocimiento por las que atravesaba. Asimismo, se ha visto sujeto a múltiples revisiones críticas. Dicha evolución podemos analizarla a través de las distintas definiciones que de ella se han dado. Si consideramos las emitidas por la OMS, podemos ver cómo se ha ido perfilando y profundizando en el concepto. Desde la primera definición dada por esta Organización que consideraba la salud bajo unos planteamientos puramente médicos (ausencia de enfermedad), este Organismo ha ido evolucionando hacia posturas que valoran más la persona, al entender que la

salud es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social. Profundizando en esta orientación, emite de nuevo otra definición (OMS, 1986) considerándola como la capacidad de realizar el propio potencial personal y de responder positivamente a los retos del ambiente. Este sentido ambientalista, que la confirió la OMS, permitió que el concepto de calidad de vida estuviera relacionado no solo con el ambiente sino también con la salud.

Desde esta orientación, podemos considerar la salud como un conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permiten a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía con su propio entorno. (Perea Quesada R, 1985: 12).

Asimismo, aparece el concepto de calidad de vida desde la perspectiva médica; por un lado hace referencia, como indica a la eficacia de los tratamientos en enfermos crónicos tras evaluar el nivel de problemas padecidos como consecuencia de las enfermedades sufridas. Desde la gerontología se tiene en cuenta la calidad de vida a la hora de valorar el desarrollo social, físico y psíquico de los ancianos.

Estos enfoques de salud nos permiten entender que calidad de vida abarca todas las dimensiones de la persona. García Martínez y Escarbajal de Haro (1996: 123) lo ponen de manifiesto al indicar que la calidad de vida supone una concepción holística de la salud e incluso un concepto ecológico de salud que engloba los rasgos biológicos de los individuos, las características generales de la comunidad y el medio ambiente en el que se vive. De acuerdo con este planteamiento, podemos hablar de que el concepto de calidad de vida entronca con la relación salud y ambiente.

Por otro lado, existen autores que van más allá, entendiendo la calidad de vida como un estilo de vida, que lleva consigo una actitud y un comportamiento permanente de la persona. Como consecuencia de todo ello, surge la necesidad de la educación en relación con la calidad de vida. Lo que viene apoyar la idea de Serrano González I (1997:5) cuando afirma que no hay duda de que la educación debe ser una referencia irrenunciable para elevar la calidad de vida de la población.

■ EDUCACIÓN ALIMENTARIA COMO FACTOR DE PREVENCIÓN

Las formas de alimentación tienen una gran incidencia en la salud y calidad de vida de la persona, es uno de los temas fundamentales en educación para la salud por su importancia en el desarrollo psicofísico y en la prevención de numerosas enfermedades.

Los hábitos de alimentación se adquieren fundamentalmente en la familia, aunque también la escuela ejerce una función importante junto con los medios de comunicación y el marketing publicitario. Una buena alimentación es importante en todas las edades pero cobra una especial importancia en los primeros años de la vida. Actualmente se sabe que el periodo de vida que comprende desde la época fetal hasta los cinco años

es decisivo tanto en el crecimiento físico como psíquico, y que el retraso que un niño pueda sufrir durante este periodo es difícil de superar. Aunque el crecimiento es un fenómeno biológico complejo que no depende de un factor único sino de un conjunto de ellos, con una carga genética importante, precisa de un aporte continuo de energía y nutrientes.

También la inteligencia humana es algo bastante complicado que no se puede reducir a un problema de maduración bioquímica y a una buena dieta alimenticia, pero últimamente se está comprobando, a través de diversos estudios, la influencia de la alimentación en el desarrollo mental del niño, se sabe que los niños mal nutridos responden de forma inadecuada a ciertos estímulos.

La salud y la nutrición de las madres antes del embarazo y durante el transcurso de éste, y la alimentación del niño durante los primeros meses, son importantes para la prevención de las enfermedades no transmisibles durante toda la vida. La lactancia natural exclusiva durante seis meses, seguida de una alimentación complementaria apropiada, contribuyen a un desarrollo físico y mental óptimos. Quienes han sufrido retraso del crecimiento intrauterino, y posiblemente en el periodo postnatal, corren mayores riesgos de contraer enfermedades no transmisibles en la edad adulta. (*Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario Actividad Física y Salud*, 2004).

La alimentación es una necesidad básica para la vida, con una dimensión sociocultural sujeta siempre a la disponibilidad de alimentos según los diferentes contextos. En los países en vía de desarrollo hay una gran escasez de la oferta alimentaria; se calcula que más de 500 millones de personas pasan hambre, siendo esta la causa de muerte de más de 100.000 personas por año. Este problema de hipoalimentación contrasta con las formas de alimentación de los países desarrollados en los que, aunque también existen grupos de marginación con déficit alimentario, no obstante, el principal problema radica en la hiperalimentación o exceso en el consumo de alimentos, y como consecuencia cada vez hay más adultos y niños con exceso de peso y obesos, aumentan también los casos de diabetes tipo 2. En el *Informe sobre la salud en el mundo 2002* se indica que la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad atribuidas a las principales enfermedades no transmisibles representan actualmente alrededor del 60% de todas las defunciones y el 47% de la carga de morbilidad mundial, y que, según se prevé, esos porcentajes aumentarán al 73% y al 60%, respectivamente, antes de 2020.

Por otra parte, se han realizado diversos trabajos, epidemiológicos y a través de encuestas de salud, en los que se ha podido comprobar que los hábitos de alimentación de la población actual no siempre se ajusta a los patrones establecidos como saludables, encontrando un desajuste en la dieta actual con respecto a lo que serían los modelos dietéticos ideales; aunque en la carga de morbilidad de los países más pobres predominan las enfermedades infecciosas y la desnutrición, los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas se está propagando; esto nos debe llevar a plantear desde la escuela las estrategias necesarias para el desarrollo de hábitos saludables que lleven a una mejora de la salud y la calidad de vida.

Según estudios realizados por la OMS, hay pruebas de que, cuando se controlan otras amenazas para la salud, las personas pueden mantenerse sanas después de los 70, 80 y 90 años de edad si adoptan comportamientos que promuevan la salud, como una alimentación sana y una actividad física regular y adecuada, y evitan el consumo de tabaco. Las investigaciones recientes permiten comprender mejor los beneficios de las dietas saludables, la actividad física, las acciones individuales y las intervenciones de salud pública aplicables a nivel colectivo.

Los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles suelen coexistir e interactuar. Al aumentar el nivel general de los factores de riesgo es mayor el número de personas expuestas a las enfermedades. Por consiguiente, las estrategias de prevención deben plantearse la reducción de los riesgos en toda la población. Si lo logran, aunque sea en pequeña medida, la población obtendrá máximos beneficios acumulativos y sostenibles, mucho mayores que el efecto de las intervenciones centradas únicamente en las personas que corren alto riesgo. Los regímenes alimentarios sanos y la actividad física, junto con el control del tabaco, representan una estrategia eficaz para contener la creciente amenaza de las enfermedades no transmisibles. (*Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario Actividad física y Salud*, 2004).

Los hábitos dietéticos en general, han ido sufriendo en los últimos años una serie de modificaciones con respecto al modelo tradicional, debido a los cambios sociales y a una nueva cultura de la salud. Podemos considerar, entre otros, los siguientes factores del cambio:

- La necesidad de adaptar la alimentación a las exigencias de las formas de vida actuales: modificación del papel de la mujer en la familia, horario laboral, etc. Esto ha producido una modificación en el proceso de elaboración de los mismos.
- El gran interés por los efectos de la dieta en la salud. Los riesgos de determinados alimentos, como las grasas y los productos de fabricación industrial, han supuesto de forma indiscriminada, una penalización de los mismos.
- La publicidad, centrada fundamentalmente en la venta del producto, para lo cual aprovecha las nuevas tendencias para ofrecer productos de preparación más rápida, dietéticos, light...

Entre los hábitos de alimentación de los niños y adolescentes se viene detectando un consumo de alimentos con un elevado contenido en grasas saturadas que, por su rápida preparación, se están incorporando con bastante frecuencia en la dieta habitual; si estos alimentos se tomasen de forma moderada, en algunas ocasiones no interferiría en el conjunto de una dieta equilibrada, el problema radica en que si estos alimentos se consumen con frecuencia y se sustituyen por otros alimentos básicos como son las frutas, legumbres y verduras, se van convirtiendo en patrones de conducta alimentaria poco saludable. También existe una tendencia actual entre

determinados grupos de la población a no valorar las formas de alimentación como un factor determinante para la salud.

Existe evidencia científica de que la eliminación indiscriminada de ciertos alimentos pueden producir carencias nutricionales, y el abuso de los mismos traer graves consecuencias para la salud, por lo que las tendencias actuales de cambio, postmodernidad alimentaria, se centra en el *equilibrio nutricional*, la nueva forma de entender una alimentación saludable es, ante todo, *comer equilibradamente*.

No existe ningún alimento que contenga en sí mismo todos los nutrientes esenciales, por lo que se recomienda una dieta variada y con rotación de alimentos, ya que los nutrientes de cada grupo varían entre unos alimentos y otros y también las toxinas y contaminantes naturales se distribuyen en los diferentes grupos de alimentos.

Avances en nutrición y alimentación. Perspectiva de futuro

El conocimiento científico en nutrición experimentado a partir del siglo XVIII ha supuesto una contribución importante al ámbito de la alimentación. De igual forma que en la primera mitad del siglo XX el enfoque nutricionista se centró, fundamentalmente, en los nutrientes esenciales, que permitió establecer las necesidades mínimas de estos nutrientes (RDA) y evitar las enfermedades producidas por carencias nutricionales, en los momentos actuales se está desarrollando una corriente de investigación con una gran perspectiva de futuro sobre nutrición y prevención de enfermedades no transmisibles, ocupando un lugar importante los *compuestos bioactivos*, definidos por algunos autores (Kitts, 1994) como aquellos constituyentes que no son nutrientes y que típicamente se encuentran de forma natural en pequeñas cantidades en vegetales (frutas y verduras) y en alimentos ricos en lípidos. "Probablemente, a día de hoy, y como perspectiva de futuro en nutrición, uno de los campos más prometedores es el estudiar el modo en que la dieta, en general, y algunos nutrientes, en particular, pueden afectar al funcionamiento de nuestros genes, desarrollándose una nueva ciencia: la Nutrigenómica, que en un futuro no muy lejano puede llevarnos a dietas hechas a medida a partir de la información contenida en los genes" (Menéndez Patterson M^aA, 2008:74).

Los estudios realizados sobre compuestos químicos bioactivos le asignan un gran beneficio para la salud, comprobándose su papel protector sobre ciertas enfermedades degenerativas y el proceso de envejecimiento, de tal forma que el concepto tradicional de nutrición en relación con la dieta es cuestionado por algunos estudiosos del tema (Menéndez Patterson, 2008) considera que una dieta saludable debe de cumplir dos aspectos fundamentales:

1. Aportar una cantidad adecuada de energía y nutrientes (como se recomienda en la actualidad).

2. Aportar una cantidad determinada de fibra y compuestos bioactivos para la prevención de enfermedades crónicas y degenerativas.

Hoy nadie duda de la incidencia de la dieta en la salud, por lo que cada día existe una mayor demanda de alimentos y productos saludables; para atender a dicha demanda la industria alimentaria, basándose en investigaciones realizadas en este ámbito, ha lanzado al mercado una serie de alimentos llamado "alimentos funcionales" a los que se le añade o suprime algún compuesto químico con la finalidad de interferir de forma positiva sobre diversas funciones orgánicas. Estos alimentos, aunque no se le niega sus beneficios y un futuro prometedor, no obstante, conviene destacar la necesidad de seguir avanzando en cuanto al conocimiento científico sobre sus efectos en la salud, así como la exigencia, por parte de los organismos reguladores, de un mayor control de información en el etiquetado, como es por ejemplo, la dosis recomendada y las consecuencias en el exceso de consumo.

Una educación alimentaria orientada a mejorar la calidad de vida deberá centrarse en la capacitación de la persona para que de forma responsable y libre desarrolle unos hábitos de alimentación adecuados a sus necesidades nutritivas, por lo que debe conocer los principios de la nutrición y la función de los alimentos.

Fines de la nutrición

Tres fines básicos cumple la nutrición:

- Aportar la energía necesaria para las funciones corporales.
- Aportar los materiales necesarios para la formación de estructuras.
- Aportar las sustancias necesarias para la regulación del metabolismo.

Estas sustancias son tomadas fundamentalmente de los alimentos que ingerimos, de aquí la importancia de una dieta adecuada y equilibrada para mantener una buena nutrición.

Necesidades energéticas

Los seres vivos necesitan un continuo aporte de energía que viene determinada por:

- El metabolismo basal.
- La actividad física y psíquica realizada.
- Y el efecto térmico de los alimentos.

El *metabolismo basal* es la cantidad de energía necesaria para el mantenimiento de las funciones vitales tales con la respiración, temperatura corporal y otras funciones involuntarias. El gasto de energía basal depende de factores genéticos y ambientales, corpulencia, sexo, edad, etc.

La actividad física desempeñada supondrá un aumento en el consumo energético, por lo que tendrá siempre que tenerse en cuenta, a ello deberá añadirse el efecto dinámico-específico o consumo de energía después de la ingesta de alimentos que supone un valor aproximado del 10 al 12% del valor energético de la dieta ingerida. En función de estos parámetros deberá calcularse el recambio energético de un individuo. Una dieta que proporcione un valor energético mayor al necesario supondrá un aumento de peso, mientras que una dieta de valor energético inferior conducirá a una pérdida del mismo. Los hidratos de carbono, también llamados glúcidos o carbohidratos, son los que contribuyen fundamentalmente a satisfacer nuestras necesidades energéticas aunque también se precisa de las grasas y proteínas, formando en su conjunto los *principios inmediatos*.

Necesidades proteicas

Las proteínas son un componente fundamental del organismo humano, proporcionan las sustancias que éste precisa para construir y reparar sus propias estructuras.

En la alimentación occidental las principales fuentes de proteínas radican en la *carne, pescados y huevos*. Las carnes magras contienen una cantidad de prótidos del 20% al 28%. Su cocción no afecta el valor nutritivo ya que en ella no se altera la proporción de aminoácidos, pero su fritura no es aconsejable por la transformación química que sufre (oleína acre), sustancia irritativa para la mucosa del estómago, no solo afecta a la carne sino a cualquier alimento que sufra el mismo proceso.

La proporción de proteínas en el pescado es de un 14% a un 20% además de poseer otras propiedades nutritivas como su contenido en hierro. Éste es el caso de algunos mariscos y también el atún y el salmón.

Las necesidades proteicas del organismo varían según edad y circunstancias. En la niñez y adolescencia es necesaria una mayor aportación de proteínas para la formación de materiales de construcción: huesos, músculos, vasos sanguíneos, sangre...

De igual forma, y en circunstancias tales como el embarazo infecciones, postoperatorios, quemaduras, etc., hay también una necesidad superior de proteínas para la formación de gran cantidad de tejidos o regeneración de los mismos (Tabla 3.1.).

Tabla 3.1. Relación de *aminoácidos* que forman las proteínas existentes en el organismo.

Aminoácidos esenciales	Aminoácidos no esenciales
Fenilalanina	Ácido aspártico
Leucina	Ácido glutámico
Isoleucina	Alanina
Lisina	Arginina
Metionina	Cisteína
Treonina	Cistina
Triptófano	Glicina
Valina	Hidroxiprolina
Histidina (niños)	Prolina
	Serina
	Tirosina

Necesidades de elementos minerales

Los elementos minerales desempeñan tres funciones en el organismo:

- Sirven como materiales de construcción.
- Componentes en los líquidos del organismo.
- Como reguladores del metabolismo.

El *calcio* es el quinto elemento del organismo humano (después del carbono, el oxígeno, el nitrógeno y el hidrógeno). Su principal papel está en la formación de los huesos y dientes junto con el *fósforo*, función que es esencialmente importante durante el periodo de crecimiento. El *magnesio*, *hierro*, *sodio*, *potasio*, *yodo*, *zinc* y *cobre* desempeñan igualmente una función importante dentro del organismo.

Necesidades vitamínicas

Las vitaminas son sustancias orgánicas necesarias en pequeñas cantidades para catalizar el metabolismo celular, su necesidad ha de satisfacerse mediante una dieta adecuada, ya que nuestro organismo no puede por si solo sintetizarlas, se sintetizan en las plantas y en diferentes microorganismos aunque no son alimentos, no producen calorías ni proteínas. Una dieta desprovista de la cantidad de vitaminas necesarias da lugar a ciertas enfermedades carenciales o *avitaminosis*, un exceso de ingestión de las mismas puede ser tóxico.

Una clasificación tradicionalmente aceptada sería:

- a) *Liposolubles*: A o antixeroftálmica, D o antirraquítica, E o de la reproducción o tocoferol, K o antihemorrágica. El exceso de estas vitaminas puede producir una acumulación en ciertas partes grasas del organismo originando efectos nocivos.
- b) *Hidrosolubles*: una alta dosis de éstas vitaminas no beneficia pero tampoco perjudica ya que son eliminadas por la orina, es el caso del complejo vitamínico B.

No se puede establecer con exactitud sus necesidades en cada organismo, varía con relación a la edad, dimensión corpórea, sexo, actividad muscular, periodo de gravidez, lactancia, etc.

Actualmente, algunos autores, a la vista de las últimas investigaciones, las clasifican desde el punto de vista de su función: vitaminas con función coenzimática en el metabolismo intermediario: tiamina, riboflavina, piridoxal, niacina, ácido pantoténico, cianocobalamina, ácido ascórbico. Vitaminas y proliferación celular: ácido fólico, cianocobalamina. Vitaminas antioxidantes: ácido ascórbico, tocoferoles, beta-caroteno. Desde su mecanismo de acción como hormonas esteroideas: el ácido retinoico (metabolito activo de la vitamina A) o el 1alfa-25dihidrocolecalciferol (metabolito activo de la vitamina D). (Menéndez Patterson MA, 2008).

El agua es una sustancia indispensable para la vida, de tal forma que representa un 70% del peso corporal, en el que el 7% es plasma sanguíneo, el 18% líquido intersticial y el 45% restante es líquido intracelular. Las necesidades humanas de agua varían según diversos factores, como por ejemplo el consumo de calorías, concentración de la orina etc. En general se estima que el consumo diario de agua debe ser de dos litros aproximadamente. El niño debe consumir más cantidad de agua por unidad de peso corporal que el adulto.

Según algunas teorías alimentarias, para un equilibrio nutricional el consumo de alimentos de alto contenido en agua debería constituir el 70% y correspondería a frutas y verduras.

Como hemos indicado anteriormente, uno de los problemas más comunes del desequilibrio nutricional en los países de un alto nivel de desarrollo es la obesidad, y aunque sus causas pueden ser múltiples, en su mayoría se debe a un exceso en la ingesta de alimentos junto con unas formas de vida sedentaria, incluso en la "obesidad familiar" cuyos antecedentes familiares fueron obesos y cabe pensar en la influencia de los factores genéticos, tampoco se debe descartar los factores ambientales ya que esta obesidad puede responder a la transmisión de hábitos, tanto de alimentación como de falta de ejercicio físico.

■ EDUCACIÓN FÍSICA: BENEFICIOS PARA UNA VIDA SANA

El empleo de la actividad física como medio educativo formalizado conforma un espacio del sistema educativo denominado educación física. Como indica Vázquez Gómez B (2000:45) es una parte de la educación general que tiene como objetivo la mejora y desarrollo de las capacidades corporales a través de la actividad física.

Como instrumento pedagógico es muy eficaz, ya que ayuda a desarrollar las cualidades básicas del hombre como unidad biopsicosocial. Favorece la conservación y el desarrollo de la salud, puesto que ayuda a la persona a ajustar adecuadamente sus reacciones y comportamientos a las condiciones del mundo exterior. Así mismo, contribuye al conocimiento de su propio cuerpo, sus posibilidades y a ejercitar todas aquellas actividades corporales que considere más convenientes para su desarrollo y recreación personal; con ello mejorará su calidad de vida y la relación con los demás.

La actividad física realizada de una forma regular es una forma sumamente beneficiosa para la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, sin olvidar la influencia tan beneficiosa que ejerce sobre la formación del carácter, la disciplina, la toma de decisiones y la aceptación de las reglas, favoreciendo el desenvolvimiento de la persona en todos los órdenes de la vida cotidiana. En consecuencia, la práctica deportiva debe ser realizada por todas las personas, de acuerdo siempre, con sus necesidades y sus posibilidades físicas.

En este sentido debemos subrayar que todos necesitamos realizar una actividad física, puesto que al ponerla en práctica no solo estamos actuando sobre nuestro cuerpo, sino que estamos favoreciendo al conjunto de nuestro ser, a nivel químico, energético, emocional, intelectual, etc. En la Cumbre Mundial de Educación Física celebrada en Berlín en 1999, se recomendó que en todos los países se debe cumplir la legislación sobre educación física y se resaltaron los beneficios de la actividad física bien orientada, por su estrecha relación con la salud individual y colectiva.

La actividad física de las personas comienza con nosotros mismos. A medida que el cuerpo crece y se desarrolla, se van incrementado las actividades que somos capaces de realizar. El juego infantil de los niños, en sus distintas intensidades, constituyen eslabones que conducen a la formación general que les llevará a practicar con éxito un deporte en la etapa de su juventud.

Uno de los medios empleados por la educación física y que resulta imprescindible hasta los catorce años, es el juego (juegos predeportivos). También es beneficioso para las demás edades, incluso para los adultos. A través de ellos se desarrollan facultades y se recrea el espíritu con la ventaja de gastar muchas menos energías que con el ejercicio físico.

Los aspectos que potencia, entre otros, son los siguientes: la confianza en sí mismo, la estabilidad emocional, el autocontrol, la función intelectual y la sensación de bienestar. Por otra parte, también es capaz de disminuir: la depresión, el estrés, la ansiedad y la tensión emocional

Los tipos de ejercicio que se recomiendan son el ejercicio aeróbico (caracterizado por el trabajo de baja intensidad y de larga duración) o de resistencia, en el cual se utilizan grandes grupos de musculares que pueden ser mantenidos en forma continuada y rítmica y cuya intensidad es suficiente para estimular el sistema cardiovascular (como son la carrera continuada, la natación, los paseos con ritmo ligero, etc.).

Las personas que realizan un ejercicio físico continuado y sistemático lo suelen hacer voluntariamente porque poseen el convencimiento de que este mejora su calidad de vida. Se ha comprobado que las personas con un estilo de vida físicamente activa tienen un promedio de dos años más de vida que la gente inactiva y sobre todo una mejora notable de la calidad de esta.

Por todo ello, la actividad física está íntimamente relacionada con la promoción de la salud psicosocial, y como venimos apuntando, con la calidad de vida, ya que el objetivo principal de los programas de actividad física es alcanzar una mejor forma física, que redunde favorablemente en la realización adecuada de las actividades diarias.

Los estilos de vida y la importancia de ser activos

El estilo de vida como término comienza a plantearse y a estudiarse empíricamente a partir de los años setenta. Estudios realizados por Pastor *et al.* (1995) consideran que el estilo de vida del hombre occidental es el principal factor de riesgo que lleva a un aumento de la mortalidad de la población en general, aun reconociendo la notable mejoría en la atención sanitaria. En este sentido, Mendoza *et al.* (1994) destacan que las causas se encuentran en los cambios de comportamiento que han tenido lugar en los últimos años, sin olvidar el desarrollo socioeconómico.

Es importante tener en cuenta que existen hábitos que nos acompañan diariamente por vivir en una sociedad totalmente estresada y mediatizada. A esto debemos añadir los cambios en la nutrición, el sedentarismo y el consumo, cada vez mayor, de tabaco y alcohol.

Estudios realizados en Estados Unidos demuestran que siete de las principales causas de muerte podrían ser reducidas de forma significativa si los individuos que pertenecen a los grupos de riesgo mejoraran los siguientes hábitos de vida: la alimentación, el fumar, el abuso del alcohol, el uso de medicación antihipertensional y la falta de ejercicio.

En España la situación no es mucho mejor. Estudios realizados en este ámbito señalan que los trastornos cardiovasculares son debidos, en gran parte, a un estilo de vida sedentario. Como consecuencia, e igual que en otros países, se pusieron en marcha campañas destinadas a concienciar e incentivar el ejercicio físico. Los objetivos estaban orientados más a los individuos sedentarios que a incrementar el nivel de los que ya practicaban algún tipo de deporte.

Por todo ello, podemos concluir que la actividad física con una adecuada duración, intensidad y progresión para cada tipo de población, supone un estilo de vida que incide positivamente en la promoción de la salud psicosocial, y por descontado en una mayor calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN FÍSICA Y LA ALIMENTACIÓN

Teniendo en cuenta todo lo anterior, alcanzar un buen nivel de calidad en nuestras vidas supone promover estilos de vida saludables, y ello implica planificar procesos educativos que nos ayuden a interiorizar patrones de conducta de acuerdo con ellos. En consecuencia surge la necesidad de la educación en relación con la calidad de vida y los estilos de vida. Vázquez Gómez (2001:22) lo pone de relieve cuando afirma "... es indudable que la calidad de vida nos aporta un contenido educativo de primer orden y además absolutamente necesario tanto para la persona como para la sociedad".

Costa M y López E (1996:34), refiriéndose a los estilos de vida, consideran que son constelaciones de comportamientos más o menos organizados, complejos, coherentes, estables o duraderos y que aparecen fuertemente impregnados del ambiente o entorno". Esto nos lleva a considerar que si entendemos la calidad de vida como un estilo de vida, estamos apelando a su educabilidad, que a su vez dependen de los estilos educativos.

La finalidad de la educación no solo se refiere a la adquisición de conocimientos y habilidades, sino que abarca también el desarrollo libre y creador del ser humano en su plenitud con objeto de alcanzar una mejor calidad de vida. En el caso de la Educación física, estamos de acuerdo con Molna G (2005) cuando afirma "...que es el área de la educación que educa al hombre a través del movimiento, desde y en el psicomotor, hacía el cognitivo-socioafectivo y en función de un diseño de hombre".

Nunca como ahora ha sido tan necesaria la educación física y la alimentación, pues como advierte Marcos Becerro JF (Internet) el estilo de vida "moderno" y la sociedad de consumo se caracterizan por una desmesurada competitividad, lo que provoca una enorme tensión (estrés). Los elementos que determinan el estilo de vida actual son: tabaco, alcohol, drogas, obesidad, estrés, sedentarismo y la mala alimentación.

Como consecuencia de la problemática que acarrean estos estilos de vida, la sociedad pone sus ojos en la educación física y la alimentación, esperando que a través de sus manifestaciones educativas ayude en el desarrollo de la salud de la persona. Lo que implica que la alimentación, el ejercicio y el deporte deben ser considerados como una forma de cultura y de educación.

La actividad física, realizada a cualquier edad y en la mayoría de las personas sanas acompañada de una dieta equilibrada es beneficiosa para mantener el nivel de salud produciendo los siguientes beneficios: previene: la obesidad, hipertensión, diabetes, estrés, cáncer, osteoporosis, enfermedades mentales, envejecimiento.

Unos hábitos de alimentación sana y actividad física, implica estilos de vida saludables, alejados de comportamientos insanos como el consumo de tóxicos, malas costumbres alimenticias y del sedentarismo. La actividad física y la alimentación son conductas básicas que están presentes a lo largo de toda la vida de la persona, es por ello que cuentan con un mayor número de investigaciones que evidencian la conexión que poseen con efectos positivos sobre la salud y la calidad de vida.

Cabe aquí destacar que la obesidad en EE UU que ha recibido el calificativo de "una de las plagas del siglo XXI" ha sido causa de un estudio realizado en 2003, dicha investigación señala que el 65% de los estadounidenses tienen un sobrepeso excesivo. Este problema no solo afecta a la sociedad americana, también en España comienza a darse unos niveles de obesidad preocupantes.

Esta problemática no puede pasar desapercibida en los planteamientos educativos. En este sentido, hay que subrayar que unos de los propósitos más importante de la educación física es el desarrollo de actitudes positivas hacia el ejercicio físico, que den como resultado la interiorización por parte de la persona de hábitos deportivos saludables que duren toda la vida de la persona.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Almond L. Rethinking health-related physical education. En: M. Piéron y M.A. González Valeiro (eds.). *Diez Años de Conferencias Académicas "José María Cagigal"* La Coruña. Universidad da Coruña. 2000: pp. 167-185.
- Costa M, López E. *Educación para la Salud*, Madrid. Pirámide. 1996.
- De Bourdeaudhuij I, Bouckaert J. *Samenleving & Sport. Fysieke activiteit en gezondheid* Brussel. Konink Boudewijnstichting. 2000.
- Dennis R. Williams W, Giangreco M, Cloninger Ch. Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad, *Siglo Cero*; 1994;25: 155, pp. 5-18.
- Felce D, Perry J. Quality of life: It's definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 1995: Vol. 16, nº, pp. 51-74
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ministerio de Salud de Colombia. *Manual de procedimientos para la prestación de servicios de atención al adolescente*. Bogotá. Autor. 1992.
- García Martínez A, Escarbajal de Haro A. Educación para la salud en la perspectiva del bienestar. En: Sáez, j. (ed.) *Transformando los contextos sociales: La educación a favor de la democracia*. Murcia, D.M. Editor, 1997:119-134.
- García Pérez J. *Entrenamiento ansiedad*. 2006: Pág:http://www.pulevasalud.com/subcategoríajhtml?ID_CATEGORÍA=2533&RUTA=1-...

- Gómez-Vela M, Sabeh EN. *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. 2005: Pág: <http://www3.usal.es>
- Hernando Sanz M^a A. Calidad de vida, Educación Física y Salud. En *Revista Española de Pedagogía*, n° 235. 2006:453-463
- Kitts. 1994. En: Menéndez Patterson (ed.). *Alimentación consumo y salud*. Madrid. Fundación la Caixa. 2008.
- Marcos Becerro JF. *Calidad de vida, ejercicio y salud*. 2005: Pag: <http://www.chasque.net>
- Mendoza et al. Conductas de los escolares españoles relacionados con la salud. (1986-1990) Madrid. CSIC. 1994.
- Menendez Patterson M^aA. Avances científicos en nutrición y alimentación. En: Díaz Méndez C, Gómez Benito C. (eds.). *Alimentación consumo y salud*. Barcelona. Fundación la Caixa. 2008.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios*. Madrid. MSC. 2000.
- Molna G. Calidad de vida, ejercicio y salud. 2005: Pág: <http://www.chasque.net>.
- OMS. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa. OMS. 1986.
- OMS. *Promoción de la Salud de la juventud Europea. La Educación para la Salud en el ámbito educativo*. Ginebra.OMS. 1995.
- OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra. OMS. 2002.
- OMS. 54° Asamblea Mundial de Salud. *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra. 2004.
- Pastor et al. *Estilos de vida: Una revisión*. Tesis de licenciatura. Valencia. Universidad de Valencia. 1995.
- Peña Calvo JV. *Modelo Político-Modelo Educativo. Pedagogía de la democracia*. Oviedo. Servicios y Publicaciones de la Universidad de Oviedo, 1989.
- Perea Quesada R. *Educación para la salud y actividad física*. Madrid. UNED. 2000.
- Piéron M, Vrijens J. *Livre blanc sur la condition physique des jeunes en Belgique*. Bruxelles. Fondation Roi Baudouin et Comité Olimpique Interfédéral Belge. 1991.
- Serrano MI. *La educación para el siglo XXI*. Madrid. Díaz de Santos.
- Vázquez Gómez B. Bases teóricas de la educación física. En: *Educación para la salud y actividad física*. Madrid. UNED. 2000.
- Vázquez Gómez G. *Educación y calidad de vida*. Madrid. Editorial Complutense. 2001.

4

Necesidades e intervenciones en promoción y educación para la salud

M^a Rosario Limón Mendizábal

INTRODUCCIÓN. EL HOMBRE: UNA REALIDAD BIOLÓGICA, SOCIAL Y CULTURAL. EL CONCEPTO "HOLÍSTICO" DE SALUD. DETERMINANTES DE LA SALUD. MODELO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

Los avances científicos y tecnológicos conseguidos durante los últimos años no han conseguido hacer frente a las llamadas enfermedades "del progreso". Entre estas enfermedades de la civilización tenemos: el cáncer por causas ambientales, los fallecimientos relacionados con el hábito de fumar, el alcoholismo, los accidentes de circulación, laborales y del hogar, la drogadicción y uso abusivo de medicinas, las enfermedades mentales y el SIDA.

Todas ellas están claramente asociadas a los estilos de vida y a los factores medio-ambientales. Esto ha originado un interés creciente hacia la promoción y educación para la salud y hacia el estudio de los factores condicionantes de ésta.

Al mismo tiempo que ha evolucionado la patología, también lo ha hecho el concepto de salud, que ha dejado de ser considerado como la ausencia de enfermedad para adquirir un significado holístico, integrador, a pesar de la dificultad que entraña encontrar una definición aceptada por todos, ya que la salud tiene innumerables variables que pueden afectar al hombre en cualquiera de sus dimensiones: física, psicológica, social o espiritual.

Los factores que condicionan la salud, el bienestar de las personas son de diversa índole: económica, educativa, política, ambiental, sanitaria, social, cultural, etc.

Señalan los profesores Sáez Crespo, Arroyo y del Rey (2006:3) que las principales causas de mortalidad, enfermedad e invalidez pueden reducirse previniendo las seis categorías de conductas de riesgo que comienzan en la edad escolar:

- El uso del tabaco.
- Las conductas que producen accidentes y violencia.
- El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas.
- La dieta inadecuada.
- El sedentarismo.
- La conducta sexual que conduce al embarazo precoz y enfermedades de transmisión sexual.

Dentro del contexto de la promoción de la salud, ésta ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Asimismo, la salud no está exclusivamente ligada al saber de la Medicina. Los sanitarios poseen una parte importante de ese saber, pero no el único. Los determinantes de la salud nos amplían no solo las ciencias que pueden contribuir a ésta sino también los campos de acción en educación para la salud en la sociedad actual. Cada vez están adquiriendo más protagonismo los profesionales expertos en "Pedagogía de la Salud".

El modelo de asistencia sanitaria centrado en un modelo biomédico ha dado paso a un modelo de colaboración intersectorial de salud.

■ EL HOMBRE: UNA REALIDAD BIOLÓGICA, SOCIAL Y CULTURAL

El hombre es una "realidad sistémica" fruto de la organización de sus posibilidades biológicas, psíquicas, culturales y sociales. Hay que comprender y aceptar la realidad global biopsicosociocultural de la persona humana.

Como dice Paulo Freire (1921-1997), pedagogo brasileño, que trabajó en el concepto de Educación Liberadora, el hombre no es solamente un ser biológico, sino que también es:

- Un ser histórico.
- Un ser de relaciones.

- Un ser que se hace en la acción.
- Un ser de comunicación.
- Un ser en el mundo y con el mundo.
- Un ser en devenir.
- Un ser de la búsqueda permanente.

Señala Freire (1972:81) en su obra "La educación como práctica de la libertad" que "ninguna acción educativa puede prescindir de una reflexión sobre el hombre y de un análisis sobre sus condiciones culturales, sobre el medio concreto de aquél al que queremos ayudar a educar. De lo contrario, se puede correr el riesgo de convertir a este hombre en un objeto al que se manipula como si fuera una cosa. Y la vocación antropológica del hombre es ser sujeto y no objeto".

Por ello, Freire piensa que es necesario conocer los problemas que afectan vitalmente al hombre, problemas como vivienda, trabajo, ocio, analfabetismo, pobreza, etc., ya que toda pedagogía que pretenda educar al hombre, tiene que partir de los problemas que le acucian. Para que la educación sea válida, debe tener siempre en cuenta:

- la vocación del hombre a ser sujeto,
- las condiciones en las que vive.

Gran parte de las diferencias de salud entre los distintos grupos de la sociedad (incluyendo las que hay entre hombres y mujeres) no se deben a cuestiones biológicas, sino que están implicados otros factores. Por ejemplo, debido a su falta de recursos, los grupos sociales más pobres casi no tienen otra alternativa que vivir en hogares peligrosos y hacinados, aceptan trabajos sucios y de alta accidentabilidad o sufren frecuentemente periodos de desempleo. Estos grupos son muy vulnerables a la mala salud. Y las altas tasas de ésta que resultan de tales factores son claramente injustas.

El Informe sobre el Desarrollo Mundial (2004) pone a los pobres en el centro de la prestación de servicios: "Con demasiada frecuencia los servicios le fallan a la gente pobre". Este informe se centra en aquellos servicios que tienen el vínculo más directo con el desarrollo humano —educación, salud, agua, saneamiento y electricidad— y, especialmente, en busca de medios para hacer que funcionen para los pobres.

En la Tabla 4.1 se pone de manifiesto que en el año 2015 el porcentaje de población que vivirá con menos de 1,25\$ al día será del 15,5%, a excepción de Sur Asiático, India y África Subsahariana. Asimismo, para este mismo año, la tendencia de todos los países en vías de desarrollo que subsistirá con menos de 2\$ al día irá decreciendo, llegando a ser menos del 20% de la población (exceptuando el Sur Asiático, India y África Subsahariana que superarán el 50% de la población).

Tabla 4.1. Población por debajo de los límites internacionales de pobreza.

País/Zona	1990		2005		2015	
	Población (millones)	%	Población (millones)	%	Población (millones)	%
Población que vive con menos de 1,25\$ al día						
Este Asiático y Pacífico	873,3	54,7	316,2	16,8	137,6	6,8
China	683,2	60,2	207,7	15,9	84,3	6,1
Europa y Asia Central	9,1	2,0	17,3	3,7	9,8	2,2
Latino América y Caribe	49,6	11,3	45,1	8,2	30,6	5,0
Medio Este y Norte de África	9,7	4,3	11,0	3,6	8,8	2,5
Sur Asiático	579,2	51,7	595,6	40,3	403,9	23,8
India	435,5	51,3	455,8	41,6	313,2	25,4
África Subsahariana	297,5	57,6	388,4	50,9	356,4	37,1
TOTAL	1.818,5	41,7	1373,5	25,2	947,2	15,5
Población que vive con menos de 2\$ al día						
Este Asiático y Pacífico	1.273,7	79,8	728,7	38,7	438,0	21,6
China	960,8	84,6	473,7	36,3	260,9	18,9
Europa y Asia Central	31,9	6,9	41,9	8,9	26,7	6,0
Latinoamérica y Caribe	86,3	19,7	91,3	16,6	72,4	11,8

(Continúa)

(Continuación)

Medio Este y Norte de África	44,4	19,7	51,5	16,9	33,3	9,3
Sur Asiático	926,0	82,7	1.91,5	73,9	959,5	56,6
India	701,6	82,6	827,7	75,6	714,5	57,9
África Subsahariana	393,6	76,2	556,7	73,0	585,0	60,8
TOTAL	2.755,9	63,2	2.561,5	47,0	2.115,0	34,6

Fuente: *Global Economic Prospects* 2009. Banco Mundial (p.47)

Por ello, al analizar los determinantes de la salud no podemos olvidar, como nos dice Freire, que *el hombre es un ser histórico*, es un ser de raíces —temporales y espaciales—. Vive en una sociedad concreta y en un tiempo determinado que irremisiblemente va a condicionarlo. Es un ser que viene desarrollándose como un proceso complejo del pasado, que está en el presente, pero que se proyecta hacia el futuro.

Características de la sociedad actual

Si analizamos algunas de las características de la sociedad actual, nos encontramos con una sociedad que se caracteriza por:

El desplazamiento en gran escala de la población hacia las ciudades

Este proceso que comenzó en Europa con la industrialización, ha pasado a ser un fenómeno mundial. El actual crecimiento rápido de las zonas urbanas está impulsado por la búsqueda de empleo, los cambios en las prácticas de producción y comercialización, los efectos directos e indirectos de las políticas de desarrollo y la búsqueda de un mejor modo de vida. En el año 2010, la mayor parte de la población del mundo vivirá en ciudades grandes o medianas y el medio urbano desempeñará una parte primordial en la determinación de su estado de salud.

Un efecto de ese crecimiento consiste en que las poblaciones de ciertas ciudades de los países en desarrollo van a ser extremadamente numerosas. Figuran entre ellas México D.F. (32 millones), São Paulo (26 millones), Bombay, Calcuta, Yakarta y Río de Janeiro (más de 16 millones cada una), El Cairo, Manila y Seul (12 millones).

En muchos países, la población urbana ha rebasado el rendimiento sostenible de las tierras, los bosques y los sistemas hídricos que les rodean, con los efectos consiguientes en la degradación ambiental, el descenso de la producción agrícola, las llamadas catástrofes naturales, la escasez del agua para la bebida y el saneamiento y la mayor escasez de tierras. El resultado es la pobreza y la mala salud, que afectan tanto a las poblaciones urbanas como a las rurales.

En muchas ciudades existen amplias diferencias en la salud entre las distintas zonas. En el libro *La crisis de la salud en las ciudades*, en donde se recogen las discusiones técnicas sobre este tema, celebradas en la 44ª Asamblea Mundial de la Salud (1991), se dice que: "La crisis urbana está ejerciendo un efecto en la salud por lo menos tan grande como cualquiera de los conocidos jefes del ejército de la muerte: el paludismo, la tuberculosis, las enfermedades coronarias o el cáncer. La migración rápida a las ciudades conduce a menudo a la disgregación de las familias y de las redes sociales de apoyo. Esto a su vez es un factor primordial en la aparición de dos pandemias en continuado aumento, el SIDA y el abuso de drogas y en la alta prevalencia de enfermedades mentales" (1994:X).

Las sociedades multiculturales: la inmigración

Los movimientos migratorios han aumentado en nuestro país con una celeridad muy superior a otros países de la Unión Europea. En el Padrón de enero de 2008 se indica que la población total de España es de 46.063.511 habitantes, siendo el 11,29% extranjeros (5.200.000 habitantes).

Señalan Molina y Cabra (2006:74-75) que las condiciones en las que llegan y viven muchos inmigrantes conlleva diferentes niveles de desigualdad social respecto al conjunto de la población española. Por un lado, porque deben afrontar situaciones difíciles y distintas en todos los ámbitos de su vida personal, social y laboral (hábitos de salud, condiciones laborales, códigos lingüísticos, estilos de relación interpersonal, valores, etc.). En segundo lugar, el estado de irregularidad de muchos de ellos facilita la situación de exclusión social, contribuyendo al aumento de las desigualdades sociales que inciden claramente en la salud (mayor probabilidad de ciertos problemas de salud, mayor riesgo de conductas no saludables, dificultad de acceso a la educación y a los servicios de atención sanitaria, nivel educativo, etc.).

La actuación educativa para la salud debe adecuarse a los contextos, poblaciones y necesidades emergentes. La realidad multicultural es un hecho que requiere nuevos enfoques y modelos de intervención. Es necesaria una perspectiva transcultural (que llegue a toda la población por igual, contemplando el derecho a la educación y a la salud), e intercultural, que favorezca la interrelación y el enriquecimiento cultural mutuo a partir de la diversidad, como una oportunidad y no como un problema.

El aumento de la población a nivel mundial

Es otra de las características de comienzos de este siglo; pero especialmente en las sociedades más desarrolladas, uno de los fenómenos más importantes es el *envejecimiento de la población*. El envejecimiento, la vejez, la longevidad, son fenómenos nuevos de la sociedad actual. Cada vez hay más seres humanos que completan un ciclo de vida más largo (Tablas 4.2 y 4.3).

Tabla 4.2. Evolución de la esperanza de vida al nacer en años, según sexo.
(España 1960-2005).

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Ambos sexos	69,9	72,4	75,6	77,0	78,7	80,23
Hombres	67,4	69,6	72,5	73,4	75,4	76,96
Mujeres	72,2	75,1	78,6	80,6	82,7	83,48

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) 2007.

Tabla 4.3. Países con más de 10 millones de habitantes (en 2002) con la mayor proporción de personas por encima de los 60 años de edad.

2002		2025	
Italia	24,5 %	Japón	35,1 %
Japón	24,3 %	Italia	34,0 %
Alemania	24,0 %	Alemania	33,2 %
Grecia	23,9 %	Grecia	31,6 %
Bélgica	22,3 %	España	31,4 %
España	22,1 %	Bélgica	31,2 %
Portugal	21,1 %	Reino Unido	29,4 %
Reino Unido	20,8 %	Países Bajos	29,4 %
Ucrania	20,7 %	Francia	28,7 %
Francia	20,5 %	Canadá	27,9 %

Fuente: Naciones Unidas, 2001.

La movilidad de empleo y el paro laboral

Son características de la sociedad actual. Nos encontramos, hoy día, con personas que debido a la crisis económica, abandonan el mundo del trabajo a los 52 o 54 años, y esto en una sociedad en la que hemos sido principalmente educados para trabajar y no para ocupar el tiempo libre de forma creativa. ¡Cuántas personas abandonan el mundo laboral y surgen depresiones... e incluso suicidios! (Figura 4.1.)

El mundo laboral, en la actualidad, lleva a muchas personas, especialmente jóvenes y mujeres, a no tener un trabajo estable, seguro y esto repercute muchas veces en la persona humana y en su salud.

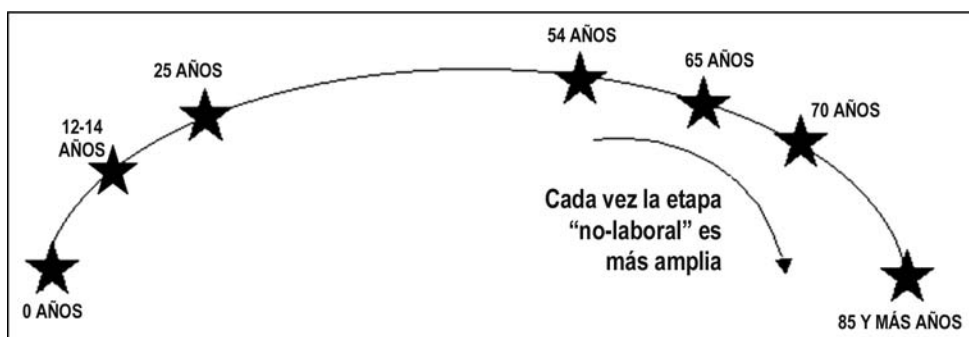


Figura 4.1. Movilidad de empleo y salida del mercado laboral.

Sociedad competitiva y estresante

Vivimos en una sociedad donde la competitividad es máxima, una sociedad en la que el *estrés* es una palabra que parece afectar a casi todos hoy en día (se habla de estrés del ejecutivo, el estrés del ama de casa, el estrés del enfermo) y de la que no se salvan ni los más pequeños.

Recientes estudios han puesto de manifiesto que la falta de horas de sueño, una mala organización de sus horarios y hábitos de comidas, las largas jornadas escolares llenas de actividades "extra", la carencia de tiempo de juego y diversión, etc., provoca en los niños algo muy similar al estrés de los mayores, por ejemplo, los pequeños pueden encontrarse decaídos, con fatiga generalizada, irritables, propensos a llorar con facilidad, con dolores de cabeza, vómitos, etc.

También la calidad de los espermatozoides de los hombres actuales parece haber descendido espectacularmente. Y no solo su calidad, sino también su cantidad —según estudios de la OMS el 33% de las infertilidades existentes se deben a problemas masculinos relacionados con la escasez, poca movilidad o deformaciones de sus espermatozoides—.

Esta bajada general se explica en función de unos nuevos hábitos de vida que afectan al hombre moderno quien se ve sometido a la tensión laboral, a la contaminación ambiental, a unos hábitos alimentarios completamente inadecuados y a los efectos del estrés en todos sus ámbitos.

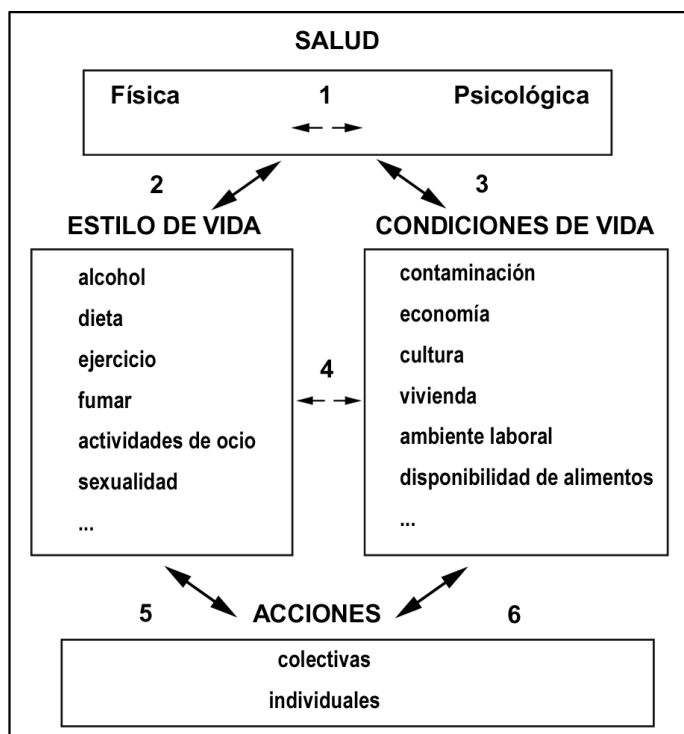
Todas estas características y otras más (de la sociedad actual), son necesarias tenerlas presentes, conocerlas, porque pueden condicionar a la persona y a su salud. No se puede llevar a cabo una educación para la salud, nos diría Freire, si no hundimos nuestra reflexión en la tierra que el hombre habita y no nos situamos en el tiempo que le ha tocado vivir (Figura 4.2).



Figura 4.2. Características de la sociedad actual.

EL CONCEPTO "HOLÍSTICO" DE SALUD

La Promoción y Educación para la Salud debe partir de un concepto holístico de salud. La noción de "holismo" abarca dos tipos de globalidad: a saber, contempla a la persona *como un todo y en un todo*. En otras palabras, contempla "al individuo en su totalidad, en su entorno global". La Figura 4.3, diseñada por Bruun Jensen (1994:15) ilustra este concepto: los elementos fundamentales son las seis flechas. Cada flecha indica una influencia determinada.



Fuente: Jensen 1994.

Figura 4.3. Concepto holístico de salud

La flecha de la casilla superior, "Salud", hace referencia a la consideración de la persona *como un todo*. Cuando se trabaja con la salud de las personas, se pone el acento tanto en la dimensión física como en la psicológica (incluidos los aspectos mentales y sociales).

La flecha apunta en ambas direcciones, ya que los aspectos físicos y psicológicos no pueden percibirse aisladamente, sino que, por el contrario, tienen que ser tratados como estrechamente interrelacionados. Por ejemplo, un desequilibrio psicológico (como el estrés) incrementará el riesgo de infección, mientras que el bienestar físico y el placer aumenta la resistencia a la enfermedad. Esta es la primera dimensión del concepto holístico. Considerar a la persona como un todo.

Las flechas de las dos casillas verticales tienen que ver con el hecho de considerar a la persona en un *todo*. En otras palabras, tienen que ver con los aspectos que afectan a la salud. Las dos casillas incluyen las dos dimensiones: "Estilo de vida" y "Condiciones de vida".

Las flechas de estas dos casillas y la que apunta a la casilla superior indican que la salud puede verse afectada por el estilo de vida y por las condiciones de vida.

Si queremos entender el desarrollo del proceso de la salud, deben contemplarse ambas dimensiones. Además, los efectos de ambas dimensiones pueden influir tanto en la dimensión física de la salud, como en su dimensión psicológica. Esta es la segunda dimensión del concepto holístico: *considerar a la persona en un todo*.

La idea del estilo de vida comprende nuestras actitudes y valores, así como nuestra conducta en áreas tales como el ejercicio, la dieta, el tabaco, el alcohol y la sexualidad. El término "condiciones de vida" abarca tanto el ambiente social y físico como el cultural, así como las estructuras económicas que afectan a la vida de las personas.

La flecha número 4 que va desde "Condiciones de vida" a "Estilo de vida" indica que el estilo de vida no es un vago concepto que remite a algo que puede ser modificado voluntariamente, sino que, por el contrario, el estilo de vida se desarrolla en estrecha interacción con las condiciones de vida. Así lo expresa el documento de la OMS, *Prácticas saludables para todos*: "... el estilo de vida no es una simple decisión individual... Existen límites a las opciones abiertas al individuo, límites impuestos por el medio social y cultural y por los medios económicos " (OMS, *Salud para todos*).

El ambiente circundante influye en la salud de dos formas que, en principio, parecen diferentes. De una forma directa (flecha nº 3), cuando, por ejemplo, la contaminación atmosférica provoca un aumento de las enfermedades y reduce la calidad de vida en las áreas urbanas. Pero se convierte en un medio indirecto cuando, por ejemplo, un trabajo estresante merma toda la energía que debería emplearse en cambiar la conducta, con vistas a introducir nuevas formas de promover la salud, o cuando las influencias económicas afectan a la elección de alimento.

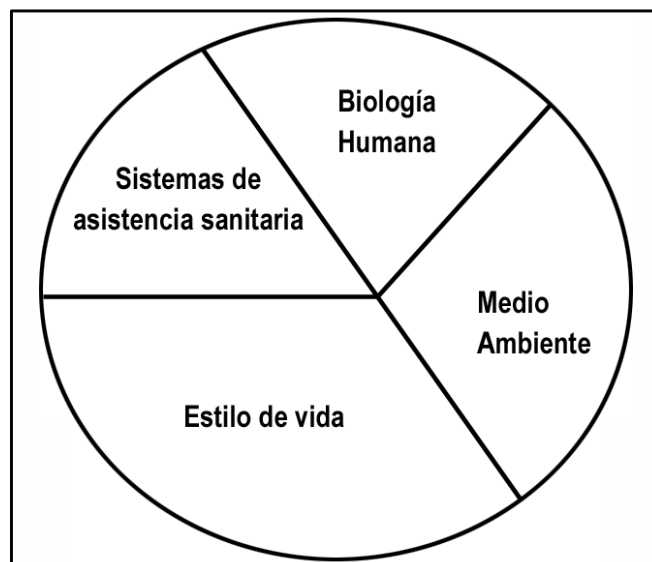
Las flechas que van de "Acción" a "Estilo de vida" indican la necesidad de introducir en la escuela o en cualquier otra institución, un trabajo sistemático para la exploración de las posibilidades de acción con respecto al estilo de vida y a las condiciones de vida.

En este sentido, es básico por una parte, que las personas sepan que las condiciones sociales y vitales afectan a las posibilidades de acción inmediata y, por otra, que sean conscientes de que ellas pueden ayudar a cambiarlas.

DETERMINANTES DE LA SALUD

Informe Lalonde

Lalonde, Ministro de Sanidad del Canadá en el año 1974, publicó un Informe, *A new perspective on the health of Canadians*, (trabajo clásico de medicina preventiva) en el que clasifica los determinantes de la salud en cuatro grupos (Figura 4.4):



Fuente: Lalonde, 1974

Figura 4.4. Determinantes de la salud.

- *La biología humana* (envejecimiento, herencia genética).
- *El medio ambiente físico y social* (contaminación, pobreza, marginación...).
- *El estilo de vida* (consumo de drogas, ejercicio físico, alimentación...).
- *El sistema de asistencia sanitaria* (calidad y accesibilidad...).

Estos cuatro factores están interrelacionados y condicionan la salud, modificándola en sentido favorable o desfavorable. En este Informe, Lalonde aprecia el efecto relativo que cada uno de los cuatro *clusters* de determinantes tiene sobre la salud.

En la Tabla 3.4, Matarazzo expone las diez causas principales de muerte en los Estados Unidos y los principales factores de riesgo de estas; aunque se trata de una investigación realizada hace ya 25 años, pensamos que es interesante la presentación de su resultado, ya que sigue vigente en la actualidad. El control sobre los factores de riesgo (la hipertensión, el consumo de alcohol y tabaco, la obesidad, el estrés, etc.) dependen del ambiente, pero también de otras muchas variables individuales. Los hábitos personales y el peculiar estilo de vida constituyen el principal sustrato en el que hunden sus raíces estos factores de riesgo, sin cuyo control resulta imposible, en la práctica, la prevención de las diez enfermedades principales que causan la muerte en el hombre de nuestro tiempo.

Tabla 4.4. Causas principales de muerte y factores de riesgo asociados en EE UU (Matarazzo, 1984).

CAUSAS	% DE MUERTES	FACTORES DE RIESGO
Enfermedad cardíaca	37,8	Fumar*, hipertensión*, colesterol*, dieta alimentaria, ausencia de ejercicio físico, diabetes, estrés, antecedentes familiares.
Neoplasias malignas	20,4	Fumar*, ambiente laboral contaminado*, contaminación ambiental, alcohol, dieta alimentaria.
Ataque fulminante	9,6	Hipertensión*, fumar*, colesterol*, estrés
Accidentes (se excluyen los de tráfico)	2,8	Alcohol*, abuso de drogas, fumar (fuego), diseño del producto, disponibilidad de armas de fuego.
Neumonía	2,7	Fumar, ausencia de vacunación*.
Accidentes de tráfico	2,6	Alcohol*, no empleo de cinturones de seguridad*, exceso de velocidad*, mal trazado de las carreteras, fallos de vehículo.
Diabetes	1,7	Obesidad*
Cirrosis hepática	1,6	Abuso de alcohol*
Arterioesclerosis	1,5	Colesterol*
Suicidio	1,5	Estrés*, abuso de alcohol y drogas, disponibilidad de armas de fuego
* Principal factor de riesgo		

Aparte de su magnitud, estas enfermedades crónicas cumplen criterios de vulnerabilidad, ya que muchas de ellas comparten varios factores de riesgo, con lo que en teoría las intervenciones dirigidas a la prevención primaria de las mismas podrían ser altamente eficientes. Factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la hipertensión arterial, la alimentación inadecuada, la obesidad o la inactividad física son comunes a muchas de estas enfermedades. Según el Instituto de Estudios del Azúcar y la Remolacha (IEDAR), dos de los principales factores de

riesgo, con mayor influencia negativa en las patologías crónicas, son el sedentarismo y la alimentación inadecuada¹.

Hoy en día el sedentarismo es una epidemia en todo el mundo. Las principales autoridades sanitarias son conscientes de la relación entre la vida inactiva y varias enfermedades y desórdenes físicos y mentales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) confirma que realizar actividad física de forma regular es uno de los principales componentes en la prevención del creciente aumento de enfermedades crónicas.

En la Tabla 4.5 se recogen algunas de las principales causas de muerte en España en 2007.

Tabla 4.5. Causas principales de muerte en España (2007).

CAUSAS	Nº	%
Enfermedades cardiovasculares	124.126	32,21
Cáncer / Tumores	103.329	26,81
Enfermedades respiratorias	44.029	11,42
Accidentes	3.811	0,99
Suicidio	3.263	0,85
SIDA	1.313	0,34
Otras	105.490	27,38
Total	385.361	100

En el año 2007 se produjeron en España 385.361 defunciones. Por grupos, las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de muerte en 2007, con 124.126 muertes, seguidas de los tumores, con 103.329 fallecimientos, y las afecciones del sistema respiratorio, que en 2007 causaron 44.029 fallecimientos (el 11,4% más que en 2006)².

Por sexos, en 2007 fallecieron 184.225 mujeres, principalmente por enfermedades cerebrovasculares (18.964 defunciones), tumores malignos (el cáncer de mama fue el mayor con 5.983 fallecimientos, seguido del cáncer de colon, que causó 4.493 muertes). Además, el cáncer de bronquios y pulmón siguió creciendo y causó la muerte de 2.797 mujeres. Otra de las causas de mortalidad más frecuentes en mujeres

¹ *Actividad Física. Factor clave en la prevención de la obesidad* (p. 3).

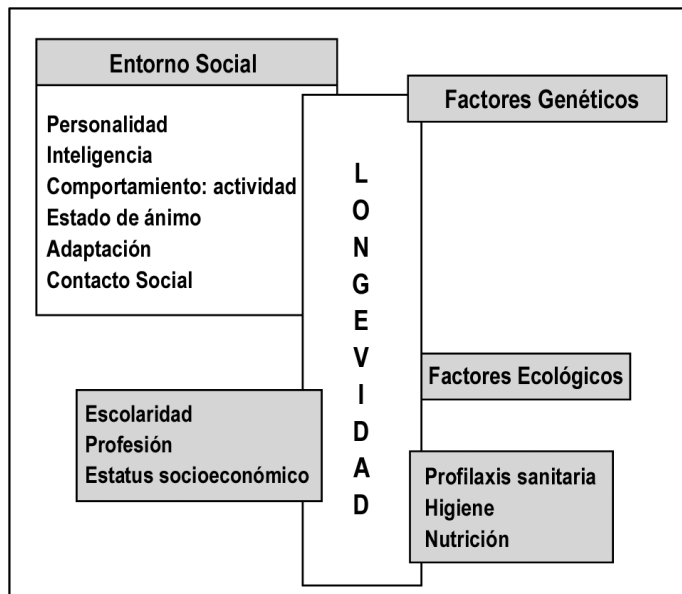
² INE: Informe *Defunciones según la Causa de Muerte 2007*..

que en hombres, es el Alzheimer con 6.971 fallecidas, la enfermedad hipertensiva (4.958 muertas) y el cáncer de páncreas (2.294 fallecidas).

En 2007 fallecieron 201.136 varones principalmente por enfermedades isquémicas del corazón (21.248 fallecidos), cáncer de bronquios y pulmón (17.178 defunciones), cáncer de colon (5.916 fallecidos) y de próstata (5.584).

Las causas de muerte más frecuentes en los varones que no aparecieron entre las más habituales de las mujeres fueron el cáncer de vejiga con 3.755 muertos, la cirrosis hepática (3.185) y el cáncer de hígado (3.028).

Se ha calculado que en la situación actual de la Humanidad, el efecto que produce el vivir una "*vida sana*", es decir, vida sin riesgos, es tan importante que influye notablemente en la producción de una mejor "*esperanza de vida*": Las personas que adoptan rigurosamente el "*modo de vida sano*" alcanzan a aumentar sus años de vida (longevidad) en 30% a 40% de la longevidad actual; los que hacen lo contrario, adoptando "*modos de vida riesgosos*" pierden años de vivir en relación a la cantidad y calidad de los riesgos (H. San Martín, 1997:25).



Fuente: Ursula Lehr, 1980

Figura 4.5. Factores que intervienen en la longevidad

Hoy sabemos, por ejemplo, que en el proceso del *envejecimiento humano* intervienen los genes que controlan la longevidad; el ambiente ecológico en el que vivimos, el ambiente social y cultural en que nos desarrollamos y vivimos; los modos de vida individuales y colectivos; el conocimiento del organismo humano y de sus

necesidades (alimentación, ejercicios, riesgos existentes, etc.) por cada individuo, factores que se combinan desigualmente en relación a las culturas humanas.

Con respecto a esta cuestión, Úrsula Lehr (1980), investigadora sobre las personas mayores, encontró varios factores asociados a una supervivencia más larga (Figura 4.5). Uno de los aspectos es, precisamente, la importancia en la vejez de la existencia de estados de ánimo positivos, los contactos sociales, la actividad, que ponen de manifiesto la importancia de una educación social para la vejez. José Luis Vega y Belén Bueno en *Desarrollo adulto y Envejecimiento* señalan, también, la importancia de estos factores (1995: 61) y ponen de manifiesto que la longevidad sería una característica de las personas que superan la expectativa media de vida de su población. (En este momento pueden considerarse longevas en España aquellas personas que viven más de 80 años).

San Martín, Pastor y Aldeguer (1990), ofrecen una serie de recomendaciones para prolongar la longevidad individual. Recomendaciones que plantean la necesidad de una educación integral a lo largo de toda la vida y, especialmente, en esta etapa:

- *Actitud optimista ante la vida* y consideración de la muerte como un fenómeno normal (eliminando con ello el temor a morir).
- *Mantener un tipo de trabajo útil*, que le satisfaga tanto material como "espiritualmente".
- *Evitar la vida sedentaria*. Realizar ejercicios variados y adecuados a la edad y al estado de salud. Para estos autores los mejores ejercicios, por ejemplo, para las personas mayores, son: *la marcha a pie*, la bicicleta, la carrera suave a pie, *la gimnasia*, y *la natación*.
- *Mantener una permanente actividad intelectual*, a través de la lectura, la visita a museos, exposiciones, el estudio, etc.
- *Evitar las tensiones emocionales, las angustias y el estrés sostenidos*. Este último favorece el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cánceres y la mortalidad general.
- *Evitar todo tipo de radiaciones*, tanto las naturales como las artificiales.
- *Evitar la obesidad*, es importante mantener el peso que corresponde, incluso algo más bajo del peso normal (hasta un 10 a 15%).
- *La alimentación debe ser hipocalórica* (de 1.500 a 2.000 calorías al día) y *equilibrada* en cantidad y calidad; *los alimentos deben ser frescos y naturales*, y hay que suprimir las conservas (contienen demasiada sal común).
- *Evitar el tabaco, las bebidas alcohólicas y las drogas*, así como también *el exceso de medicamentos*. Existe relación causal entre el hábito de fumar tabaco y el cáncer de pulmón, angina de pecho, enfermedades leucémicas y mortalidad por cardiopatía isquémica. Además, acorta la vida (la esperanza de vida disminuye en más de ocho años en los individuos que fuman dos o más cajas de cigarrillos al día, y esta relación aumenta a medida que se fuma más).

En cuanto al *alcohol*, entre otros efectos negativos, estos autores hacen hincapié en que el aporte de calorías de éste no tiene ningún efecto en el nivel nutricional, y lo único que consigue es aumentar el aporte calórico *favoreciendo una aceleración del proceso de envejecimiento*.

- Evitar los accidentes, tanto caseros, como laborales, o los que se producen en el exterior, en especial, los de tráfico.
- Realizar un *control médico de la salud* una vez al año, y cada seis meses en los ancianos; control que incluya un examen biológico, funcional, mental y de autonomía.

Si, como parece, las conclusiones de Lalonde siguen vigentes, a pesar de las transformaciones que han experimentado en los últimos años los patrones de enfermedad, asociada esta transformación como es bien conocido a los cambios demográficos (la pirámide de edades ha engrosado en sus últimos tramos), a la mejora de las condiciones sanitarias e higiénicas y al crecimiento de las situaciones de riesgo (tráfico, por ejemplo), y a pesar también del avance de los conocimientos científicos y tecnológicos y del mayor énfasis que se está poniendo en la atención primaria y en la medicina preventiva (cuyo impacto fundamental debe producirse sobre los estilos de vida), no cabe dudar, razonablemente, del crucial valor que le corresponde a la educación en los programas dirigidos a generar estados de salud más satisfactorios.

La acción educativa, para que llegue a ser efectiva, es necesario que repercuta no solo en los "estilos de vida" y en el "medio social y físico", sino también en el propio "sistema de asistencia sanitaria", que ha de hacer uso, tanto en medicina preventiva como curativa, de las posibilidades que ofrecen los recursos pedagógicos para mejorar las condiciones individuales y sociales de salud.

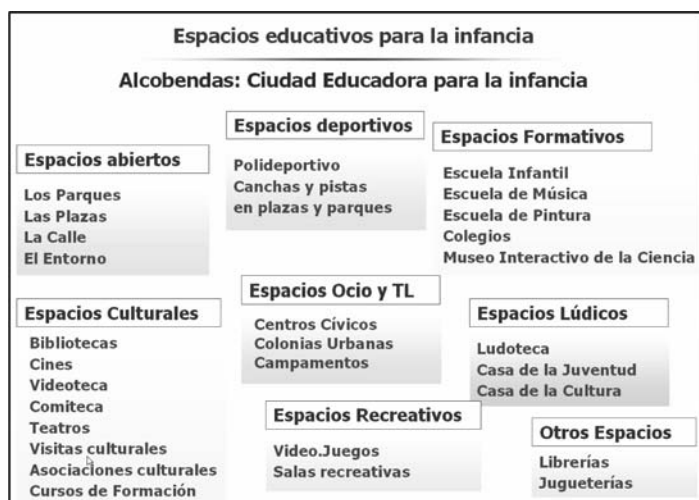
Los *cinco grandes campos de acción* de la promoción y educación para la salud son:

- Ámbito familiar.
- Ámbito escolar.
- Ámbito laboral.
- Ámbito sanitario.
- Ámbito comunitario.

Estos campos de actuación no son compartimentos estancos, sino que se complementan e interrelacionan entre sí. *La salud se construye en los diferentes ámbitos donde la gente vive, trabaja, juega, se divierte y se cura*. Así, por ejemplo, tanto el escolar como el trabajador se benefician de las experiencias educativas que les proporcionan los programas educativos comunitarios, y lo que el niño aprende en la escuela o el trabajador en la fábrica se difunde también a la comunidad, gracias a la intensa interacción entre las personas.

Los espacios educativos para llevar a cabo una promoción y educación para la salud son cada vez más numerosos en la sociedad actual, si nos centramos, por ejemplo, en el grupo de personas mayores encontramos diversos espacios, entre los que podemos destacar.

- Cursos de preparación a la jubilación.
- Hogar del jubilado/pensionista.
- Centros de mayores.
- Centros de Día.
- Residencias.
- Centros sanitarios.
- Servicios Sociales: El programa de ayuda a domicilio.
- Aulas de Tercera Edad.
- Centros cívicos.
- Escuelas de Adultos.
- Programas universitarios de mayores.
- Los parques.
- Etc.



Fuente: Servicios Sociales. Ayuntamiento de Alcobendas

Figura 4.6. Espacios educativos para la infancia

Estos espacios educativos son espacios profesionales de Educación para la Salud dirigidos a personas mayores. En la Figura 4.6 anterior, presentamos los espacios educativos para la infancia, planteados por la ciudad de Alcobendas (Comunidad de Madrid). Esta ciudad se ha adherido al movimiento de ciudades educadoras, cuyo

primer congreso se celebró en Barcelona y de ahí surgió la *Carta de Ciudades Educadoras* (1990) donde se plantean nuevos espacios de educación y en este sentido podemos considerarlos espacios de promoción y educación para la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)

La constitución de la OMS fue firmada el 22 de julio de 1946 en Nueva York, poniéndose en marcha de forma efectiva el 7 de abril de 1948, fecha escogida desde entonces para celebrar en todo el mundo el *Día Mundial de la Salud*. Esta organización tiene como propósito lograr el grado más alto de salud para todos los pueblos, colaborando mediante sus actividades en la tarea de reorganizar los servicios de salud arrasados en la Segunda Guerra Mundial, y la formación de personal experto en salud. En sus inicios la OMS se enfrentó con numerosas enfermedades consecuencia de la guerra y la asistencia a huérfanos, a minusválidos y refugiados.

La OMS, como organización internacional, coopera y orienta a los Estados Miembros, a través de una red de centros colaboradores y de expertos del máximo nivel. La OMS asocia su esfuerzo a otras organizaciones internacionales, especialmente dependientes de las Naciones Unidas; en este sentido cabría destacar la colaboración permanente con la UNICEF, en todo lo relativo a la salud de los niños, y con la FAO, UNESCO, PNUD, etc.

El cometido de la OMS

En tanto que organización de cooperación, la OMS es la expresión colectiva de los afanes y acciones de todos sus estados miembros en el campo de la salud. España forma parte de ésta desde 1951.

Las principales funciones de la OMS se podrían resumir de la siguiente manera:

- Estimular la supresión de las enfermedades epidémicas y endémicas.
- Favorecer una nutrición suficiente y equilibrada, una vivienda digna; preservar el medio ambiente, mejorar las condiciones de trabajo, así como todos los otros factores de higiene del medio.
- Facilitar la cooperación entre los grupos científicos y profesionales que contribuyen al progreso de la salud.
- Celebrar convenciones y proponer acuerdos internacionales para el progreso de la salud.
- Alentar y guiar la investigación en el campo de la salud.
- Establecer normas internacionales en lo que concierne a los alimentos, productos biológicos y farmacéuticos.

— Ayudar a formar, entre los pueblos, una opinión pública informada en el tema de la salud.

La OMS adquirió una nueva dimensión en 1981, cuando la Asamblea Mundial de la Salud, aprobó por unanimidad la *Estrategia Mundial de la Salud para Todos (SPT)*, recogiendo propuestas de la Conferencia Internacional sobre asistencia primaria celebrada en Alma-Ata. En esquema, se trata de proporcionar a todos los habitantes de la tierra los medios para llevar una vida socialmente y económicamente productiva, basándose en los principios de Atención Primaria de Salud, a saber:

Educación popular en temas de salud, promoción de buenas condiciones alimentarias, saneamiento de agua, protección materno-infantil (incluyendo la planificación familiar), vacunación contra las enfermedades infecciosas, prevención y control contra las endemias locales y suministro de medicamentos esenciales a la población.

La *Salud en la Estrategia SPT* es considerada como una responsabilidad compartida que exige una gran capacidad de iniciativa del individuo, de la familia, de la colectividad y de los poderes públicos. La estrategia global *SPT* requiere estrategias regionales correlativas así como acciones a nivel nacional o subnacional. En este sentido, el Comité Regional Europeo en su 34 sesión (Copenhague 1984), aprobó la *Estrategia Regional Europea de Salud para Todos*, que incluye 38 objetivos.

En la elaboración de esta estrategia, se parte del concepto originario que revela la estrecha y compleja interrelación entre la salud, el desarrollo socioeconómico y la paz.

Estrategia Mundial de la Salud para Todos

Origen de la estrategia *Salud para Todos*

Señala Pedro Caba (1990) que la estrategia "*Salud para Todos*" (Figura 4.7) tiene su origen remoto en el *Primer Programa Europeo* (1952), donde se establecieron premisas para coordinar las políticas sanitarias en el ámbito de Europa. En 1964 se celebró la conferencia sobre la Administración y Gestión de la Salud Pública, y se formuló una normativa sobre desarrollo de la salud a escala mundial.



Figura 4.7. Origen y dinámica de la salud para todos.

La Asamblea Mundial de la Salud de 1977 decidió que el principal objetivo social de los gobiernos de los estados miembros y de la OMS, debería consistir en alcanzar un nivel de salud en el año 2000, en todos los pueblos del mundo, que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva; este gran objetivo fue expresado como *La salud para todos de aquí al año 2000*. En 1978, en la Conferencia Internacional de Alma-Ata, se proclamó que la atención primaria de salud era la base fundamental de una estrategia sanitaria. En 1979, la Asamblea Mundial lanza la Estrategia Mundial de la Salud para Todos suscribiendo plenamente la Declaración de Alma-Ata, e instando a los estados miembros a elaborar individualmente sus estrategias nacionales y, colectivamente, las estrategias regionales y mundiales. En 1980 es aprobada la Estrategia de la Región Europea de SPT. En 1984 y 1990 se revisan objetivos e indicadores de la SPT. España, cuya Ley General de Sanidad se inspira en la Estrategia, publicó en 1990 el Documento de Trabajo "Estrategia de Salud en el año 2000 en España", en donde se recogen los determinantes de la salud.

Principios fundamentales de la salud para todos (SPT)

La Estrategia SPT se inspira en los siguientes *principios fundamentales*:

- La salud hay que considerarla como un derecho básico del ser humano y una meta universal.

- La salud es parte integrante del desarrollo.
- La paz es condición ineludible para la salud.
- Las desigualdades flagrantes en el nivel sanitario de los pueblos deben ser reducidas de forma radical.
- Todos los seres humanos tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y realización de los programas de salud.
- Los Gobiernos son responsables de la atención sanitaria de los ciudadanos.
- Es necesario utilizar de la forma más completa y eficaz los recursos humanos y técnicos para promover la salud y el progreso.

La equidad es el principio fundamental de la Estrategia SPT, cota lejana y utópica en la actualidad, pero asequible, si se moviliza, coordina y racionaliza la utilización de todos los recursos nacionales e internacionales y se fomenta la participación popular en la construcción de su futuro.

Objetivos fundamentales de la Estrategia SPT

El propósito básico de la política de salud es el de mejorar la vida y el bienestar de cada individuo. Esta finalidad puede plantearse en cuatro aspectos:

- Asegurar la igualdad ante la salud, reduciendo las diferencias actuales en materia de salud entre los países y entre las clases sociales en el interior de cada país.
- Añadir vida a los años, garantizando una plena utilización del potencial físico, mental y social de las personas, de manera que puedan disfrutar de una vida sana y satisfactoria.
- Añadir salud a la vida, reduciendo la morbilidad y la incapacidad.
- Añadir años a la vida, prolongando la esperanza de vida y evitando la muerte prematura.

Esta Estrategia de Salud para Todos estaba planteada para ser alcanzada en el año 2000, pero hoy en día se sigue trabajando en ella al no haberse conseguido plenamente. Dicha Estrategia, plantea la reducción efectiva de las diferencias en el estado sanitario entre los países y en las clases sociales. Las desigualdades entre los grupos socioeconómicos son muy grandes, y conllevan diferentes condiciones de vida, trabajo y nivel cultural que se traduce en un aumento de la mortalidad por accidentes, cáncer, enfermedades respiratorias, cardiopatía isquémica y cirrosis hepática entre otras.

En la Estrategia (SPT) se señala que para alcanzar los treinta y ocho objetivos y lograr un estadio positivo de salud, existen unos requisitos previos. Pueden

ser definidos como los pilares básicos en que asienta la Figura 4.8. Sin *paz, justicia social, comida y agua potable suficiente, educación adecuada y vivienda digna*, el magno propósito de la Salud para Todos no se podrá conseguir. Estos prerrequisitos son también recogidos tanto en la Carta de Ottawa (1986), como en la Declaración de Yakarta (1997) y en la Carta de Bangkok (2005), analizadas en el Capítulo 1.

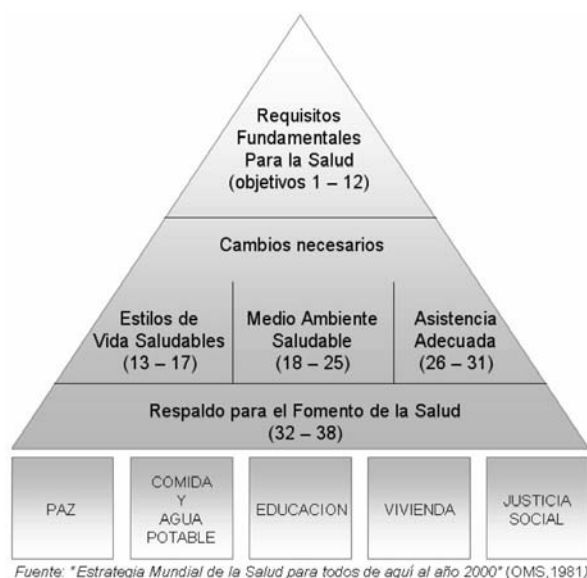


Figura 4.8. Pilares para la salud.

Hoy existe gran evidencia científica de que las causas más importantes de la salud y la enfermedad son de tipo ambiental (bien físico o bien social), de comportamientos personales o de tipo sanitario (servicios preventivos y curativos). Entre ellas, las más importantes para explicar el nivel de salud de la población son las causas sociales, sin que con ellas restemos importancia al resto de causas. La OMS recientemente ha comentado que la *principal causa de mala salud* y sufrimiento del planeta aparece reseñada al final de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* con el Código Z589.5: "pobreza extrema" (1995).

El Informe sobre Desarrollo Humano, 1997, elaborado por encargo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) determina seis prioridades para reducir la pobreza; una de las propuestas es: *educación y salud para todos*. Igualmente, en el Informe sobre Desarrollo Humano (2004:1) se recogen estas premisas al señalar que "... el estar libres de enfermedad y libres de analfabetismo —dos de las formas más importantes mediante las cuales la gente pobre puede escapar de la pobreza— sigue siendo evasivo para muchos".

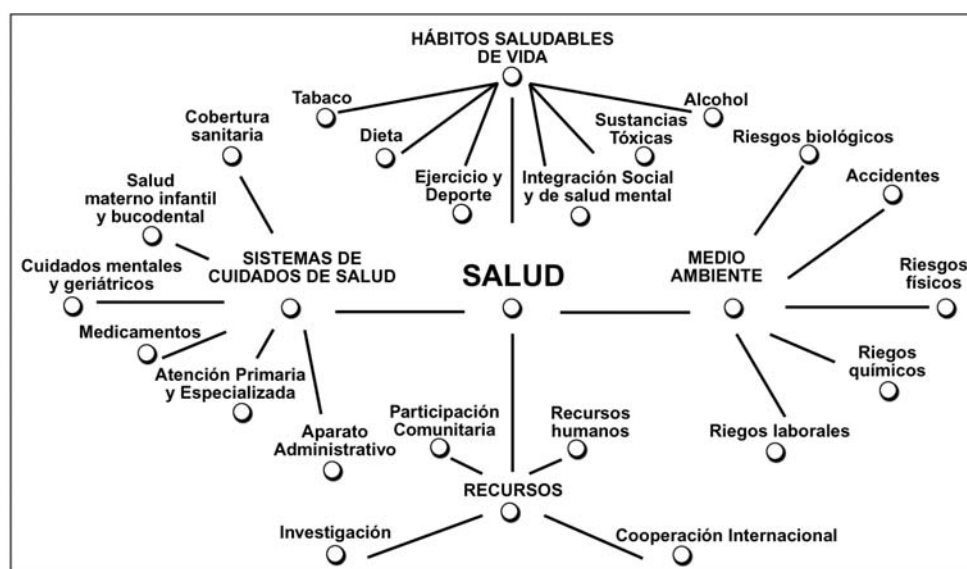
La aparente utopía de la Estrategia SPT es realizable, si comprendemos que solo a través de una *profunda reforma de la sociedad* se logrará un auténtico progreso humano y la *contribución fundamental de la salud* a ese progreso.

MODELO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

El modelo tradicional de producción de las enfermedades (agente-huésped-ambiente) ha dejado de ser adecuado en la actualidad, cuando las enfermedades predominantes no son ya las infecciosas, sino las crónicas no transmisibles.

El modelo conceptual de los determinantes de la salud es el más frecuentemente empleado hoy día, por ser más amplio y comprensivo y acomodarse mejor a la multiplicidad de factores que intervienen en la producción de las enfermedades actuales.

Esta conceptualización de la salud en las principales divisiones (estilos de vida, medio ambiente y sistema de cuidados de salud) permite una aproximación más equilibrada al desarrollo de una política de salud en comparación a las tradicionales concepciones en este terreno (Figura 4.9).



Fuente: Estrategia de salud en el año 2000 en España (Documento de trabajo 1990:76-77)

Figura 4.9. Modelos de los determinantes de salud.

Estilos de vida y medio ambiente

Hábitos saludables de vida

Cada día hay más evidencia científica de que los comportamientos y los hábitos de vida condicionan, no solo la salud, sino la situación sanitaria de las poblaciones y los recursos a ellas destinados.

Los estilos de vida se incluyen entre los factores que afectan a la salud de los individuos y sobre los cuales éstos tienen capacidad de control. Determinadas actitudes sobre estos factores tienen como resultado la contribución a un mayor nivel de enfermedad y muerte prematura. Por el contrario, la modificación de los hábitos nocivos aporta un efecto beneficioso sobre la calidad de vida de las personas.

Los estilos de vida poco saludables (consumo de drogas, nutrición inadecuada, escaso ejercicio físico, conducción temeraria de vehículos...) se consideran responsables del 40% de las defunciones en las sociedades desarrolladas.

Por su parte, al medio ambiente, tanto físico (calidad del agua, aire, alimentos, suelo, etc.) como social (pobreza, entorno laboral, etc.) se le atribuye un 20% de las muertes.

España ha sancionado el Programa Salud para Todos y la Declaración de Yakarta y las Cartas de Ottawa y de Bangkok impulsadas desde la OMS, reconociendo la importancia de la adopción de hábitos saludables de vida como medio favorecedor de la salud colectiva.

De los hábitos de vida que aumentan la probabilidad de enfermar y morir, el consumo de tabaco y alcohol son los más frecuentes en la población; especial interés tiene el primero de ellos, ya que el tabaquismo es la primera causa aislada de mortalidad en España y en otros países del entorno.

Disminución del consumo de tabaco y sus efectos nocivos sobre la salud

La actual epidemia de enfermedades y mortalidad prematura generada por el tabaquismo tiene una historia relativamente breve. Si bien, con el descubrimiento de América (1492) descubrimos también el tabaco, hasta principios del siglo XX no se inició su consumo masivo.

La consolidación del consumo masivo de tabaco en el mundo industrializado debe situarse a mediados de la década de 1940-1950, alcanzando los índices máximos de consumo en la década 1970-1980. A partir de esta fecha se inicia un descenso por sectores de población (clase media y media-alta), en aquellos países con políticas integrales de control del tabaquismo. Los informes científicos aparecidos en los años 1960-1970 sobre la nocividad del tabaco fueron los precursores de dichas políticas sanitarias. A partir de 1970, el tercer mundo pasó a ser el mercado preferente de la

industria tabaquera. La población femenina y los jóvenes adolescentes son los dos objetivos "diana" de la industria tabaquera en la actualidad.

En 2007-08, un 58,3% de la población adulta (15-64 años) residente en España no es fumadora, y un 41,7% de la población ha consumido tabaco durante los últimos 12 meses; un 38,8% durante los últimos 30 días y un 29,6% diariamente durante este periodo.

La prevalencia de consumo diario fue más alta en hombres que en mujeres (32,9% y 26,6%). Por grupos de edad, la prevalencia más elevada la presentaron los varones de 35 a 64 años (33,9%), siendo las mujeres de ese mismo grupo de edad las que presentaron las más bajas (24,4%). Entre los más jóvenes (15-34 años) las diferencias intersexuales fueron menores (31,5% H y 29,7% M). Entre los adolescentes de 15-18 años fumaban diariamente un 15,2% de los hombres y un 16,0% de las mujeres³.

El hábito de fumar es uno de los más extendidos entre la población y muestra, todavía en España, un gran arraigo cultural. Además, el hábito de fumar se empieza a adquirir desde una edad muy temprana, los 16 años. Pero, poco a poco, la tendencia de consumo de tabaco es decreciente. Una de las causas principales que han favorecido esta disminución del consumo tabáquico es la aprobación de la Ley antitabaco 28/2005 del 26 de diciembre que entró en vigor el 1 de enero de 2006.

El tabaquismo constituye en los países desarrollados el primer problema de salud pública susceptible de prevención. La mortalidad atribuible al tabaquismo que es evitable, tiene una importante magnitud y sigue una tendencia ascendente, tanto en hombres como en mujeres. Se asocia a más de una veintena de enfermedades, destacando el cáncer de pulmón, la isquemia de corazón, enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, también favorece la osteoporosis.

Las campañas de sensibilización y de educación para la salud realizadas en la familia, escuela, medios de comunicación social, en los centros de trabajo, centros de salud, hospitales, servicios sociales municipales, etc., todavía tienen un gran reto.

Tabla 4.6. Evolución del hábito tabáquico. Porcentaje de fumadores diarios y ex fumadores en población de 16 y más años según sexo. (España 1993-2001).

		1993	1995	1997	2001
Fumador diario	Hombres	44,0	43,5	42,1	39,2
	Mujeres	20,8	24,5	24,8	24,6
Ex fumador	Hombres	20,5	22,7	23,1	24,8
	Mujeres	6,7	7,0	7,8	9,4

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, <http://www.msc.es> (Encuesta Nacional de Salud, España)

³ Fuente: Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/08. 2008.

Reducción de los efectos nocivos del alcohol

El consumo de alcohol es otro hábito muy arraigado en la población española al concurrir, en nuestro país, las características de país productor, con alta disponibilidad y accesibilidad al producto en numerosos puntos de venta y a bajos precios. A ello se añade la tradicional tolerancia y fomento indiscriminado de su uso.

Según el Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, (Tabla 4.7), más del 10% de la población española (de 15 a 64 años) se declara consumidora diaria de alcohol.

Tabla 4.7. Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007/08.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007/08
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2
Cannabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,6
Tranquilizantes						2,6
Somníferos						1,1

Fuente: *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/08. (pag.7)*

Al consumo de alcohol se le atribuye un elevado número de accidentes de tráfico y laborales, así como elevadas tasas de morbilidad por cirrosis hepática, psicosis alcohólica, pancreatitis, etc., que producen muertes e invalideces y que ocasionan importantes costes familiares y sociales. El alcohol contribuye, así mismo, a la violencia y a las actividades criminales. También está relacionado con el cáncer de esófago, de boca, de colon, sobre el sistema nervioso, sobre la descendencia en madres alcohólicas...

En los últimos años, según datos de la OMS, se ha incrementado en la mayoría de los países el consumo de bebidas alcohólicas. El alcohol forma parte de las relaciones sociales, políticas y del mundo de los negocios. Se han internacionalizado las ventas a través del desarrollo de corporaciones y agrupaciones multinacionales, con intereses poderosos y grandes beneficios. El turismo, la emigración de trabajadores y la publicidad han dejado sentir su efecto sobre los sectores más vulnerables, sobre todo en los jóvenes.

Desarrollo de dietas adecuadas a las necesidades de los individuos

La alimentación es uno de los factores que más influyen en la salud de los individuos. Así, el crecimiento, el desarrollo intelectual, la resistencia a las enfermedades y el rendimiento laboral, físico e intelectual están condicionados por una adecuada nutrición basada en una buena dieta a lo largo de la vida.

En nuestro país, los problemas de malnutrición por defecto han dado paso, en las últimas décadas, a una nutrición algo desequilibrada en sus componentes, conforme mejoran los estándares de vida.

La *dieta española* corresponde al patrón típico de los países mediterráneos, aunque en la actualidad tiende a desviarse en algunos aspectos del patrón dietético recomendable, lo que resulta preocupante entre la población infantil y adolescente. Una de las posibles causas del deterioro de la dieta española, sobre todo entre la juventud, es el incremento en el consumo de grasas debido en parte a la importación de la cultura gastronómica norteamericana.

Con la edad suele aumentar la proporción de personas con un índice alto de masa corporal, debido a una relajación de los hábitos alimenticios. Según la Encuesta Nacional de Salud de España de 2006, más del 20% de las personas con 65 y más años tienen un índice superior a 30 (kg/m²) (obesidad) y casi un 50% (48,9%) se consideran con sobrepeso al tener un índice comprendido entre 25 y 29,9 (kg/m²).

En general, cabe destacar el aporte calórico excesivo de la dieta media española, y el aumento de la obesidad en la sociedad española en los últimos años.

Su repercusión en la gran incidencia de enfermos cardiovasculares es importante. Otros problemas de salud en nuestro país, como diversos tipos de cáncer, ciertas enfermedades digestivas, la caries dental, la diabetes mellitus del adulto, y la hipertensión arterial, también parecen estar ligados a los factores dietéticos ya mencionados, además de a otros como el uso exagerado de la sal de mesa y de los productos azucarados.

Tabla 4.8. Evolución de la obesidad. Porcentaje de población de 20 y más años con Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² según sexo (España 1993-2001).

Obesidad	1993	1995	1997	2001
Hombres	9,6	10,7	12,4	12,8
Mujeres	9,9	11,9	13,6	14,5

Índice de Masa Corporal = Peso en Kilos / Talla en metros²

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, <http://www.msc.es> (Encuesta Nacional de Salud, España)

Tabla 4.9. Índice de Masa Corporal (Adultos).

Distribución porcentual según sexo y grupo de edad*Población de 18 y más años*

	TOTAL	PESO INSUFICIENTE (<18,5)	NORMO PESO (18,5-24,9)	SOBREPESO (25 - 29,9)	OBESIDAD (≥30)
AMBOS SEXOS					
TOTAL	100,00	1,82	45,50	37,43	15,25
DE 18 A 24 AÑOS	100,00	6,43	70,26	18,37	4,94
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	1,81	54,20	32,60	11,39
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	0,62	35,05	44,43	19,89
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	1,06	27,02	48,90	23,02
VARONES					
TOTAL	100,00	0,62	39,43	44,42	15,54
DE 18 A 24 AÑOS	100,00	3,05	69,24	22,32	5,39
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	0,27	44,47	42,36	12,89
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	0,30	27,40	50,88	21,42
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	0,45	26,99	53,53	19,03
MUJERES					
TOTAL	100,00	3,05	51,73	30,27	14,95
DE 18 A 24 AÑOS	100,00	10,27	71,41	13,90	4,42
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	3,47	64,63	22,13	9,77
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	0,95	42,81	37,88	18,35
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	1,59	27,06	44,86	26,5

Los datos referentes a la categoría 'Peso insuficiente' para varones de 18 años en adelante, han de ser tomados con precaución ya que pueden estar afectados de errores de muestreo.

Los datos referentes a la categoría 'Obesidad' para mujeres de 18 a 24 años, han de ser tomados con precaución ya que pueden estar afectados de errores de muestreo.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España.
Avance de resultados junio 2006 - enero 2007.

La existencia de sobrepeso constituye un factor de riesgo importante en relación con muchas de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población. Indirectamente, el peso corporal refleja, además de factores genéticos y relacionados con el entorno, comportamientos individuales en relación con la dieta y con la actividad física desarrollada.

Delgadez extrema

Frente a este sobrepeso, quisiera hacer mención de una enfermedad: la anorexia nerviosa (AN), síndrome que incluye un grupo heterogéneo de pacientes que presentan una serie de características (falta de autoestima, visión negativa de la vida, auto-crítica feroz con sentimiento de incompetencia, hiperactividad...) y cuya expresión orgánica puede resumirse en pérdida voluntaria de peso por debajo de unos límites que permitan el correcto funcionamiento orgánico y el crecimiento, en su caso.

Aunque incide, preferentemente, en el sexo femenino y en edades adolescentes, actualmente esta enfermedad abarca otros rangos de edad. En los últimos años ha aumentado notablemente y, sobre todo, en nuestro tipo de sociedad, puesto que la AN prácticamente no existe en países subdesarrollados. Hoy día se está de acuerdo en que uno de los factores predisponentes y de mantenimiento, reside en el valor estético y social que se da al cuerpo femenino en las sociedades desarrolladas.

La publicidad se ha infiltrado en nuestras vidas sin que apenas nos hayamos dado cuenta. La publicidad no se limita a informar sobre determinados productos, sino que transmite implícitamente "formas de ser, de estar y de actuar", "crea estereotipos de cómo debe ser la figura de la mujer a comienzos de este milenio, crea moda..." Si miramos las revistas de la moda, los pases de modelos, nos encontramos con algunas de las top-models (son las protagonistas actuales de los medios de comunicación, pues han desbancado a las actrices) que reflejan rasgos de delgadez extrema, que nos hablan de una "estética", que es la imagen de la anorexia.

En la Tabla 4.9, se observa que el porcentaje más alto de población con peso insuficiente ($<18,5 \text{ kg/m}^2$) se agrupa entre los 18 a 24 años. Es importante resaltar que si hacemos diferenciación por sexos, más del 10% de mujeres, de ese grupo de edad, tienen un peso insuficiente frente al 3,05% de varones.

Generalización del ejercicio físico y de la actividad deportiva

Hoy día existe un acuerdo general sobre los efectos beneficiosos para la salud que tiene la práctica habitual del *ejercicio físico*. Los efectos sobre la prevención y control en enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, osteoporosis, salud mental (trastornos asociados a estrés), estreñimiento y obesidad, entre otros, son conocidos.

El ejercicio físico moderado actúa como un mecanismo de prevención primaria, ayudando a evitar la mayoría de estas enfermedades. Por el contrario, la vida moderna aboca a un sedentarismo y a una falta de ejercicio físico, muchas veces propiciado por falsas creencias sociales, como por ejemplo la vejez, que hemos asociado, durante muchos años, a una vida sedentaria, cuando se ha descubierto la importancia del ejercicio físico en esta etapa. Muchos mayores adoptan actitudes

pasivas por los falsos tópicos o mitos que en torno a esta etapa hay todavía y que influyen muy negativamente en la salud de los mayores.

El ejercicio físico tiene reconocidos efectos favorables sobre la promoción de las condiciones física, mental y social de las personas. Así, las actividades físicas pueden mejorar la función cardiovascular, la movilidad articular, la fuerza muscular y ciertas habilidades neuromusculares y utilizarse también como terapia ocupacional en los trastornos psicológicos.

Según la OMS, promover el aumento de la actividad física no es solo un problema individual, sino que exige, por parte de las instituciones, un acercamiento a toda la población de carácter multisectorial, multidisciplinario y socialmente relevante. Los gobiernos nacionales, regionales y locales han de trabajar con todos los agentes sociales para favorecer que la gente reduzca su sedentarismo y sea más activa. A su vez, es responsabilidad de cada persona volver a revisar y evaluar sus prioridades, para conseguir llevar un estilo de vida que incluya más actividades físicas al día.

Toda la población debe conocer los beneficios del ejercicio físico y debe gozar de mayores oportunidades para la práctica de éste durante todas las edades de la vida.

La población española, en general, habitualmente realiza una actividad física suave, de carácter rutinario y para la satisfacción de necesidades básicas, como hacer compras o ir a pasear. No obstante, *existe una ligera tendencia*, en los últimos años, *hacia una mayor implicación en actividades físicas de carácter regular en el periodo de ocio*.

Reducción del abuso y dependencia de sustancias tóxicas. Consumo de drogas ilegales

Entre los hábitos más nocivos que se dan en nuestra sociedad, está el consumo de *drogas ilegales*, de una gran trascendencia social, puesto que, además, afecta a individuos en edades muy tempranas de su vida. Cada vez hay más jóvenes (y algunos no tan jóvenes), que se adicionan a éstas. Los más expuestos al riesgo son los jóvenes procedentes de las clases sociales más pobres y familias con dificultades emocionales y económicas. De todas formas, la drogadicción aflige a todos los grupos sociales.

En el Informe Anual sobre el Problema de la Drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega (2002:12) se apunta que el consumo de sustancias ilegales se concentra en los adultos jóvenes (entre 15 y 34 años) que presentan tasas de prevalencia que duplican aproximadamente la del conjunto de los adultos (entre los 15 y los 64 años). Los hombres superan a las mujeres en el porcentaje de personas que han probado drogas en todos los países y en todos los grupos de edad, si bien estas diferencias suelen disminuir entre los grupos más jóvenes. El consumo de drogas presenta una mayor prevalencia en las zonas urbanas, aunque es posible que esté teniendo lugar una cierta propagación en las pequeñas ciudades y zonas rurales.

El consumo de drogas, como fenómeno complejo y cambiante, se ha convertido en uno de los problemas que han generado y generan mayor preocupación social. A este fenómeno se añaden una serie de adicciones no producidas por sustancias químicas que producen trastornos adictivos, con la consiguiente repercusión familiar, social y económica.

El uso de drogas, especialmente la heroína, la cocaína y los derivados del cannabis, así como el abuso de determinados fármacos, y la más reciente aparición de análogos sintéticos de drogas, han provocado un fenómeno sociocultural sin precedentes motivado por la falsa creencia de su inocuidad y por la dificultad legal de perseguir nuevas sustancias no reconocidas legalmente como drogas en el momento de sus síntesis.

Asimismo, el consumo de otras drogas, como el tabaco y las bebidas alcohólicas, se encuentra muy arraigado y socialmente aceptado, afectando de una forma especial a los adolescentes y jóvenes como sector de la población más vulnerable.

A continuación señalamos algunos de los resultados del Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) correspondiente a los años 2007-2008 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

La realización de encuestas periódicas es uno de los instrumentos utilizados para conocer la evolución de los problemas y características del consumo de *drogas psicoactivas*. Esta encuesta se realiza con carácter bienal, promovida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con las Comunidades Autónomas, y que explora el consumo de drogas entre la población general entre 15 y 64 años residente en hogares familiares. La primera encuesta se realizó en 1995 y se ha ido realizando hasta la fecha actual en los años impares (1997, 1999, 2001, 2003, 2005 y 2007/08).

El objetivo general de estas encuestas es obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas. El tamaño de la muestra ha aumentado bastante en los últimos años. Así en 2007-08 fue de 23.715 personas. En 2005 la integraron 27.934, y entre 1995 y 2003 entre 8.000 y 15.000, dependiendo de la encuesta. En las Tablas 4.10 a 4.11 pueden observarse la prevalencia de consumo de drogas para distintos periodos (último año y a diario) respectivamente:

Tabla 4.10. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años. (%). España, 1995-2007/08.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007/08
Tabaco	--	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1

(Continúa)

(Continuación)

Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,1
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6
Anfetaminas/espíd	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Tranquilizantes	--	--	--	--	--	3,9	6,9
Somníferos	--	--	--	--	--	2,7	3,8
Tranquilizantes sin receta	--	--	--	--	--	0,9	0,9
Somníferos sin receta	--	---	--	--	--	0,8	0,8

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/08* (p.6)

Tabla 4.11. Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007/08.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007/08
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2
Cannabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,6
Tranquilizantes						2,6
Somníferos						1,1

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/08* (p.7).

Tabla 4.12. Edad media de inicio de consumo de las diferentes sustancias entre la población de 15-64 años. (%). España, 1995-2007/08.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007/08
Tabaco	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5
Bebidas alcohólicas	--	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8

(Continúa)

(Continuación)

Cannabis	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6
Cocaína en polvo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9
Heroína	20,3	20,1	19	20,7	22	20,2	21,7
Anfetaminas	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2	19,7
Alucinógenos	19,3	19	19,3	18,9	19,9	19	19,9
Inhalables volátiles	17,7	19	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7
Cocaína base	21,8	20,6	20,1	19,6	20,1	20,8	21,4
Éxtasis	21,1	20	20,7	20,2	20,3	20,1	20,8
Hipnosedantes*							33,8
Hipnosedantes* sin receta	35,2	28,7	29,2	29,5	30	29,8	29,1
* Tranquilizantes y/o somníferos							

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/08 (p.8).*

Conclusiones extraídas de la encuesta

1. Ha disminuido el consumo de tabaco, alcohol y cannabis para todos los indicadores de consumo.
2. El consumo de *tranquilizantes y somníferos aumenta*, sobre todo en mujeres mayores de 35 años.
3. El consumo de *cocaína en polvo aunque está estabilizado, disminuye la continuidad en su consumo*⁴ y está aumentando la proporción de personas que prueban la cocaína en forma de base o crack.
4. El *policonsumo* se confirma como una constante de los consumidores de drogas ilegales, especialmente entre los usuarios de cannabis, cocaína o heroína.
5. Aunque la prevalencia de consumo para todas las drogas, excepto para hipnosedantes, es mayor para hombres que para mujeres, se observa una *incorporación progresiva de la mujer a todas las conductas de consumo* con especial atención a las sustancias de comercio legal (tabaco, alcohol, y tranquilizantes o somníferos).

⁴ Proporción de personas que habiendo consumido alguna vez cocaína, también han consumido en los últimos 12 meses o los últimos 30 días.

6. Ha *aumentado la percepción del riesgo* para todas las conductas de consumo de drogas, tanto para el consumo ocasional como para el habitual. Destaca por su magnitud el aumento del riesgo percibido ante el consumo diario y en fin de semana de alcohol, el ocasional de cannabis y, por su relevancia, el ocasional de cocaína.
7. Por *primera vez disminuye la disponibilidad percibida* para todas las sustancias, después de varios años de aumento continuado.
8. *Disminuye la visibilidad de las conductas de consumo problemático de drogas*, pero no la de los vendedores ofreciendo drogas en la calle.
9. La *importancia concedida* por la población española al problema de las drogas permanece relativamente estable. Disminuye la importancia que se daba a la legalización del cannabis y a los tratamientos con heroína. Por contra, aumenta la concedida a los tratamientos médicos voluntarios y a las leyes estrictas contra las drogas.
10. Las *acciones más valoradas* por la opinión pública para resolver el problema de las drogas son la *educación sobre drogas en la escuela*, en primer lugar, y el *tratamiento voluntario de los consumidores y el control policial* a continuación.

En 1986 se puso en marcha el Plan Nacional sobre Drogas. En la actualidad, cada Comunidad Autónoma posee su plan de drogas propio, en el que se contemplan aspectos preventivos, asistenciales y de reinserción. La educación para la salud es fundamental en estos tres aspectos. Y es necesario el trabajo conjunto de distintos profesionales: médico, personal de enfermería, psicólogo, pedagogo, trabajador social, educador social, maestro, etc.

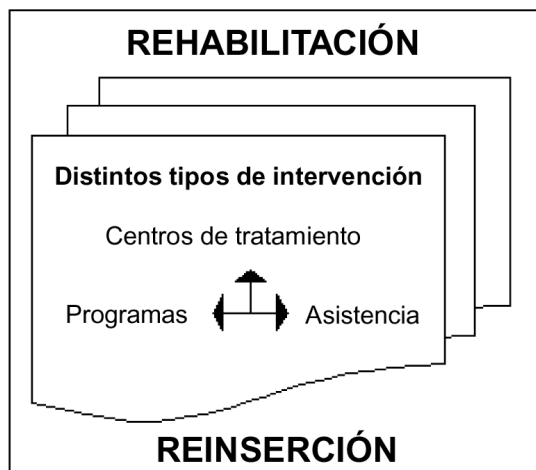


Figura 4.10. Proceso de rehabilitación del drogodependiente.

Mejora de la integración social del individuo y de la salud mental

La integración social como substrato para un adecuado equilibrio y, en definitiva, para la salud mental de los individuos tiene una gran importancia. En este sentido, entre los riesgos más altos para la salud se encuentran, en la actualidad, los factores psicosociales que van unidos a la ausencia de unas relaciones personales adecuadas.

Los problemas de salud mental van ligados igualmente a los cambios sociales y a la consecuente reestructuración de las conexiones e interacciones sociales. La exigencia de adaptación casi permanente que estos cambios suponen en algunos contextos sociales, pesan sobre los individuos, las familias y demás grupos sociales de una manera importante, manifestándose en forma de problemas de soledad y aislamiento social, relaciones disfuncionales entre padres e hijos, estrés psicosocial, tasas crecientes de depresiones, de tentativas de suicidio, mayor morbilidad, etc. Estas circunstancias, en el caso de la mujer, se añan a otros factores psicosociales que hacen que aumente su vulnerabilidad, como son la doble carga de trabajo y su función de prestadoras voluntarias de cuidados en la familia, que agravan el estrés. En el caso de los desempleados, la autoestimación resulta afectada y ello puede relacionarse con pérdidas de salud mental y somática. También las personas mayores, (los jubilados) al dejar el mundo del trabajo se encuentran improductivos, inútiles, en una sociedad en la que se valora la productividad y surgen en ocasiones problemas de salud mental, falta de autoestima, etc.

Se producen una serie de situaciones que, de no prevenirse a tiempo y eficazmente, predisponen al individuo a lo que se ha denominado "síndrome del rompimiento social".

De hecho, la raíz de muchos de los problemas de salud mental puede encontrarse en los cambios del sistema de valores y normas con respecto a la familia que van acompañados de una pérdida de tradiciones y de los lazos de vecindad y relaciones interpersonales.

Una manifestación de estos cambios sociales son las conductas que dañan la salud, tales como el abuso en el consumo de alcohol y drogas (legales e ilegales), la violencia, la conducción arriesgada, etc. El abuso de estas sustancias y formas de comportamiento constituyen mecanismos para aliviar los problemas psicosociales, o bien son escapes emocionales derivados de un alto grado de estrés ocupacional. En definitiva, al individuo le faltan las estrategias adecuadas para resolver los conflictos personales.

Las estrategias de prevención con respecto a la salud mental, así como los factores que contribuyen a ella, son de naturaleza muy variada. Es necesario el conocimiento de los factores causales y de los determinantes del comportamiento humano, haciendo hincapié especialmente en los factores de estrés psicosocial y, por otra, en la comprensión de las necesidades de los grupos de mayor riesgo.

Entre los medios a emplear cabe mencionar la educación para la salud, la detección e intervención precoz, la información general, los servicios de asesoramiento, el desarrollo de sistemas de apoyo social y comunitario. Es necesario potenciar los grupos de voluntarios y los grupos de autoayuda. Todas estas medidas deben ir encaminadas especialmente hacia los grupos de mayor riesgo: personas mayores que viven solas, emigrantes, minusválidos, discapacitados, etc.

El objetivo de estas medidas consiste en desarrollar un clima emocional que favorezca las relaciones interpersonales, que potencie el sentido de pertenencia o integración social y que estimule los sentimientos de autoestima.

El medio ambiente es importante para la salud

La salud y la enfermedad no son dos fenómenos aislados ni opuestos, sino que ambos son resultado de la interacción entre el hombre y el medio ambiente que le rodea. La civilización ha cambiado, no cabe duda, la vida sobre la Tierra, los grandes avances tecnológicos han elevado el nivel de vida de los hombres pero también ha aumentado de manera significativa el deterioro del medio ambiente. Son múltiples los problemas de contaminación que se detectan en la actualidad, debido tanto a las actividades industriales, como domésticas y de transporte.

El concepto de Medio Ambiente supone considerar el conjunto de condiciones de orden físico, químico, biológico y social que de forma directa o indirecta, inciden en la salud o en la enfermedad de la población.

Los componentes biológicos, físicos y químicos del medio ambiente constituyen factores determinantes del estado de salud, actuando de forma compleja e interrelacionada sobre la salud de las personas. El saneamiento ambiental ha sido, y sigue siendo, uno de los instrumentos más eficaces para mejorar el nivel de salud de los habitantes de Europa durante los dos últimos siglos. A pesar de ello, existen todavía importantes deficiencias en la salubridad del medio y, constantemente, nuevos procesos industriales y de desarrollo no organizado introducen elementos de detrimento para la salud.

Numerosos estudios han demostrado que el aumento de la contaminación atmosférica provoca siempre un excedente de mortalidad cuya importancia está en función de la magnitud y amplitud del fenómeno. Las enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y por los alimentos siguen siendo causa importante de morbilidad. Las consecuencias del ruido para la salud van más allá de las asociadas a la pérdida de audición en grupos expuestos a niveles altos de ruidos, relacionándose estrechamente con el estrés y perturbaciones psicosomáticas.

La salud de la población ha mejorado cuando ésta ha podido vivir en un ambiente sano y con unas prácticas higiénicas adecuadas gracias al empleo suficiente de agua potable.

La dependencia de la salud del hombre con respecto al medio ambiente no es una idea nueva, sino que ya era comprendida por los clásicos de la medicina, y así Hipócrates en su tratado *De los aires, suelo y agua*, expresa claramente la influencia que los condicionantes climáticos, geográficos, del emplazamiento, etc., tienen en la salud de la colectividad.

El medio ambiente es un elemento de producción y de calidad de vida, y su preservación contribuye a aumentar el patrimonio económico y de salud.

En todos los países europeos hay un gran interés por la calidad ambiental y su influencia sobre la salud humana. La consecución de un medio ambiente saludable hace necesaria la participación activa de individuos y colectividades y precisa de la colaboración y coordinación intersectorial. Esto fue puesto de manifiesto en la *Carta Europea sobre Medio Ambiente y Salud* que fue adoptada en la Conferencia Europea sobre Medio Ambiente y Salud, celebrada en Frankfurt, en diciembre de 1989:

Todos los sectores de la sociedad son responsables de proteger el medio ambiente y la salud como una cuestión intersectorial que abarca un gran número de disciplinas.

El sistema de cuidados de salud

El sistema de cuidados de salud constituye el último elemento del Modelo de los Determinantes de la Salud (Figura 4.8). Consiste en la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para proporcionar atención sanitaria. La extensión de la cobertura sanitaria pública, la potenciación de la atención primaria de salud, la atención especializada, la atención a la salud materno-infantil, el desarrollo de la atención bucodental, la potenciación del sistema de cuidados mentales y del sistema de cuidados informales, rehabilitadores y geriátricos, un mejor uso de los medicamentos y la mejora del aparato administrativo, constituyen los elementos a considerar para la mejora del sistema sanitario.

El sistema sanitario español, como el de cualquier otro país desarrollado, tiene como retos básicos:

- Atender adecuadamente la actual demanda de servicios sanitarios, procurando optimizar los recursos médico-asistenciales disponibles.
- Adecuar su estructura, organización y tecnología para atender las nuevas necesidades, fundamentalmente potenciando la atención primaria de salud.
- Mejorar su coordinación con los servicios sociales.
- Garantizar la calidad de los servicios de salud.

El Sistema Sanitario Español está diseñado en la *Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986*, que da respuesta al mandato constitucional⁵ y que tiene como principios inspiradores:

- La salud como concepto integral.
- Salud para todos (solidaridad).
- Participación comunitaria.
- Educación para la salud.
- Derechos de los usuarios.

Esta *Ley General de Sanidad* (vigente en la actualidad) establece los *criterios generales para el desarrollo de los servicios sanitarios*:

- Orientación prioritaria a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Extensión de la asistencia sanitaria pública a toda la población española.
- Equidad en el acceso a los servicios públicos de salud y superación de los desequilibrios territoriales y sociales.
- Concepción integral del sistema sanitario público.
- Participación comunitaria.

La definición de SALUD más frecuentemente empleada por la administración sanitaria es la que postula Lalonde (complementaria con la de la OMS), que considera la salud como "una variable dependiente influida por diferentes factores o determinantes de salud: biológicos o endógenos, ligados al entorno, los hábitos de vida y factores ligados al sistema sanitario".

Esta definición al hacer la distinción entre *salud*, objetivo último de la sanidad, y sus *determinantes*, permite traducir éstos en posibilidades de intervención (Figura 4.11).

El conocimiento de la multiplicidad de factores implicados en la consecución de mejoras en salud ha contribuido también a establecer el papel a desempeñar por los sistemas sanitarios para alcanzar tan ambicioso objetivo.

⁵ Constitución Española 1978. Artículo 43.



Fuente: *Plan de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1995.

Figura 4.11. Áreas de intervención en promoción y educación de la salud.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Arroyo HV, Sáez Crespo A. La promoción de la salud. En: Rey Calero *et al.* (eds.) *Cuidar la salud*, Madrid. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces. 2006:95-104.
- Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial. Servicios para los pobres*. Madrid. Mundi Prensa. 2004.
- Bruun Jensen B. Los conceptos de salud y de acción en la educación para la salud. Seminario de Copenhague, *Educación para la salud y democracia*, 12-15 diciembre. Real Escuela Danesa de Estudios Educativos. 1994.
- Caba Martín P. *Programas y Estrategias de la salud en la Organización Mundial de la Salud*. Consejero Ejecutivo de la OMS. 1990.
- Carta Europea sobre Medio Ambiente y Salud. *Conferencia Europea sobre el Medio Ambiente y Salud*, celebrada en Frankfurt. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1989.
- Freire P. *La educación como práctica de la libertad*. Madrid. Siglo XXI. 1972.
- García A, Saez J, Escarbajal A *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid. Arán. 2000.

- Instituto de Estudios del Azúcar y la Remolacha. *Actividad física. Factor clave en la prevención de la obesidad*. Informes sobre azúcar y alimentos azucarados, nº 3. Madrid. IEDAR. 2006.
- Instituto Nacional de Estadística. *Defunciones según la Causa de Muerte 2007. Notas de prensa*. 2007. [En línea: www.ine.es/prensa/prensa.htm]
- Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. 1974.
- Lehr U. *Psicología de la senectud*. Barcelona. Herder. 1980
- Limón Mendizábal C. *La financiación del medicamento en los Países de la Comunidad Europea*. Madrid. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991.
- Limón Mendizábal C. *Prestaciones sanitarias en los Países de la Comunidad Europea. Estudios Sanitarios*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1994
- Limón Mendizábal R. Campos de acción en Educación para la Salud. En: Perea Quesada R (ed.). *Fundamentos y justificación de la educación para la salud*. Madrid. UNED-Fundación Universidad Empresa. 1997.
- Limón Mendizábal R. La educación de las personas mayores. En: Petrus A (ed.). *Pedagogía Social*. Barcelona. Ariel Educación. 1997:292-329.
- Limón Mendizábal R. La educación transformadora, un recurso básico para vivir la vejez. En: Alonso D. et al (eds.) *Mayores activos*. Madrid. La Factoría de Ediciones y Producciones. 2007.
- Limón R, Crespo JA. *Grupos de debate para mayores. Guía práctica para animadores*. Madrid. Narcea. 2002
- Limón R, Crespo JA. Ciudad educadora, nuevos espacios de educación para la salud en las personas mayores. *Revista Educación*; 2002;XXI, nº 4.
- Martínez D, Limón C, Lascaris J. *Guía del INSALUD*. Madrid. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1988.
- Matarazzo JD et al. *Behavioral health*. Nueva York. John Wiley and Sons. 1984.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia de salud en el año 2000 en España*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Plan de Salud*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1995.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Datos básicos de la Salud y los Servicios Sanitarios en España, 2003*. Instituto de Información Sanitaria. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud de España 2006*. Madrid. Instituto Nacional de Estadística. 2006.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/08*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria. *Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitas en España*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Las personas mayores en España. Informe 2006*. Vol. I y II. Observatorio de personas mayores. Madrid. IMSERSO. 2006.
- Ministerio del Interior. *Informe N° 6*. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid. Ministerio del Interior. 2003
- Ministerio del Interior y Consejo General de Enfermería. *Plan Nacional sobre Drogas. Medios de comunicación y drogodependencias*. Madrid. Ministerio del Interior. 2000.
- Molina MC, Cabra Q. Nuevos retos de la educación para la salud: Las sociedades multiculturales y las nuevas prioridades. *Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social*, 2006: 12-13 Segunda Época, pp. 71-85.
- Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. 2001.
- Organización Mundial de la Salud. *La crisis de la salud en las ciudades. Estrategias de Salud para Todos frente a la rápida urbanización*. Ginebra. OMS. 1994.
- Organización Mundial de la Salud. *Rapport sur la Santé dans le Monde*. Reduire les écarts. Genève. OMS. 1995a.
- Organización Mundial de la Salud. *Estrategia regional para la consecución de salud para todos en el año 2000*. Copenhague: OMS. 1985b.
- Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa sobre promoción de la salud*. Ginebra. OMS. 1986.
- Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud para el siglo XXI*. Ginebra. OMS. 1997.
- Organización Mundial de la Salud. *Glosario de términos sobre promoción de la salud*. Ginebra. OMS. 1998.
- Organización Mundial de la Salud. *Envejecimiento activo*. Ginebra. OMS. 2000.
- Organización Mundial de la Salud. *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Conclusiones de un grupo internacional de expertos, participantes en la VI Conferencia Internacional sobre promoción de la salud*. 2005.
- Peto R. *The future effects of presents smoking habits*. University of Oxford. 1ª European Conference on Tobacco. Policy Tobacco or Health: the Way Ahead. 1988.
- Peto R. *Els futurs efectes sobre la salut de la prevalença de fumadors habituals a Europa i a Catalunya*. Seminari de Salut Pública. IES. Barcelona, celebrado en mayo de 1990.
- Pino Juste M. *La educación para la salud. Marco teórico y desarrollo curricular*. Vigo. Tórculo Artes Gráficas. 2001.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano-97. Presentado en junio en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Revista Sesenta y Más*; 1997:147-148.
- Polaino Lorente A. *Educación para la salud*. Barcelona. Herder. 1987.
- Rey J del, Gil A, Calvo JR. *Cuidar la salud*. Madrid. Editorial Universitaria Ramón Areces. 2006.
- Rey Calero J. *El sistema sanitario español y el derecho a la salud*. En: J. Rey et al. (eds.), *Cuidar la salud*. Madrid. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces. 2006:13-19.
- Revista Educación XXI. *Número monográfico sobre Educación para la salud*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2002:4.
- Revista Española de Pedagogía. *Número monográfico sobre Educación para la salud*. Instituto Europeo de Iniciativas Educativas. 2006:235.

- Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social. *Número monográfico sobre Educación para la salud*, 2006:12–13. Segunda Época.
- Sáez Crespo A, Arroyo H, Rey J. Educación para la salud. Marco conceptual. En: J. del Rey *et al.* (eds.) *Cuidar la salud*. Madrid: Editorial Ramón Areces. 2006:1-12.
- San Martín H. *Salud y Enfermedad*. 5ª ed. Madrid. Ed. Interamericana, McGraw-Hill. 1994.
- San Martín H. Envejecimiento individual y de la población: la investigación científica en el proceso de envejecimiento humano. En: Buendía J. (ed.). *Gerontología y Salud*, Madrid. Biblioteca Nueva. 1997:21-58,
- The International Bank for Reconstruction and development/The world Bank. *Global Economic Prospects. Commodities at the Crossroads*. Washington DC. The World Bank. 2009.
- Vega JL, Bueno B. *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid. Síntesis. 1995.



SEGUNDA PARTE:

Campos emergentes de intervención

5

Formas primarias de salud familiar

Rogelia Perea Quesada

INTRODUCCIÓN. PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA FAMILIA. FUNDAMENTOS BÁSICOS DEL SER DE LA FAMILIA. FUNCIONES Y RELACIONES. ESTILO EDUCATIVO DE LOS PADRES EN LA SALUD DE LOS HIJOS. FAMILIA Y ADOLESCENCIA. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

La familia como institución natural universal es una constante que ha permanecido a lo largo de los tiempos y en todas las sociedades, es anterior al estado y a cualquier otra comunidad, por lo que tiene unos derechos que son inalienables, es considerada como la base fundamental para la socialización primaria del niño y como agente preventivo, ya que es en el seno de la misma donde los hijos se van formando y van adquiriendo repertorios de conducta que posteriormente les llevará a afrontar diversas situaciones. El hombre, por encima de toda actividad intelectual o social por alta que sea, encuentra su desarrollo pleno, su realización integral, su riqueza insustituible en la familia. Aquí, realmente, más que en todo otro campo de su vida, se juega el destino del hombre (López-Barajas, 1995). En la familia encontramos apoyo emocional, seguridad y confianza, ya que es una comunidad de amor y de solidaridad en la que se nos valora por lo que somos, insustituible para la transmisión de valores culturales, éticos, sociales y espirituales, e imprescindible para el bienestar de sus miembros y de la sociedad.

La sociedad, el estado y las organizaciones, y en general todos los agentes sociales, deben proteger a la familia con medidas de carácter político, económico, social y jurídico de forma que pueda mantener su estabilidad y ejercer su función espe-

cífica ya que la estabilidad social a su vez de ella depende. Se podría afirmar que el contexto familiar es fuente de prevención, ya que influye en el desarrollo sano y equilibrado de sus miembros, aunque en muchos casos hay familias que se ven obligadas a vivir en situación de necesidad patente e incluso de pobreza extrema, donde sus derechos y valores son ignorados y desprotegidos en la práctica de la vida diaria, por los poderes públicos, las instituciones sociales, y la escasez de los programas socioeconómicos, impidiéndole cumplir su propia misión con dignidad y transformándola en un factor de riesgo social.

PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA FAMILIA

La familia en cuanto a su estructura y formas de organización ha sufrido cambios históricos importantes que se han ido gestando a lo largo del tiempo y motivados por diversos factores. Los valores sociales y culturales inmersos en cada momento histórico y sistema social tienen una gran influencia en las pautas de crianza dentro del contexto familiar. En las antiguas civilizaciones china, egipcia, griega, hebrea y romana, la familia era patriarcal donde la figura del *pater familia* estaba ligada a la autoridad y poder del padre con respecto a los demás miembros familiares y bienes de la misma. En China la familia estaba estrechamente ligada al poder político del estado imperial, la dependencia de los hijos con respecto a los padres era una constante a lo largo de la vida, existía unos linajes y su estructura jerárquica dentro de los mismos estaba bien delimitada, hasta finales de la época imperial la educación de la mujer era discriminatoria respecto a la del varón; la intervención del estado sobre la familia en China ha sido una constante desde la época imperial hasta la implantación del sistema comunista en la que se impone la política de un hijo por familia, lo que ha dado lugar a tener hijos ilegales sumergidos en la clandestinidad para evitar la penalización por parte del estado.

El carácter militar de las sociedades mesopotámicas se expresaba en la vida familiar donde a los niños se les instruían desde pequeños para estos menesteres como, por ejemplo, enseñándoles el tiro con arco, montar a caballo, etc.

La historia de las civilizaciones en el antiguo Egipto y Mesopotamia, así como en Grecia y Roma, manifiestan la importancia que se concede a la vida familiar. Los griegos conferían al medio familiar un marcado carácter educativo, instruían a los niños en el aprendizaje de costumbres y valores cuya finalidad última era alcanzar la virtud, la madre era la principal responsable de la educación de los hijos y era muy valorada socialmente a la mujer que tenía más hijos.

En la época clásica, podemos encontrar texto en los que se pone de relieve la importancia de la educación de los padres con respecto a sus hijos, así como las pautas de crianza. La obra de Plutarco *Deliberis educandis* ya recoge, entre otras cuestiones, la importancia del método; considerando necesario que los niños

sean conducidos hacia los buenos hábitos con consejos y razonamientos, siendo las alabanzas y los reproches mas útiles a los hombres libres que cualquier ultraje (Plutarco, 1992). Se podría afirmar que los valores emergentes en una sociedad van en sincronía con las pautas de crianza, y que ello ha sido una constante que se ha reflejado en el proceso histórico, así como también una gran parte de la diversidad que actualmente apreciamos en el mundo occidental tiene antecedentes remotos, como indica (Palacios J y Rodrigo MJ, 2004) el análisis de la familia y de la vida familiar en las antiguas civilizaciones muestra la importancia concedida desde la antigüedad a la vida familiar: la valoración de la privacidad, las diferencias de roles entre hombres y mujeres, la regulación de las situaciones de separación, divorcio y adopción, y las cambiantes pautas educativas en función con la edad del niño, todo en bastante consonancia con las mismas cuestiones en la época contemporánea; no obstante, los cambios sociales producidos en los últimos tiempos, la cultura de la postmodernidad, ha afectado de forma particular a la institución familiar; esta cultura emergente, apoyada en el relativismo cultural, ha dejado sus huellas, lleva a un vacío moral, a la desaparición de convicciones y creencias estables y permanentes:

"como si fuera lo mismo crecer en un ambiente familiar que en otro, como si diera igual tener estabilidad familiar o no tenerla, como si desde un punto de vista evolutivo fuera igualmente positivo aprender en la familia actitudes de cooperación y reciprocidad con los demás que actitudes de oposición y competencia". (Jesús Palacios y M J Rodrigo, 2004:39).

Esta ausencia de valores estables y permanentes crea una gran confusión, y como consecuencia contradicciones que se materializan en comportamientos educativos que afectan, en bastantes casos, al desarrollo y equilibrio psicológico de los hijos; no es extraño que ante una carencia de valores fundamentales se impongan conductas delictivas que lleven a la alarma social.

FUNDAMENTOS BÁSICOS DEL SER DE LA FAMILIA

Antes de adentrarnos en el estudio del contexto familiar, parece necesario hacer una breve reflexión sobre el ser de la familia. Si recurrimos a sus antecedentes filogenéticos podemos afirmar que es una comunidad de personas que hace posible la supervivencia de la *especie homo*, pues en todas las especies de seres vivos incluso las más simples presentan formas de agrupamiento familiar que han hecho posible su supervivencia, pero para que esa comunidad de personas adquiriera su verdadera significación debe fundarse en el amor, en un amor que vivifica las relaciones personales entre sus miembros y que constituye la fuerza interior de la comunidad familiar, sin el amor la familia no sería una verdadera comunidad de personas, le

faltaría ese germen interior para su vida, crecimiento y desarrollo. El amor entre los cónyuges es la piedra angular de la institución familiar; este amor mutuo les lleva a compartir un proyecto en común, de acuerdo con (Rodrigo MJ, Palacios J, 2004) este proyecto vital de existencia conjunta en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, se crea un compromiso personal entre los miembros, que se quiere duradero, ya que se establecen fuertes relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.

El carácter permanente es una nota o característica diferenciadora respecto de otras formas de vida comunitaria, y esto es así, como muestra la memoria histórica, ya que ningún estado ni ideología han podido desestructurar esta institución de orden natural. Aunque algunas ideologías de carácter materialista pronosticaron su desaparición, se llegó a pensar que la familia era una rémora para el progreso de la sociedad, una estructura reaccionaria que deposita en la personalidad infantil los gérmenes de una tradición inmovilista y, en consecuencia, se opone al desarrollo del género humano (Pinillos, 1982:120); sin embargo el tiempo ha confirmado la falta de consistencia de estas teorías, reforzándose por el contrario la importancia del papel social de la institución familiar.

Desde una perspectiva antropológica la familia es, evidentemente, el primer contexto al que ha de adaptarse el neonato, ésta garantiza su supervivencia física mediante los cuidados necesarios para su desarrollo físico: alimentación, higiene; es el espacio natural donde el ser humano se desarrolla y puede evolucionar hasta alcanzar su plena autonomía personal. El contexto familiar debe proveer unas condiciones que faciliten el desarrollo del ser humano como tal, es decir, debe ofrecer un contexto humanizador, ya que este puede optimizar o inhibir y dificultar el desarrollo de los procesos a lo largo del desarrollo ontogenético (Arraz Freijo E, 2005).

FUNCIONES Y RELACIONES

Expuestas algunas cuestiones sobre lo sustantivo de la familia se hace necesario, a continuación, estudiar sus relaciones y funciones dentro de la misma. En consonancia con la teoría general de sistemas la familia es un sistema abierto en constante interacción entre sí, y en intercambio con el exterior, porque las relaciones familiares como comunidad de personas se dan en un espacio interactivo de influencia múltiple. Desde un análisis ecológico-sistémico existen una serie de factores internos y externos que condicionan la dinámica familiar (Bronfenbrenner, 1979), las relaciones interpersonales forman parte de sistemas más complejos sometidos a influencias sociales, culturales e históricas. Dentro de esta perspectiva ecológica-sistémica, el microsistema primario es el contexto más próximo y el más influyente; que está compuesto fundamentalmente por los padres, hijos y hermanos, con una estructura jerárquica y en la que se pueden dar una gran variedad de situaciones, desde la

familia monoparental a la familia extensa que acoge también a los abuelos. En este sistema interactivo y dinámico, en el que la crianza no es el único elemento, aunque a nuestro entender sí es uno de los más influyentes para un desarrollo saludable.

El segundo nivel que señala la teoría ecológica es el mesosistema; este hace referencia a la influencia recíproca entre los microsistemas en los que la persona se desenvuelve, como por ejemplo la escuela, que puede considerarse como el principal sistema de interacción externa, ya que es una prolongación de la vida familiar y fundamental para el desarrollo armónico de la personalidad del niño. La calidad de las relaciones tendrá una influencia decisiva en las formas de vida saludables, lo cual exige que padres y profesores mantengan una serie de contactos que ayuden a esta tarea común, su función educativa, pues escalas de valores contradictorias entre el ambiente escolar y familiar serán fuente de conflicto para el niño y factor de riesgo para un desarrollo psicológico equilibrado.

El exosistema es el marco general en el que se dan una serie de relaciones más próximas y que no forman parte del microsistema familiar, como es la relación con parientes, amigos y otros servicios sociales con los que habitualmente la familia cuenta y que suponen un enriquecimiento y apoyo a la misma. Los modelos de evaluación de la calidad centrados en variables ecológicas desarrollados por diversos autores (Pettit, Bates y Dodge, 1997) destacan el valor del apoyo exosistémico en el periodo de crianza, sobre todo en cuanto a la familia extensa. Su intervención en determinadas situaciones por las que puede atravesar alguno de los miembros del núcleo familiar es decisiva, como puede ser la llegada de un hijo, que requiere un esfuerzo adicional; estas formas de apoyo o refuerzo contribuyen al mantenimiento de una familia funcional, amortiguando el impacto de la sobrecarga y por tanto los factores de estrés negativo.

Otro de los cambios más significativos que ha sufrido la familia en los últimos tiempos ha sido el de las clases y tipos de relaciones, entre las que podemos destacar algunos muy positivos, como puede ser una conciencia más clara de la libertad personal y de la dignidad de la mujer, la necesidad de desarrollar relaciones entre otras familias en orden a una ayuda recíproca; sin embargo, podemos también señalar signos preocupantes, como es la degradación de algunos valores fundamentales: una concepción teórica y práctica acerca de la independencia de los cónyuges centrada en una idea errónea de la libertad, entendida no como la capacidad para realizar un proyecto permanente hacia un bien común sino como una fuerza autónoma que lleva a la autoafirmación y que desemboca en un carácter de provisionalidad; otros elementos adicionales son la ambigüedad acerca de la relación del sentido y calidad de la autoridad entre padres e hijos, y las grandes dificultades que con frecuencia se encuentra la familia por influencia de determinados medios de comunicación, en la transmisión de los valores.

Actualmente las relaciones familiares se orientan, con frecuencia, hacia lo que se le denomina "relaciones puras", no entendida esta relación como ayuda de ambas

partes, lo que significa que ha de ser ayuda recíproca y generosidad para el crecimiento de la unidad familiar, sino en el establecimiento de unos vínculos de igualdad radical donde el intercambio de sentimientos y la gratificación emocional ocupa un primer plano dentro de la vida familiar, por lo que no es extraño por tanto que, (como indica Buendía J, 1999), las familias constituidas por relaciones puras sean una de los principales caldos de cultivo del estrés que agobia a muchos hombres y mujeres en la época actual.

El bienestar en la familiar depende, en gran medida, del clima familiar y de las relaciones; esta relación debe centrarse en un amor generoso donde el intercambio de sentimientos no debe ocupar el primer plano de la vida familiar, sino en todo caso ha de ser la entrega y la generosidad mutua, y aunque la fuerza del *eros*, término que utilizaban los griegos para definir el amor y que se identifica con el amor pasional o carnal, sea el principio y el motor que desencadena esa pasión amorosa, con el tiempo este amor, para que sea duradero, debe solidificarse con el *ágape* o amor espiritual para llegar a su plenitud y desarrollo integral. Algunos estudios de campo ponen de relieve que la felicidad no está relacionada con el logro de las relaciones profesionales ni el dinero: la gente se siente feliz al cultivar sus relaciones personales, al dedicarse a su familia, y al sentirse respetado e influyente en su propia comunidad.

Las relaciones familiares se dan en un ámbito de estrecha convivencia humana, por lo que a veces es frecuente que surjan conflictos que deben resolverse dimensionando bien el problema y mediante la comprensión, el respeto mutuo y el diálogo, ya que un ambiente familiar crispado de frecuentes problemas y desavenencias entre los cónyuges motiva graves conflictos emocionales en los hijos; diversos estudios avalan que las personas que tienen una relación amorosa estable son significativamente más felices que los que no la tienen; las rupturas familiares dañan profundamente la vida afectiva no solo de los cónyuges sino también la de los hijos; investigaciones realizadas sobre los efectos del estrés producido tras una separación consideran que deteriora el sistema inmunológico durante un año; también se han estudiado los factores personales amortiguadores de estrés figurando el sentido positivo como uno de los factores más significativos, lo cual explica por qué muchas personas con menos recursos y apoyo profesional superan de forma natural grandes contratiempos y adversidades, y cómo estas personas saben compensar las emociones amargas con los aspectos positivos. La salud mental de los padres es un gran predictor de la que disfrutarán sus hijos (Buendía J, 1999).

■ ESTILO EDUCATIVO DE LOS PADRES EN LA SALUD DE LOS HIJOS

La pedagogía moderna manifiesta con objetividad que son numerosas las actitudes que permanecen en nosotros ante los interrogantes fundamentales de la vida,

heredados de nuestra infancia en aquellos primeros años de nuestra existencia. Bastaría como dato negativo tomar la estadística de delincuencia infantil de cualquier país para encontrar la importancia de una dinámica familiar positiva y auténtica. Es en el seno de la familia donde la persona adquiere sus creencias, actitudes, valores y normas sociales; no se puede entender la conducta de un joven al margen del funcionamiento de la familia (Perea Quesada R, 2004).

Dentro de las relaciones familiares los vínculos afectivos constituyen el eje central del dinamismo y el apego intrafamiliar, entendido este como la vinculación emocional que se establece y mantiene entre una persona y otros miembros del entorno familiar. Las relaciones de apego, aunque se mantienen a lo largo del ciclo vital, interactúan en un sistema abierto que va cambiando en consonancia con la propia naturaleza del mismo, y en este proceso hay que considerar dos etapas especialmente importantes, como son la infancia y la adolescencia. El niño durante los primeros meses de vida mantiene una relación de apego regulada por los ritmos biológicos, posteriormente, a partir de los tres meses, aproximadamente, va estableciendo una relación de preferencia por las personas más cercanas y en la medida en que va creciendo esta relación va siendo mas extensa y flexible. El tipo de apego que el niño desarrolla está vinculado al tipo de crianza de los padres, los conflictos, desavenencias y separación entre los esposos deteriora el vínculo que el niño tiene, creándole inseguridad y ansiedad ante el miedo de sentirse abandonado; el niño necesita afectivamente ser aceptado por sí mismo y de forma incondicional, al margen de los logros alcanzados. Durante el periodo de la pubertad se producen una serie de cambios internos que va configurando una nueva identidad personal, es esta una etapa conflictiva y de reajuste donde la figura de apego va cambiando con relación a los padres y la relación con los iguales, por lo que necesitan al igual que en el periodo infantil sentirse queridos y apoyados de forma incondicional.

Una de las principales funciones que le corresponde a la familia es la educación de los hijos. Educar más que una forma de hacer es una forma de ser, no educan los padres por lo que hacen sino por lo que son, el amor es la base constructora sin la cual no hay educación posible.

"El amor, el buen amor, es el motor de toda educación; la condición ineliminable para educar. Claro que ese amor natural, espontáneo, de los padres ha de estar al servicio de la acción educativa, por eso ha de tener un carácter electivo, ético, promotor de su madurez personal, de su propio bien; ese amor es el que suscita respuesta efectiva, general amistad y obediencia en los demás" (Medina Rubio R, 1997:48).

Aristóteles decía que el buen amor es querer el bien para el otro. La coherencia entre los padres es un requisito necesario para abordar de forma exitosa esta tarea, algo que en teoría nadie discute pero que en la práctica no siempre se lleva a término,

coherencia entre lo que se piensa y las formas de vida. La educación de los hijos como toda tarea humana exige tiempo y esfuerzo, y en este caso, especialmente, entrega y generosidad; el tiempo y el esfuerzo que los padres tienen que dedicar a sus hijos es un elemento insustituible que deberá prevalecer por encima del descaso o las aficiones; la exigencia de los padres siempre tendrá que ir por delante de la que se espera de los hijos, el comportamiento de los padres deberá ser un ejemplo para los hijos ya que tiene un gran poder formativo, "las enseñanzas verbales se las cree en tanto que concuerdan con las obras; y así es como estas enseñanzas provocan, a los que entienden su verdad, a conformar con ellas sus formas de vivir" (Millán Puelles, 1963:199).

A pesar de la importancia que presenta la formación de los padres como educadores de sus hijos, no existen suficientes cauces socialmente organizados para formar a los padres de forma que conozcan la trascendencia de sus acciones con respecto a la vida presente y futura de sus hijos. La capacidad para educar, con frecuencia, se considera como algo innato en la persona por el hecho de ser padres, sin que exista una formación sistemática y específica que capacite a la persona para dicha función; ello conlleva que muchos padres jóvenes se encuentren en situaciones difíciles con respecto a la forma de proceder con sus hijos. El repertorio de posibilidades:

"de donde los padres elaboran sus principios de educación cuando ciertas situaciones llegan proceden fundamentalmente de su experiencia, experiencia como hijos que han recibido una educación que ellos valoran positiva o negativa, experiencia de los modelos educativos de familias cercanas, experiencia propia en el caso de varios hijos y de la cultura en la que se hayan inmersos". (Buendía J, 1999).

La educación familiar no se puede considerar solo como una acumulación de experiencias transmitidas y de modelos preestablecidos sino que exige profundizar en los principios básicos del ser de la familia.

Aunque no es fácil determinar el estilo educativo de los padres que optimice la formación de los hijos, ya que el ámbito familiar es un entorno complejo donde hay una gran diversidad de repertorios de conducta y de interacciones a lo largo de los años, como indica (White, 1984) las demandas de los hijos son cambiantes y los padres deben adaptarse a las nuevas circunstancias, a los nuevos problemas, pero dicho esto y a pesar de la dificultad que entraña el definir y diseñar un patrón óptimo, todos los modelos psicológicos destacan la importancia de los patrones educativos de la familia y su repercusión sobre el comportamiento y desarrollo de los hijos. Se podría afirmar que la familia es fuente de prevención, ya que influye en el desarrollo sano y equilibrado de sus miembros o factor de riesgo para la salud, dependerá de su estructura, funcionamiento y tipo de crianza.

Hay una serie de patrones educativos ampliamente estudiados y que se saben perjudiciales para el niño como son:

La falta de coherencia en la disciplina ejercida, cuando los padres no son coherentes en sus formas de actuar con respecto a los hijos, no premian o castigan siempre los comportamientos adecuados sino que son arbitrarios en su forma de actuar o existe desacuerdo entre los cónyuges. *La agresividad y cólera* que lleva al maltrato infantil. *La escasa implicación en la educación* de los hijos así como la falta de control respecto a las tareas de los hijos y falta de implicación en la realización de tareas en común. *Una disciplina rígida* cuyo castigo no es proporcional a la gravedad de la infracción cometida y donde no existe el diálogo para solución del conflicto.

Algunos estudios realizados ponen de manifiesto cómo un comportamiento disfuncional en los padres contribuye al desarrollo de sicopatologías en los hijos. Unos padres *autoritarios* que imponen una disciplina dura, intolerantes y poco dialogantes que no admiten la discrepancia en lo opinable, ya que la consideran como un desafío y que pierden frecuentemente la paciencia con sus hijos e incluso les golpean y amenazan genera en los hijos agresividad, rebeldía y un comportamiento antisocial poco respetuoso con los derechos de los demás. Por otra parte, cuando en la familia se da un estilo *permisivo* de padres excesivamente complacientes con los hijos, indulgentes y poco exigentes, que delegan la responsabilidad en ellos demasiado pronto, antes que tenga madurez para asumirla y que suplen con frecuencia la falta de dedicación con objetos de consumo (golosinas juguetes etc.); estas pautas de comportamiento tienen como resultado en los hijos una escasa tolerancia a la frustración, dependencia y falta de responsabilidad.

"Cuando la autoridad cede a la permisividad, cuando las energías juveniles no encuentran ideales responsables y consistentes que merezcan la pena, el sexo, la droga, la inadaptación, la agresividad, la integración en sectas, u otros aliviaderos de renuncia a la responsabilidad personal (García Hoz, 1976) harán acto de presencia en los miembros más vulnerables de la familia". (Medina Rubio R, 1997).

El estilo de crianza de los padres tiene una gran influencia en el desarrollo de una personalidad armónica y saludable, coincidiendo una mayoría en el estilo democrático como el más adecuado. Según el estudio de (Cooperrsmith, 1967) este estilo educativo está asociado con el desarrollo de una autoestima positiva en los hijos; esta forma de hacer no es inflexible ni blanda, respeta los derechos y las iniciativas de los hijos ya que la comprensión no está reñida con la firmeza y la no arbitrariedad, los padres pueden corregir con energía pero de forma constructiva, valorando mas el esfuerzo que los resultados, debe existir una participación reciproca y participativa.

El espacio familiar debe constituir un medio facilitador para el diálogo y el afecto mutuo donde se debe aprender a escuchar, de esta forma el niño se hará más comunicativo y contará aquellas cuestiones que le preocupa, las relaciones y el tiempo que se dedica a los hijos debe medirse en términos cualitativo, en el que las normas no se imponen sino que se ejerce la autoridad de forma equilibrada; los padres tienden a evaluar a sus hijos y a veces proyectan su frustración y se crean expectativas que responden más a sus propios deseos que a los intereses de los hijos, mostrándoles decepción cuando no coincide con sus propios intereses. Otra práctica muy extendida y que no ayuda a la tarea educativa de los hijos es compararle con los demás, ya sea hermano o amigo; cada persona es única e irrepetible, por lo que no pueden darse dos personas iguales, se le debe aceptar como es, reforzando aquellos aspectos positivos y premiando más el esfuerzo que los resultados.

Los padres deben hacer un esfuerzo por alcanzar el mayor grado de objetividad con respecto a los hijos, de forma que puedan ayudarles a que se fijen metas realistas de acuerdo con sus capacidades e intereses, de esta forma el esfuerzo será proporcional al logro alcanzado, evitando acumular fracasos que puedan desencadenar una falta de autoestima. A la hora de corregir no se debe censurar a la persona sino al hecho, que debe ser explicado, no utilizando calificativos como por ejemplo: irresponsable, vago etc. Siempre se debe mostrar afecto y apoyo mediante manifestaciones externas sin dar por supuesto que el niño sabe que se le quiere, de esta forma entenderá mejor que la exigencia no está reñida con el cariño. *Educar en la responsabilidad* es otra de las metas educativas de los padres, ya que todo lo que se aprende desde pequeño tiene una mayor consistencia de adulto, pues las actitudes radicales se adquieren en la infancia. Asignar al niño alguna tarea dentro del hogar le ayuda a sentirse útil y favorece el trabajar en equipo.

La inteligencia emocional según Goleman se refiere a la capacidad de expresar nuestros sentimiento de la manera más eficaz, posibilitando la colaboración en la consecución de un objetivo común; los padres deben enseñar a los hijos a controlar sus propias emociones y estados de ánimo, aunque este proceso de aprendizaje es lento, sin embargo permite ir aprendiendo por experiencia el manejo de las propias emociones e impulsos y finalmente llevará a la madurez emocional. Ningún niño nace sabiendo que es el autocontrol, por lo que habrá que explicarle que normas de conducta son necesarias para convivir con los demás, así como las consecuencias que se derivan de su incumplimiento, esto también le proporcionará una serie de referencias para saber actuar en determinadas situaciones, la falta de autocontrol emocional como señala (Bermúdez MP, 2001:123) lleva a explosiones de emociones muy intensas como ira, agresividad o ansiedad elevada que son reforzantes a corto plazo por la liberación de la tensión pero no a largo plazo, ya que las consecuencias van desde los problemas de relación con los demás hasta la interferencia con el rendimiento académico, comportamientos conflictivos y de adultos a desarrollar problemas de salud.

En definitiva, se trata de enseñar a los hijos aquellos principios, valores y destrezas para la vida actual y acorde con la propia naturaleza de su ser como persona para que llegue al máximo desarrollo posible de sus potencialidades y poder alcanzar la felicidad.

FAMILIA Y ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de transición de niño a joven que dura aproximadamente cuatro años. Durante este periodo se producen cambios importantes que los padres deben conocer para poder ayudar a sus hijos en este periodo, a veces, algo conflictivo. Los cambios que se producen son a nivel:

- *Físico*: no se producen siempre y en todas las personas al mismo tiempo y con la misma rapidez, por lo que estas diferencias pueden ocasionar algunos problemas, como puede ser sentirse inferiores en algunos aspectos y tener una visión distorsionada de sí mismos; en estos casos es importante que se les confirme que las diferencias son normales, de esta forma se les ayudará a tener una imagen ajustada.
- *Emocional*: se suelen producir cambios bruscos en el estado emocional, pasan de la euforia a la tristeza, así como también en las formas de expresar sus sentimientos.
- *Mental*: la formación de la identidad es el cambio más relevante, el pesar en quiénes son y quiénes quieren ser les ocupa un tiempo importante, por lo que no siempre sus comportamientos son muy acordes con sus ideas; durante estos cambios de exploración sobre su propia identidad, quiénes quieren ser, los adolescentes buscarán un referente sobre todo en sus padres, por lo que el ejemplo que se dé a los hijos será algo valioso y de mayor impacto que cualquier intervención u argumento.

Aunque algunos estudios muestran las dificultades por las que atraviesan algunos adolescentes, también es cierto que un gran número de ellos llegan a la edad adulta habiéndolas superado de forma satisfactoria, sobre todo si han tenido apoyo por parte de los padres. Algunos temas que requieren una especial atención por parte de los padres son:

- *La comunicación*: siempre será mas fácil si se han desarrollado estos hábitos durante la infancia y también cuando se conecta con los intereses y necesidades de los hijos, se propicia un ambiente de confianza y cercanía que al mismo tiempo respeta la necesidad de privacidad que el adolescente necesita; es importante buscar el momento oportuno para entrar en diálogo y siempre

respetar el derecho a opinar de forma diferente, aunque se fijen unos límites, ya que aunque los adolescentes se resisten sin embargo los necesitan. No se debe luchar por todo, ya que hay cosas que no tienen gran importancia y trascendencia, por lo que habrá que establecer un orden de valores y poner el esfuerzo en las cuestiones importantes.

- *Autonomía y libertad*: es un momento en el que se debe compaginar libertad y responsabilidad sin olvidar, por otra parte, que el error es connatural con el hombre y también fuente de aprendizaje, por lo que se les debe ayudar a decidir por sí mismos y a asumir las consecuencias derivadas de sus acciones, guiarles sin ejercer un control excesivo.
- *Seguridad y autoestima*: está relacionada con el fortalecimiento de la propia identidad, el deporte y la realización de otras actividades culturales ayudarán a su consolidación; no obstante, si persisten síntomas preocupantes de inseguridad y baja autoestima conviene consultar a un profesional. El amor incondicional de los padres le ayudará a sentirse seguros.
- *Los amigos*: para los adolescentes cobra una especial importancia el sentirse miembro de un grupo ya que los que no tienen amigos suelen presentar baja autoestima y riesgo de padecer desajustes psicológicos. Aunque los amigos los eligen los hijos, los padres deben conocer sus amistades ya que no podemos olvidar la importancia que tiene su influencia (consumo de drogas, alcohol, estudio y otros hábitos).
- *La información sobre la sexualidad*: este es un tema que preocupa bastante a muchos padres, no debe limitarse a la información biológica reproductiva, sino que debe contextualizarse dentro de los sentimientos y del respeto a la privacidad, intimidad y los derechos de los demás, debe contemplar todas las dimensiones de la persona.
- *Los valores familiares*: si a los padres se les preguntara cómo les gustaría que sus hijos fuesen de adultos, posiblemente una gran mayoría contestarían que honrado, trabajador, honesto, respetuoso, responsable etc. Los niños que se desarrollan en familias que cultivan unos valores morales son más felices y aunque la influencia externas puede complicar el proceso, el ejemplo de los padres es decisivo:
 - Si los padres se esfuerzan en terminar una tarea difícil, favorecerá que su hijo termine sus tareas y deberes.
 - Si los padres aceptan perder en el juego con buen humor, los hijos aprenderán que ganar no lo es todo.
 - Si los padres se tratan con respeto, ellos tratarán a los demás con respeto.
 - Si no desprecian a nadie por cuestión de raza o religión es más probable que los hijos sean tolerantes.

- Cuando los padres toman decisiones de forma conjunta y razonada, los hijos se dan cuenta.
- Si los padres aceptan los fracasos como parte de la vida, pero siguen adelante, los hijos aprende a superar los problemas.
- Si se acepta con humor los propios errores, los hijos serán más capaces de aceptar las propias imperfecciones.
- Cuando se valora a los demás por lo que tienen es posible que los hijos quieran tiranizar exigiendo cosas superfluas. (Departamento de Educación de los Estados Unidos 2005)

En definitiva, se trata de vivir en la familia aquellos valores que se quieren transmitir a los hijos ya que los padres son los primeros educadores.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Abel K, Buszewicz M, Davison S, Johnson S, Staples E. *Planning community mental health services for women. A multiprofessional handbook*. London. Routledge. 1996.
- Araz Freijo E. *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid. Pearson. 2005.
- Bermúdez M^aP. *Déficit de autoestima. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid. Pirámide, 2001.
- Brofenbrenner U. *Is early intervention effective? A report on longitudinal evaluations of preschool program*. Washington, CD: Department of Health Education and Welfare, Office of Child Development. 1974.
- Brofenbrenner U. *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona. Paidós Ibérica. 1979.
- Buendía J. *Familia y psicología de la salud*. Madrid, Pirámides, 1999.
- Coopersmith S. *The antecedents of self-esteem*. San Francisco. Freeman, 1967.
- Departamento de Educación de los Estados Unidos. *Como ayudar a su hijo en los primeros años de la adolescencia*. Washington. 2005.
- García Hoz. Citado en: Medina Rubio. La familia y la formación de las actitudes personales ante la vida. En: López-Barajas (ed.) *La familia en el tercer milenio*. Madrid. UNED. 1997.
- Goleman D. *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona. Kairó, 2002.
- Green LW, Kreuter MW, Deeds, SG, Partridge KB. *Health education planning: A diagnostic approach*. CA: Mayfield Publishing Co, 1980.
- López-Barajas E. *La familia en el tercer milenio*. Madrid. UNED. 1997.
- Medina Rubio R. La familia y la formación de las actitudes personales ante la vida. En: López-Barajas (ed.). *La familia en el tercer milenio*. Madrid. UNED. 1997:29-51.
- Martin LL, Kettner PM. *Measuring the performance of human service programs*. CA. Sage Publications. 1966.
- Millán Puelles A. *La formación de la personalidad humana*. Madrid Rialp. 1963.
- Perea Quesada R. *Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid. Díaz de Santos, 2004.

- Pettit G, Bates J, Dodge K. Supportive parenting, ecological context, and children's adjustment: A seven year longitudinal study. *Child Development*; 1997;72, pp 583-598.
- Pinillos JL. Familia consensual integrativa. En la obra colectiva: *Alternativas de la familia consensual*. Madrid. Karpos. 1982.
- Plutarco. Sobre la educación de los hijos. En: Plutarco (ed.) *Obras morales y de costumbres*. Madrid. Gredos, 1992.
- Rodrigo M^aJ, Palacios J. *Familia y desarrollo humano*. Madrid. Alianza, 2004.
- White P. A model of the Layperson as Pragmatist. *Personality and Social Psychology Bulletin*; 1984;10, 3, 333-348.

La escuela como escenario para un desarrollo saludable

Rogelia Perea Quesada

INTRODUCCIÓN. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO ESCOLAR. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CIERTAS PATOLOGÍAS. IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA. PROCESOS DE INTEGRACIÓN CURRICULAR. INTERACCIÓN FAMILIA ESCUELA. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

Últimamente se viene constatando un interés creciente por la promoción de la salud, considerándose como un valor individual y colectivo al que todo ciudadano tiene derecho. La Constitución Española, en su Artículo 45.2, señala la obligación de los poderes públicos de arbitrar los medios necesarios para proteger la calidad de vida y defender y restaurar el medio ambiente apoyándose en la solidaridad colectiva.

La ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, en el Artículo 17, al definir los objetivos de la educación primaria, señala entre otros:

"Adquirir habilidades para la prevención y para la resolución pacífica de conflictos, que les permitan desenvolverse con autonomía en el ámbito familiar y doméstico, así como en los grupos sociales con los que se relacionan".

"Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física y el deporte como medio para favorecer el desarrollo personal y social".

La educación para la salud, aunque se construye sobre una serie de conceptos, para su consolidación es necesario el desarrollo de *actitudes, hábitos y comporta-*

mientos positivos fundamentados sobre un sistema de valores que responda a un modelo valioso de sociedad.

También conviene señalar que, aún considerando la importancia de los contenidos de salud, por sí solos no serían suficientes para su incorporación a la vida diaria ni para el desarrollo de actitudes positivas. Los procesos educativos y técnicas metodológicas deben llevar a la reflexión y valoración de la salud, junto con las actitudes de los profesores y el ambiente *general del centro* (limpieza de las dependencias, equilibrio en los menús, cumplimiento de las normas, respeto, etc.), son de fundamental importancia. *El Centro deberá ser escuela promotora de salud.*

■ FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Se encuentran en el entorno escolar una serie de factores internos y externos que condicionan el estado de salud, los primeros hacen referencia al propio potencial psicofísico de la persona, mientras que los segundos se refieren al ambiente exterior en general. El educador debe conocer estos factores con objeto de poder intervenir, y orientar la acción educativa en coherencia con las necesidades psicofísicas del niño y en consecuencia hacia el bienestar y salud del mismo. Dichos factores, como hemos señalado anteriormente, pueden ser de carácter físico, psíquico o social, y exigen centrarse bien en la persona del alumno o en el propio entorno escolar.

El educador, por su contacto directo y continuo con el niño, es un agente importante en la prevención y desarrollo de la salud del escolar, puede observar ciertos estados, actitudes y comportamientos cuya manifestación externa sea un indicador de salud, pudiendo prevenir algunos trastornos de carácter físico o psíquico y también establecer las ayudas oportunas. De igual forma, deberá conocer los elementos del entorno, desde los familiares hasta los propios del recinto escolar, incluyendo los métodos de enseñanza para poder intervenir sobre aquellos que afecten o comprometan la salud de los alumnos.

El medio ambiente escolar saludable no solo es necesario en cuanto a su contribución al desarrollo del estado de salud del niño, sino que interviene también en el aprendizaje de hábitos y comportamientos favorables. Algunos autores han estudiado las relaciones entre el rendimiento escolar y su estado de salud, Chinn (1973), Brown *et al.* (1985) hallando ciertas correlaciones entre dichas variables.

Se trata de conocer, en el presente tema, algunos factores determinantes de la salud de carácter físico y psicosocial, así como el riesgo de accidentes que puede presentarse en el ámbito escolar, con la finalidad de orientar los procesos de enseñanza-aprendizaje hacia una mayor seguridad y bienestar.

El saneamiento o condiciones higiénicas del medio escolar

Tienen una especial importancia en el periodo infantil por el contacto tan directo que el niño tiene con él, así como por su desconocimiento sobre la patogenidad en su proceso de interacción con el mismo. La desinfección diaria de servicios y aulas mediante la ventilación, soleamiento y utilización de productos químicos desinfectantes, evitará la proliferación. En los espacios abiertos y zonas ajardinadas se evitará el contacto del niño con abonos por el riesgo que esto supone en cuanto a la transmisión de ciertas enfermedades.

En el cuidado y control de manipuladores de alimentos, como el control por análisis periódico es bastante difícil, ya que a pesar de repetirlo frecuentemente, en un momento dado puede pasar de negativo a positivo, la mejor forma de control estará en la higiene personal de los que son automanipuladores, lavado de manos antes de tocar cualquier alimento, aislar las heridas con cubiertas impermeables apartándose del trabajo mientras permanezca alguna infección, también se cuidará de forma especial las zonas destinadas para la preparación y servicio de alimentos, cuidando el acceso a la misma de cualquier persona ajena a estas dependencias. Se dispondrá de las instalaciones necesarias y de los espacios adecuados, diferenciando esta zona de las restantes. La higiene en el tratamiento y conservación de los alimentos debe reunir todas las medidas necesarias para evitar riesgos en la salud.

El material escolar es otro elemento importante, su seguridad debe ser total en cuanto a formas, tamaño, así como las sustancias para la elaboración, evitando cualquier elemento tóxico.

Prevención de accidentes

El desarrollo industrial junto con sus efectos positivos ha generado otros no deseados, como es el incremento de productos tóxicos: productos de limpieza, plaguicidas, tráfico de vehículos..., por otra parte, la estructura cognitiva del niño así como su escasa experiencia, la espontaneidad, el deseo de descubrir por propia experiencia y el incompleto desarrollo psicomotor, le puede llevar a la realización de ciertas acciones que puedan suponer un riesgo para su salud, por el desconocimiento de las propias consecuencias y de los factores de riesgo.

Actualmente, en España, así como en los demás países desarrollados, los accidentes constituyen una de las principales causas de mortalidad infantil. Según datos de la Comunidad Europea, cada año casi veinte millones de niños sufren al menos un accidente; otros estudios indican que uno de cada seis niños es atendido por urgencias una vez al año.

Algunos estudio estadísticos muestran que de 0 a 1 año, los accidentes constituyen el 3,3% de la totalidad de las muertes, de 1 a 4 años ocupan el 27% y entre

5 y 14 años el 38%, Respecto al lugar donde se producen los accidentes, pueden diferenciarse tres ámbitos: *el hogar, la calle y el colegio*, según algunos estudios el 57% de los accidentes infantiles tienen lugar en la escuela.

La Organización Mundial de la Salud señala tres ejes en los que debe centrarse la prevención de accidentes: *la epidemiología, la legislación y la educación*.

Cualquier accidente es consecuencia de varios factores:

- Agente causal.
- Receptor.
- Ambiente.

Los agentes causales, en su mayoría no constituyen un riesgo en sí mismos, ya que son necesarios en el desarrollo habitual; la inadecuada utilización de los mismos y la falta de prudencia son las causas desencadenantes en la mayoría de los accidentes infantiles, por lo que su prevención radica fundamentalmente en la utilización de normas adecuadas y en el desarrollo de hábitos y actitudes que puedan, si no eliminar los riesgos, sí reducirlos al máximo.

El adulto, y en nuestro caso el educador, tiene una misión importante en la prevención, su vigilancia del medio debe ser esmerada así como el desarrollo de destrezas y actitudes en el niño hacia su adecuado uso.

A continuación se señalan algunas de las causas más frecuentes de los accidentes infantiles así como algunas recomendaciones para la prevención de los mismos.

Tráfico de vehículos

- El centro escolar dispondrá de las medidas necesarias para las entradas y salidas al propio recinto así como para el acceso al medio de transporte escolar.
- Deberán disponer también de zonas de recreo propias para evitar que los niños tengan que salir fuera en horas de descanso.
- El transporte escolar deberá cumplir rigurosamente la legislación vigente.
- El acceso a la escuela estará regulado por paso de peatones con protección.
- Los centros escolares deberán estar alejados de zonas de alta densidad de vehículos.

Junto con las medidas de seguridad vial se enseñarán las señales de tráfico y se desarrollarán actitudes positivas para su cumplimiento.

Intoxicaciones

Se cuidará la manipulación de sustancias tóxicas, así como el lugar donde permanezcan deberá estar fuera del alcance de los niños. En el caso de producirse intoxicación, se actuará de la siguiente forma:

- Cuando es producida por inhalación de alguna sustancia tóxica, como medida de prevención de riesgo mayor, se respirará aire puro y se procederá a su traslado inmediato a un centro sanitario.
- Cuando la sustancia es ingerida, no se provocará el vómito para su evacuación cuando dicha sustancia sea cáustica, derivada de petróleo, se presente convulsiones o estado de coma.

Por colisión

Son los accidentes más frecuentes aunque no siempre los más graves; no es fácil su prevención a excepción de evitar aquellos objetos peligrosos o situaciones que puedan provocarlo como puede ser el orden en las entradas y salidas, las aglomeraciones en algunas zonas etc.

Prevención de enfermedades transmisibles y control epidemiológico

Una de las primeras causas de absentismo escolar son las enfermedades infecto-contagiosas. Ello obedece fundamentalmente al escaso desarrollo del sistema inmunológico del niño y a su interacción con el medio. Durante el periodo de la lactancia posee, por transmisión materna, una serie de defensas naturales que le protegen de ciertas enfermedades pero más tarde, a partir de los seis meses, tendrá que ir desarrollando progresivamente su propio sistema de defensa hasta adquirir la completa madurez; por tal motivo y en dicho periodo habrá que cuidar con esmero la integridad biológica del niño frente a las agresiones externas. La prevención en estas edades se centrará fundamentalmente en la mejora de las condiciones ambientales, en el refuerzo artificial del sistema inmunológico a través de vacunas, y en el desarrollo de hábitos de higiene. Hay ciertas enfermedades de transmisión orofecal como es la hepatitis A, que puede ser contagiada con frecuencia en los niños de uno a otro mediante las manos, su lavado después de utilizar los servicios y antes de comer debe ser un hábito a conseguir para la prevención.

En cuanto al cuidado de las condiciones ambientales, se ventilarán las aulas con cierta frecuencia y se evitarán las aglomeraciones, así como los cambios bruscos

de temperatura para que el niño no pase de zonas cálidas como pueden ser las aulas con calefacción, a patios o jardines exteriores sin las debidas prevenciones, como puede ser la utilización de abrigo en épocas de frío.

El control epidemiológico en un centro educativo es de gran importancia, ya que este es un medio apropiado para la transmisión de determinadas enfermedades y que puede ser, en algunos casos, objeto de preocupación por parte de la comunidad educativa. La resolución de estos problemas exige una correcta comunicación, contactar con el Centro de Salud Pública correspondiente al Área de Salud donde esté ubicado el Centro, así como establecer unas medidas de higiene, tales como :

- Cuando se utilicen pañales, estos deben ser impermeables, de fácil limpieza y desinfección, no deben de estar en contacto con la zona de manipulación de alimentos.
- Se debe disponer, próximo al lugar donde se realiza el cambio de pañales, de agua corriente.
- Los pañales usados deben depositarse en un recipiente hermético fuera del alcance de los niños.
- Limpieza y desinfección periódica de los juguetes.
- Limpieza y desinfección frecuente de los lavabos con agua y lejía.
- Disponer de vasos y toallitas desechables en los puntos de bebida y lavado de manos.
- Disponer en los baños de papel higiénico en todo momento.
- Desarrollar en los niños los hábitos de higiene para que realicen el lavado de manos después de utilizar el WC y después de comer.

La aparición de dos o más casos de una misma enfermedad con asociación de persona, lugar y tiempo se puede definir como brote epidemiológico.

La primera medida que se adoptaría es comunicación inmediata al Técnico de Salud Pública del Área Sanitaria correspondiente.

Hay dos mecanismos diferentes que pueden generar la aparición:

- *Por exposición a fuente común*, como es el caso de las toxiinfecciones alimentarias, en cuyo caso todas las personas manifiestan síntomas similares en un corto periodo de tiempo.
- *Por transmisión de persona a persona*, es cuando una persona, generalmente, en el periodo inicial de la enfermedad, transmite a otra la enfermedad y esta, transcurrido un periodo de incubación, manifiesta la misma y así sucesivamente.

Las enfermedades más frecuentes que exigen un control epidemiológico, las podemos clasificar en los siguientes grupos:

- Toxiinfecciones de origen alimentario.
- Hepatitis A.
- Meningitis de cualquier etiología.
- Enfermedades vacunables.
- Tiñas y pediculosis.
- Brotes de gastroenteritis.

Para un control eficaz de cualquier brote epidemiológico se recomienda a los responsables de los centros que en todo momento tengan disponible:

- Un listado de los niños por curso y aula con número de teléfono y reseñado si acude al comedor del colegio.
- Fotocopia de la cartilla de vacunación, que se puede solicitar a los padres en el momento de formalizar la matrícula en el Centro.
- Muestras de las comidas servidas en el menú, en refrigeración durante los tres días, por si tuvieran que ser analizadas.
- Listado de los menús servidos en el comedor, al menos durante los dos últimos meses.
- Vigilancia del absentismo escolar, sobre todo en el caso de haber sido diagnosticada una meningitis y cuando los Técnicos de Salud avisen de una situación con respecto a las enfermedades vacunables (Consejería de Salud. Comunidad de Madrid, 1994).

Ambiente psicosocial

Se centra en las relaciones interpersonales en función con el desarrollo psicológico del niño. Consiste en facilitar un ambiente relajado estableciendo relaciones positivas de cordialidad, estima y afecto, en el cual se irá aprendiendo de forma progresiva aquellos comportamientos favorables a la propia salud y a la de los demás. Será un medio facilitador para un desarrollo psíquico saludable y equilibrado, el respeto a la personalidad individual del alumno exige flexibilidad en el desarrollo de los programas y un trato personal. El educador deberá conocer la personalidad de cada niño con la finalidad de poder ayudarle a conocerse a sí mismo y poder resolver sus propias dificultades y su adaptación al entorno. El niño introvertido y tímido requiere una ayuda mayor, animarle a la participación sin violentarlo ni herirle en su sensibilidad potenciando su autoestima.

Con frecuencia puede presentarse en el niño ciertos trastornos emocionales como "celos" chupeteo del dedo, llanto etc., consecuencia de un ambiente familiar de superprotección; o por el contrario, de falta de afecto. En estos casos será conveniente examinar el propio ambiente de la familia para corregir ciertas

conductas. La prevención de estos trastornos se centrará en el trato cariñoso, favoreciendo la seguridad, confianza y elevando la autoestima pero sin ceder a los caprichos, ignorando las reacciones y actitudes violentas que en momentos pueda manifestar.

El ejemplo de los mayores tiene una gran influencia en el desarrollo de hábitos en el niño, así como su iniciación desde temprana edad; sueño, alimentación baño etc. Desde pequeño se le debe acostumbrar a aceptar ciertas normas sin que ello suponga obediencia ciega ni sumisión, sino ayuda para el autocontrol, respeto a sí mismo y a los demás. La firmeza en las indicaciones y la no arbitrariedad es fundamental, hay que exigir aquello para lo que el niño está capacitado, lo contrario originaría frustración; cualquier indicación dada con serenidad y de forma razonada será mejor acogida que si se ordena con violencia o enojo, el estímulo debe prevalecer al castigo y debe responder al esfuerzo realizado y no a los resultados.

La interacción familia-colegio facilita un desarrollo armónico de su personalidad. Escalas de valores contradictorias entre el ambiente familiar y escolar siempre es fuente de conflicto para el niño, se le ayudará a comprender que pueden coexistir puntos de vista diferentes dignos de todo respeto, de esta forma se evitarán enfrentamientos y aprenderán a ser tolerantes.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CIERTAS PATOLOGÍAS

A continuación señalamos algunas manifestaciones que suelen presentarse en relación con las distintas funciones y que puede ser consecuencia de alguna alteración. Dicha alteración puede estar condicionando el proceso de aprendizaje del alumno y también su integración social. La detección del problema en su momento permitirá establecer la ayuda oportuna y la intervención adecuada.

Visuales

- Demasiada proximidad o lejanía del niño con respecto a su cuaderno o libro.
- Tendencia a hacer la letra demasiado grande o pequeña.
- Desviación excesiva en el trazo de la escritura.
- Cansancio excesivo en la lectoescritura.
- Trastornos de aprendizaje.
- Guiño de ojos en la lectura.

Del lenguaje

Defectos de articulación

Son aquellas alteraciones o deformaciones en los fonemas y cuyo origen puede ser orgánico, funcional o de aprendizaje:

- *Dislalia*. Cuando existe una dificultad permanente en la pronunciación de un fonema. Suele ser de origen funcional motivada por factores socioambientales.
- *Disartria*. Suele ser de origen orgánico o neurológico, como el caso del frenillo o de alteraciones motrices, etc.
- *Inmadurez articulatoria*. No se manifiesta de forma permanente sino ocasional, en determinados momentos. Se muestra en la confusión de fonemas como por ejemplo defícil en lugar de difícil.
- *Tartamudez*. Es un trastorno funcional de origen psicosocial y cuyos síntomas se manifiestan en la frecuente repetición de sílabas y por pausa, que entrecortan la frase.
- *Farfulleo*. Se manifiesta en una forma precipitada en el hablar que corta las palabras por una velocidad mayor en el pensamiento que en la articulación, no suele precisar tratamiento, ya que suele corregirse mediante técnicas de dicción y relajación.

Hay otros problemas o alteraciones en el lenguaje menos frecuentes y relacionados con su integración y simbolización del mismo como son la *disfasia*, *autismo*, *mutismo*, *afasia* y *dilogía*, que no estudiaremos en esta unidad por considerar su objeto dentro del ámbito de la educación especial.

La *dislexia* es un trastorno de lenguaje que se manifiesta en cierta dificultad para el aprendizaje de la lectoescritura al margen de la inteligencia del sujeto y que no debe confundirse con el retraso en el aprendizaje. Aunque generalmente se suele detectar en el inicio de la etapa de educación primaria cuando se inicia el aprendizaje de la lecto-escritura, conviene saber que su detección precoz puede suponer mayor eficacia en su tratamiento. Es de interés conocer su origen con objeto de poder intervenir de forma adecuada. Generalmente esta dificultad debe su origen a problemas de lateralidad, espacio-temporales y de carácter afectivo.

A continuación exponemos algunas notas o característica, que pueden ayudar a su identificación y tratamiento según su etiología:

- *Por dificultad espacial*, rotación de letras como en los siguientes casos, d-b; p-q; n-u, inversión de letras o sílabas, la por al; tapa por pata.
- *Por dificultad auditiva*, ciertas confusiones en los sonidos, c-b; c-q.

Para realizar un diagnóstico es necesario hacer una exploración completa del alumno y de sus capacidades, así como del ámbito escolar y familiar.

Psicomotrices

No es fácil determinar si es de origen psicoafectivo o funcional, a veces es debido a retrasos madurativos. Conviene señalar los principales procesos del desarrollo motor, algunos autores señalan tres fases, la *primera fase*: organización del esqueleto motor, responde a condiciones anatómicas fisiológicas que más tarde por la repetición de actos se forman los llamados actos reflejos. Una *segunda fase*: organización del plano motor, se produce la integración sucesiva, y por último, la *automatización de lo adquirido* en la que se conjugará la maduración motora en un sentido neurológico junto con los sistemas de referencia.

Auditivas

Se considera esta función como fundamental y básica en el desarrollo psíquico y afectivo del niño, así como para su integración social, de aquí su importancia en el cuidado de la misma como en la detección precoz de algún problema. Algunos autores establecen cuatro niveles atendiendo al grado de intensidad:

1. Sordera leve de 20 a 40 decibelios.
2. Sordera de grado medio de 40 a 60 decibelios.
3. De 60 a 80 decibelios sordera grave.
4. Superando los 80 decibelios sordera profunda.

No se debe olvidar que la afectividad juega un papel importante en el desarrollo psicofísico y social del niño, como también en su propio proceso de aprendizaje. Ciertos comportamientos antisociales: inhibición, agresividad, etc., y otros trastornos de la personalidad tales como el desinterés, la falta de motivación e incluso a veces vómitos y dolores de cabeza o estómago pueden tener su origen en un problema de carácter afectivo.

De columna

El dolor de espalda es uno de los problemas de salud que más afecta a los países industrializados y aunque su etiología es diversa, en una gran mayoría este problema tienen su origen en hábitos motores incorrectos: malas posturas, movimientos for-

zados... Cuando el niño adopta una postura insana y la mantiene durante tiempo, el riesgo aumenta, por lo que la prevención de las alteraciones morfológicas de la columna vertebral debe iniciarse en la infancia, ya que también, toda alteración detectada en su comienzo tiene más posibilidades de recuperación y de forma especial cuando la columna es mas flexible y en proceso de desarrollo (Tabla 6.1).

Tabla 6.1. Posturas y movimientos nocivos.

- Mantener el cuerpo inclinado hacia delante y la espalda encorvada.
- Efectuar sobreesfuerzos en el levantamiento de peso.
- Alzar pesos del suelo sin flexionar las piernas.
- Sentarse de forma incorrecta.
- Permanecer sentado durante tiempo, sin cambiar de postura.
- Hacer giros de cuerpo en postura inadecuada.
- Levantar peso estando sentado.
- Soportar peso con el tronco inclinado.

La higiene postural tiene como finalidad promover en el niño hábitos posturales sanos para evitar alteraciones y deformaciones. Una de las posiciones más habituales es la de sentado. El niño permanece en esta posición gran parte de su tiempo realizando diversas actividades: comiendo, escribiendo, estudiando, viendo la televisión, a las que se suman las horas que permanece sentado en el colegio. La higiene postural recomienda sentarse con la espalda recta apoyada en el respaldo de la silla, la pelvis en el fondo del asiento y las rodillas en ángulo recto, los pies apoyados en el suelo y brazos sobre la mesa.

Conviene que el niño adquiera, desde temprana edad, las habilidades motrices necesarias para adoptar posturas y realizar los movimientos adecuados para la realización de las actividades cotidianas.

Algunos estudios realizados ponen de relieve que el peso de las mochilas, los hábitos posturales incorrectos, el sedentarismo y la práctica inadecuada del deporte son, entre otras, la causa de los problemas de espalda en jóvenes.

Se debe ayudar al niño a que sea consciente de las consecuencias derivadas de posturas y movimientos incorrectas, así como de los beneficios de una buena higiene postural. El centro en su proyecto educativo y en las programaciones didácticas deberán concretar objetivos y actividades orientadas a esta finalidad.

■ IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA

A partir de la década de los cincuenta se abrió un amplio campo de investigación sobre las relaciones entre ciertos comportamientos y los factores de riesgo;

tabaco y enfermedades respiratorias obstructivas; enfermedades cardiovasculares y alimentación, tabaco y vida sedentaria; también se ha detectado y de forma preocupante el alto nivel de colesterol en niños debido al alto consumo de ácidos grasos saturados.

Dada la importancia que tienen los estilos o forma de vida en la sociedad actual y para la salud en general, parece necesario y urgente la capacitación del alumno como agente de su propia salud, al igual que el desarrollo de programas educativos y su integración dentro del currículo escolar desde los primeros años de escolarización, dado que en estas edades es donde empieza a configurarse las conductas insanas.

De igual forma, se justifica la necesidad de su integración curricular si analizamos otro problema social de nuestro tiempo, unido al desarrollo científico y tecnológico en el que paradójicamente y junto al mismo crece cada vez más el número de indigentes y marginados. No es fácil creer que solo en el ser mismo de los propios marginados se encuentren todas las causas de su problema y las posibilidades de recuperación, no se puede olvidar que en el hombre existen necesidades básicas imprescindibles desde el momento mismo de su concepción y a lo largo de todo su desarrollo evolutivo y sin las cuales no puede desarrollar su propio identidad.

Los problemas de salud relacionados con ciertos comportamientos que se están presentando en el mundo actual, cada día con mayor virulencia, exigen su prevención desde temprana edad, ideando las estrategias necesarias para su intervención. Estudios realizados sobre los factores determinantes que llevan a la drogodependencia nos muestran la relación de este padecimiento con la falta de alternativas, problemas familiares, y debilidad de carácter. Será significativo como alternativa, presentar desde la infancia y mediante su integración curricular, proyectos de vida gratificantes y valiosos:

- Educar en la afectividad y para las buenas relaciones familiares.
- Potenciar la autoestima.
- Desarrollar las capacidades necesarias para poder afrontar positivamente las presiones del ambiente social.

Esta función preventiva y de promoción de la salud exige una aproximación a la *concepción antropológica y social, un profundo conocimiento del hombre, de la sociedad, y de la educación para poder intervenir hacia un verdadero bienestar social* (Perea Quesada R, 2004).

■ PROCESOS DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, en el Artículo 6. referente al currículo, señala lo siguiente:

"Las Administraciones educativas establecerán el currículo de las distintas enseñanzas reguladas en la presente Ley, del que formarán parte los aspectos básicos señalados en apartados anteriores. Los centros docentes desarrollarán y completarán, en su caso, el currículo de las diferentes etapas y ciclos en uso de su autonomía..."

La integración curricular de la EpS debe responder a los problemas de salud que se están planteando en el mundo actual como consecuencia de los cambios sociales y del acelerado desarrollo tecnológico, pues aunque existen respuestas educativas con relación a problemas concretos como abuso de drogas, tabaquismo y SIDA, debe haber programas coherentes para evitar el riesgo de que, al ser tratados estos temas de forma aislada, la salud se considere desde una perspectiva negativa y solamente en término de problemas. El enfoque educativo debe no solo proteger a los jóvenes de enfermedades y riesgos, sino que la escuela debe ser una fuerza promotora de salud que atienda al niño en todas sus dimensiones y en un sentido holístico e integral. Por tanto "la escuela tiene la responsabilidad de presentar a sus alumnos informaciones adecuadas sobre la salud. También debe ayudar a los alumnos a aclarar sus actitudes y comprender los valores que yacen detrás de elecciones saludables, ayudándoles así a hacer estas elecciones". (Grupo escocés de EpS de la OMS).

Las áreas de contenidos que deben estar presentes en un programa escolar de educación para la salud según acuerdo de los países europeos, incluye las siguientes.

1. Cuidados personales.
2. Relaciones personales y humanas, incluyendo educación sexual y aspectos de salud mental y emocional.
3. Educación alimentaria.
4. Uso y abuso de medicamentos y drogas (legales e ilegales).
5. Medioambiente y salud, incluyendo la energía nuclear y temas relacionados con el equilibrio gaseoso de la atmósfera.
6. Seguridad y prevención de accidentes.
7. Educación para el consumo.
8. Salud comunitaria y su utilización.
9. Vida familiar.
10. Prevención y control de enfermedades.

Algunos países europeos como Inglaterra y Holanda agrupan estas áreas en tres:

1. Relaciones.
2. Cuidados de uno mismo.
3. Comunidad y medioambiente.

Aunque las áreas de contenido anteriormente señaladas responden a un sentir generalizado y al esfuerzo conjunto entre los países europeos para dar una respuesta a los problemas de salud que tiene planteada la sociedad actual, no podemos olvidar que existen otras necesidades de salud específicas que se derivan de cada contexto y que deben ser incluidas también en el currículo una vez identificadas; por ejemplo, no tiene las mismas necesidades de salud una escuela ubicada en una zona urbana que en una zona rural donde la principal actividad sea la ganadería, y por tanto se haya identificado un problema de zoonosis.

En síntesis, la escuela, utilizando la terminología de la OMS, debe convertirse en una "escuela saludable", una comunidad educativa que se ocupe de la salud de todos sus miembros: padres, profesores, alumnos y personal no docente, velar por las condiciones de salud del centro, considerando la importancia del contexto.

La interacción familia-escuela es fundamental para adquirir una personalidad sana. Escalas de valores contradictorias entre el ambiente familiar y escolar siempre es fuente de conflicto para el niño. La colaboración de los padres para el desarrollo de hábitos y actitudes positivas en la etapa escolar se hace necesaria. El primer motivo de su justificación se centra en una necesidad fundamental; la escuela como continuación del ambiente familiar, de las vivencias y experiencias del niño. Para alcanzar un desarrollo progresivo, armónico y saludable es necesario que padres y educadores mantengan una serie de contactos que ayude a esta tarea común.

La importancia de la escuela como medio para la promoción de la salud hizo posible la creación de la red europea de escuelas promotoras de salud, integrada por la Oficina Regional Europea de la OMS, la Comisión de la Unión Europea (CUE) y el Consejo de Europa (CE). Tiene como finalidad facilitar a la comunidad educativa, la adopción de formas de vida saludables en un ambiente favorable a la salud, conviniendo que una escuela promotora de salud es aquella que responde a los siguientes objetivos:

- Favorecer modos de vida sanos y ofrecer al alumnado y al profesorado opciones, a la vez realistas y atractivas, en materia de salud.
- Definir objetivos claros de promoción de la salud y de seguridad para el conjunto de la comunidad escolar.
- Ofrecer un marco de trabajo y de estudio dirigido a la promoción de la salud, donde se tengan en cuenta las condiciones del edificio escolar, de los espacios deportivos y de recreo, los comedores escolares, los aspectos de seguridad de los accesos, etc.
- Desarrollar el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud.
- Posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico, y social, y la adquisición de una imagen positiva de sí mismo, en todo el alumnado.

- Favorecer buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa y de esta con su entorno.
- Integrar la EpS en el proyecto curricular de forma coherente, utilizando metodologías que fomenten la participación del alumnado en el proceso educativo.
- Proporcionar a los alumnos y alumnas los conocimientos y habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a su salud personal y que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad de su entorno.
- Identificar y utilizar los recursos existentes en la colectividad para desarrollar acciones a favor de la promoción de la salud.
- Ampliar la concepción de servicios de salud escolar para hacer de ellos un recurso educativo que ayude a la comunidad a utilizar adecuadamente el sistema sanitario.

La colaboración entre los tres organismos que la integran se centra fundamentalmente en:

- Evitar la duplicidad de acciones.
- Aportar un marco coherente para la innovación.
- Difundir ejemplos de prácticas adecuadas.
- Repartir equitativamente, entre las escuelas, a escala europea, los recursos de promoción de la salud.

El marco organizativo (aunque puede modificarse en función de las necesidades de cada estado miembro) es el siguiente:

- Un comité internacional de planificación a nivel europeo.
- Un centro de apoyo y coordinación nacional.
- La selección de centros educativos por cada estado miembro.
- La constitución de un equipo y la designación de una persona que coordine el proyecto en cada centro educativo.

El proyecto educativo del centro

La integración curricular de forma operacional deberá realizarse en el Proyecto Educativo de los Centros.

La Ley Orgánica 2/ 2006 de mayo, de Educación, en el Capítulo I, autonomía de los centros dispone:

"Los centros docentes dispondrán de autonomía para elaborar, aprobar y ejecutar un proyecto educativo".

Consideramos que al Proyecto Educativo del Centro le corresponde, entre otras, las siguientes funciones:

- Detectar las necesidades de salud del entorno.
- Estudiar y controlar las condiciones de salud del centro.
- Elaborar el proyecto de educación para la salud en el centro y su adaptación a las diferentes etapas.
- Prever los tiempos de aplicación.
- Determinar responsabilidades de las personas implicadas.
- Evaluar el proyecto.
- Determinar la relación de las instituciones sanitarias.
- Controlar el consumo de alcohol y tabaco de los adultos en el centro.
- Control de seguridad e higiene en las instalaciones del centro.
- Controlar la calidad e higiene de los menús.

El desarrollo de una personalidad sana exige considerar junto con las características evolutivas de cada etapa, las propias y diferenciadoras de cada alumno, capacidad para soportar frustraciones, desarrollo afectivo y emocional, temperamento..., que deberán tenerse presentes a través de programas que gradúen en el fondo y en la forma las enseñanzas según las características propias de cada alumno, evitando ansiedades y tensiones que puedan comprometer gravemente el desarrollo posterior, el buen estado de salud y la propia felicidad.

Los objetivos de enseñanza aprendizaje se centrarán en la adquisición de conceptos, procedimientos y desarrollo de actitudes positivas para una vida sana, dichos objetivos se orientarán hacia los dominios:

- *Cognoscitivo*: conocimiento, aplicación, análisis y síntesis.
- *Afectivo*: adquiriendo normas de comportamiento de salud y desarrollando hábitos de higiene.
- *Psicomotores*: desarrollando las destrezas necesarias para la adquisición de hábitos de salud.
- De relación interpersonal.
- De actuación e inserción social.

La selección de los contenidos se realizará en función de los objetivos propuestos y de las necesidades detectadas:

- Higiene y aseo personal.
- Alimentación y nutrición.
- Educación vial.

- Prevención de enfermedades transmisibles.
- Salud mental.
- Actividad física.
- Educación sexual.

Las actividades deberán ser coherentes con los objetivos señalados y con las características tanto psicoevolutivas de los alumnos como las propias o individuales, adaptándose al propio proceso de aprendizaje y motivando un aprendizaje significativo.

Las actividades escolares que alcanzan una transmisión dinámica de los valores, la ciencia y la cultura, al mismo tiempo que producen educación intelectual, exigen cada vez una mejora, una mayor perfección de la que ya era poseída por el entendimiento de los discentes. Es decir, didácticamente es más importante la calidad del trabajo que el número de actividades. Dicho de otra manera, es más importante el hecho de cómo realizan las actividades los alumnos que el mismo hecho de realizarlas (López-Barajas, 1987).

INTERACCIÓN FAMILIA ESCUELA

La Ley Orgánica de 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, en el Capítulo I, Participación en el funcionamiento y gobierno de los centros, Artículo 118, expone lo siguiente:

"A fin de hacer efectiva la corresponsabilidad entre el profesorado y las familias en la educación de sus hijos, las Administraciones educativas adoptarán medidas que promuevan e incentiven la colaboración efectiva entre la familia y la escuela".

Es primordial la importancia que presenta la colaboración de los padres para el desarrollo de hábitos y actitudes en la etapa infantil. El primer motivo de su justificación se centra en una necesidad fundamental: la escuela como continuación del ambiente familiar, de las vivencias y experiencias del niño. Este hecho sistemático y progresivo para un desarrollo armónico y en salud presenta la necesidad de que los padres y educadores mantengan una serie de contactos que ayuden a esta tarea común. Es tal su importancia que exige una innovación que suponga la previsión de un plan cuidadosamente estudiado en el que se señalen objetivos, actividades y temporalización de las mismas. Estas funciones de los padres han de especificarse en el Proyecto Educativo del Centro.

Asociaciones de padres

El sentido armónico de la educación para la salud señalado anteriormente al referirnos a la relación familia-escuela, tiene su expresión orgánica en la constitución de las asociaciones de padres.

Para garantizar una educación de calidad es necesario que, además, las asociaciones de padres atiendan una serie de actividades que no podrían ser realizadas convenientemente por los profesores y que llevadas a cabo por los padres, completan la eficacia educativa de los centros.

La experiencia pone de manifiesto la necesidad de conseguir una gran participación de los padres y de las madres en todos los órganos relacionados con la vida de los centros. Deben estar presentes en las juntas de las asociaciones y en las comisiones que se constituyan.

Con el fin de nutrir las comisiones que han de canalizar toda la actividad entre asociaciones y centros, sería positivo que el Consejo Escolar se dirija a la totalidad de los padres explicándoles todas las posibilidades e invitándoles a adscribirse a las actividades que más se acerquen a sus conocimientos y preferencias. Con objeto de dar un mayor dinamismo y agilidad a las reuniones de dicho consejo y ofrecer una mayor eficacia, se aconseja que las comisiones se reúnan una vez al mes y solo cuando los temas hayan sido debidamente estudiados, se eleven al Consejo Escolar.

Las asociaciones de padres pueden ayudar a que los centros educativos sean cada vez más una prolongación de la familia, y para que esto sea así, todos los padres deben cooperar a que los centros sean algo más que los colegios tradicionales. Conseguir la identificación de intereses y sentimientos entre padres, profesores y alumnos, basada en principios y objetivos aceptados por todos, para potenciar mutuamente la acción educativa y que la escuela sea verdadera promotora de salud.

La justificación del trabajo de las asociaciones no viene dada por la actividad misma que realice, sino por el logro de la armonía dentro de la comunidad educativa. Serán valiosas en la medida que favorece la integración ordenada de los padres en la dinámica del centro. Tarea compleja que puede encontrarse en momentos obstáculos que le aparten de sus fines específicos, pero que si esa desviación se hace crónica, perderá su naturaleza, siendo entonces factor negativo en el rendimiento y pieza disfuncional de primera magnitud. Es obvio señalar que quienes sufrirían especialmente las consecuencias, serían los hijos.

El Consejo Escolar evitará el riesgo de quedarse en vagas generalizaciones. La vida principal por la que penetra en la intimidad de los alumnos la acción educativa, es la familia y cada vez se evidencia más el valor de ésta en la resolución y explicación de los problemas educativos.

Por eso hemos de afirmar cada vez más que la vieja noción de escuela, donde se encontraban profesores y alumnos, se ve ampliada por ese concepto de comunidad educativa en el cual entran como elemento decisivo los padres.

Escuela de padres

La noción educación de padres es relativamente reciente, sin embargo hoy todos los padres tienen conciencia de la necesidad de formarse para favorecer el desarrollo personal de sus hijos. Formación, no a nivel de un profesional de la pedagogía, sino en aspectos básicos de Educación Familiar, pero que ha de ser, no obstante, sistemática, ordenada, profunda y de rigor científico.

Es obvio que educar más que un problema de hacer, de técnicas, es un problema de forma de ser, no educan los padres por lo que saben sino fundamentalmente por lo que son. Esto es algo que nadie duda ni pone en tela de juicio, sin embargo, no es menos cierto que la verdad nos hace libres, y así conocer cuál es la naturaleza de los hijos, su proceso de maduración, la estructura organizativa de los centros, los cauces de comunicación del mismo, las características que ha de tener la participación de los padres, etc., son aspectos interesantes a conocer para realzar una labor eficaz y favorecer un desarrollo saludable en los hijos.

La pedagogía moderna manifiesta con objetividad que son numerosas las actitudes que permanecen en nosotros, ante los interrogantes fundamentales de la vida, heredados de nuestra infancia en aquellos primeros años de la existencia. Bastaría como dato negativo tomar las estadísticas de delincuencia infantil de cualquier país para encontrar la importancia de una dinámica familiar positiva y auténtica.

El contacto entre padres y profesores ha de ser la base para la colaboración, no siempre será posible y necesario un contacto formal previamente concertado, sino que bastará con un intercambio de información en encuentros informales como pueden ser las entradas y salidas al colegio, en algunas ocasiones podrá servir para un intercambio de información rápida pero valiosa.

En el intercambio de información habrá que diferenciar entre la información individual que concierne a cada niño de forma específica y otras más generalizadas sobre metas comunes a un grupo, como pueden ser las sesiones informativas para cada curso o nivel, y serán los objetivos los que determinen los procedimientos o técnicas que más convengan.

Relación del profesor con la familia

El derecho primario de los padres a la educación de los hijos es anterior a cualquier otro de la sociedad civil y del Estado. Así fue recogido por la Declaración Universal de Derechos Humanos el 10 de diciembre de 1948, en su artículo 26, apartado 3ª.

El profesor no necesita mucha experiencia para comprobar que este derecho natural de los padres es evidente, recogido por otra parte en nuestra Constitución y en todas las legislaciones de los países libres, por tal motivo, todo profesor deberá mantener

una actitud de respeto hacia la voluntad de los padres sobre la educación de sus hijos, incluso la Dirección, en la medida de lo posible, dispondrá de los elementos educativos de tal forma que los deseos de la familia sean respetados al máximo. Como tareas del profesor con relación a los padres podemos señalar:

- Informar a los padres de las características generales y de salud del centro, así como de los objetivos generales.
- Informar sobre aspectos concretos en relación con el grupo de alumnos.
- Informar sobre los comportamientos saludables.
- Recabar información sobre el alumno y medio familiar para su mayor conocimiento de hábitos de salud.
- Facilitar la integración de los padres en el centro.
- Propiciar cambios de actitud con relación a ciertos problemas y conductas insanas.
- Canalizar sugerencias y reclamaciones.
- Programar la orientación a padres.

Los procedimientos para informar a los padres pueden ser, entre otros, los siguientes:

La entrevista

Es uno de los instrumentos más utilizados en el intercambio de información por las posibilidades que ofrece en un sentido bidireccional entre padres y profesores. La experiencia aconseja realizar una al trimestre, la primera al inicio del curso para favorecer el acercamiento entre padres y profesores y también para obtener la información necesaria sobre el niño, características individuales, ambiente familiar, etc., y poder orientar de forma adecuada la actividad educativa. En cada entrevista se marcarán metas concretas a conseguir en un periodo de tiempo en función de las características individuales de cada alumno, antes de marcar nuevos objetivos se realizará una evaluación entre padres y profesores de los logros alcanzados y de las dificultades en el proceso. En cuanto a la forma de llevar a cabo una entrevista podemos señalar:

- Tono amistoso de cordialidad y de respeto, recabando solo aquella información que sea necesaria.
- Utilizar un vocabulario sencillo sin tecnicismos.
- Aprovechar el tiempo. Evitar que la conversación derive hacia temas de política, economía o sociales en general. Los temas de carácter general del centro no se tratarán tampoco, solo se tratarán aquellos temas que se refieren a la educación de su hijo o hija.

- Hay que ser muy concretos, pequeñas metas a realizar por los padres y profesores, que puedan suponer una mejora del alumno.
- A lo largo de la entrevista siempre se tomará nota de cuanto sea interesante. Este proceso ayuda a ser más objetivo y a no abandonar a la memoria y al correspondiente riesgo de olvido cuestiones que puedan ser importantes.
- Establecer un horario viable, que permita poder llevarse a cabo teniendo en cuenta las condiciones laborales de los padres y las distancias.
- El lugar donde se desarrolle la entrevista es igualmente importante. A veces, el aula podrá ser el espacio adecuado, ya que la propia imagen, como pueden ser la decoración, el material que se utiliza, la disposición de la clase, etc., puede influir o ser un gran complemento de la palabra.
- Mantener una actitud de escucha y neutral cuando exista discrepancia entre ambos cónyuges.
- Comenzar siempre con los aspectos positivos y procurando tener siempre una perspectiva esperanzadora sin ocultar las dificultades o problemas que puedan existir.

Respecto a los temas que deben ser tratados en estas entrevistas basta decir que son todos aquellos que favorecen una educación de la singularidad, la autonomía y el desarrollo de hábitos y actitudes saludables. En concreto pueden señalarse los siguientes:

- *Deficiencias físicas o psíquicas.*
- *Adaptación emocional.* Conocer a los hijos como son y ayudarles a conocerse y aceptarse.
- *Valores humanos:* sinceridad, laboriosidad, reciedumbre, fortaleza, generosidad, valentía, lealtad, nobleza, tenacidad, constancia, orden, alegría, espíritu de servicio y optimismo.
- *Inteligencia general y aptitudes.* Posibilidades que tiene en un periodo escolar concreto para hacer una predicción realista y adecuar la exigencia. Integración en el centro.
- *Temperamento.* La capacidad receptiva y la fragilidad psíquica no es igual en todos los alumnos; es más, empíricamente se aprecian diferencias muy notables. De todas formas, es conveniente tener en cuenta que todos los temperamentos son igualmente buenos, lo verdaderamente importante es la educación y autodomínio de los mismos, que son la mejor expresión de una persona madura y equilibrada.
- *Carácter y personalidad.* Especialmente los rasgos de introversión extroversión, dominante o sumiso, y control emotivo o neuroticismo, por la importancia que tiene en la sociabilidad de los alumnos.

- *Adaptación familiar*, cuando ésta es positiva y auténtica se resuelven los problemas educativos. Relación con padres y hermanos. Sobreprotección, comportamiento, lo que cuenta del colegio, número de hermanos y lugar que ocupa en orden cronológico.
- *Adaptación escolar*. Comportamiento con profesores y alumnos, participación, disciplina.
- *Hábitos de alimentación, higiene y limpieza*.
- *Utilización del tiempo libre*.

No es suficiente que se conozcan y se valoren ciertos temas, como base fundamental para la salud de los escolares, sino que habrá que programar actividades variadas que permitan al alumno repetir actos frecuentes que le lleve a la consecución de hábitos sanos, integrando dichas actividades en la programación de cada una de las áreas y que los padres deben conocer con objeto de poder reforzar y apoyar en su tarea. Un ejemplo sería, en relación con el objetivo de espíritu de servicio, que el niño no solo se limitará a colaborar en el colegio mediante el cumplimiento de algún encargo, sino que al mismo tiempo que este objetivo se trabaja en el colegio también se exigiera por los padres en la casa, acostumbrando al niño a colaborar en las tareas familiares mediante otro encargo en la familia.

El cuestionario

Es un instrumento para la recogida de información, que puede ser de utilidad para conocer hábitos y conductas de salud de los padres y de los escolares, con objeto de poder intervenir, en caso necesario, hacia un cambio de comportamiento o una mejora en dicha conducta. Para la elaboración de un cuestionario es necesario saber con claridad el aspecto o dimensión que se quiere medir, establecer unas categorías y adecuar los ítems a dichas variables.

Tipos de cuestionarios

Por la forma de redactar los ítems pueden ser de preguntas abiertas o cerradas: la primera forma presenta una mayor libertad en la respuesta, mientras que la segunda obliga a elegir una opción entre las propuestas. Los cuestionarios de preguntas abiertas presentan la ventaja de poder profundizar más en algunos aspectos pero también supone una mayor dificultad en la tipificación, sin embargo, los de preguntas cerradas aunque en su elaboración exige un mayor esfuerzo al tener que contemplar todas las posibilidades para la elección correcta, suponen una menor dificultad tanto para la respuesta como para su corrección.

Temas que pueden tratarse

- La televisión: horas que dedican los padres y los niños a verla, programas que prefieren, valoración que hacen.
- Horario de descanso y de juego.
- Alimentación: dieta, hábitos de higiene, gustos y preferencias.
- Relaciones familiares: tiempo de dedicación a la familia, nivel de comunicación y confianza.
- Actividad física: tiempo que se dedica, actividades que se prefieren.
- Hobbis.
- Consumo de alcohol, tabaco o droga y medicamentos.
- Relaciones sociales: amistades.

Sesiones informativas

Las sesiones informativas se orientan fundamentalmente para la transmisión de información general con relación al centro y al grupo de alumnos, pueden hacerse con padres de un curso, ciclo o etapa según los objetivos a tratar.

Cuando se trate de una información de carácter general, como puede ser una campaña de vacunación, pueden reunirse a todos los padres de Etapa; sin embargo, cuando los temas a tratar hagan referencia a características de un grupo determinado se realizarán en sesiones más reducidas, grupos de aula.

A continuación se señalan algunos temas de interés que deben tratarse por grupos:

- *Alimentación y nutrición.* Conocer las necesidades nutritivas en la etapa infantil, así como su importancia en el desarrollo psicofísico del niño, mostrando la necesidad de desarrollar en él una serie de hábitos alimenticios no centrados en el capricho y que solo podrán conseguirse mediante la aceptación y colaboración de los padres.
- *Conservación y manipulación de alimentos.*
- *El sueño.* Se ha comprobado que una gran número niños no duermen lo necesario, repercutiendo la falta de sueño en su rendimiento escolar y en la salud, de aquí la necesidad de orientar a los padres para el control y cuidado en el horario.
- *Educación sexual,* como otros temas de educación para la salud, deben iniciarse en la etapa infantil, y en este caso es la familia y los valores que en ella se mantengan de fundamental importancia para el desarrollo de actitudes positivas.

- *Drogodependencias*. Aunque pueda parecer la etapa infantil poco propicia para la educación de drogodependencias, sin embargo, es la base para la prevención. Como señalamos anteriormente, los problemas de salud relacionados con ciertos comportamientos que se están presentando en el mundo actual, cada día con mayor virulencia, exigen su prevención desde temprana edad ,ideando las estrategias necesarias para su intervención
- *Prevención de accidentes*. Actualmente, los accidentes en la infancia constituyen uno de los índices más altos de mortalidad en este periodo de la vida.
- *Salud psíquica*. Sobre los aspectos familiares que influyen en la salud mental: valores, normas y funcionamiento dentro de la familia, relaciones afectivas dentro de la misma.

Notas informativas

Constituye el procedimiento más sencillo para el intercambio de información, puede utilizarse para la comunicación de aspectos cotidianos más significativos, para su simplificación puede utilizarse impresos con los datos a rellenar.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Álvarez Alva R. *Salud pública y medicina preventiva*. México. Manual Moderno. 1991.
- Apel M. *Ideology and Curriculum*. London. 1979.
- Brown J, Muhlenkamp AF, Fox LM, Osborn M. The relationship among health beliefs, health values, and health promotion activity, *Western J. Nursing Research*; 1985:5.
- Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. Dirección General de prevención y Promoción de la Salud. *Documento nº 4*. 1994.
- Chinn PL. A relationship between health and school problem: a nursing assessment. *J Sch Healths*. 1973.
- Diputación General de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. Ministerio de Educación y Ciencia. *Educación para la Salud: propuestas para su integración en la escuela*. 1991.
- Gómez Risueño MA. La educación para la salud en el sistema educativo no universitario español: el referente europeo y la situación en España. En varios: *Aprender para el futuro: Educación para la Salud*. Madrid. Fundación Santillana. 1994.
- González Lucini F. *Temas transversales y educación en valores*. Madrid. Anaya. 1994.
- Gutiérrez García JJ, López Alegría C et al. *Intervenciones de Educación para la Salud en la etapa de Educación Secundaria*. Murcia. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. 2006.
- Informe del Grupo Escocés de Educación para la Salud. *La escuela saludable*. Ginebra. OMS. 1999.

- Junta de Andalucía. Consejería de Educación y Ciencia/Consejería de Salud. Propuesta de Educación para la Salud en los centros docentes. 1990.
- López-Barajas E. *Formación de formadores*. Madrid. UNED. 1987.
- Ministerio de Educación y Ciencia. *Temas transversales*. 1992.
- Ministerio de Sanidad y Consumo Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. *Alimentación saludable*. Guía para profesorado. Programa Perseo. 2007.
- Moreno C, Muñoz Ticono V et al. *Desarrollo adolescente y salud. Resultados del estudio HBSC-2006 con chicos y chicas de 11 a 17*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. NIPO: 351- 08 – 036 – 0.
- Perea Quesada R. *Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo*. Madrid. Díaz de Santos. 2004.
- Piaget J, Hinhelder RA. *Psicología del niño* Madrid. Morata. 1972.
- Pinillos. Responsabilidad de los padres y autonomía de los hijos. En: *Relación familiar padres e hijos*. Madrid. Instituto Ciencias del Hombre. 1980.
- Reyzábal M^a V, Sanz AI. *Los ejes transversales. Aprendizajes para la vida*. Madrid. Escuela Española. 1995.
- Ruíz Fernández NL et al. *Manual de urgencias en el ámbito escolar. Orientaciones para los centros educativos*. Oviedo. Consejería de Educación y Ciencia. Dirección General de Ordenación Académica e Innovación. 2006.
- Sáez, S, Marques F, Collel R. *Educación para la Salud*. Lleida, Pagés Editors. 1995.
- Salvador Llivina T. *Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. 2008.
- Sarlet-Gerken AM. *Salud, Medio-Ambiente, Tolerancia y Democracia: La transversalidad educativa*. Murcia. DM. 1996.
- Young I, Williams T. *The Healthy School*. Edinburgo. Scottish Health Education Group. 1989.

7

Formación para la salud y seguridad en el trabajo

Rogelia Perea Quesada

INTRODUCCIÓN. LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. ORGANISMOS PÚBLICOS EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. SALUD LABORAL Y MEDICINA DEL TRABAJO. SÍNDROME DE *BURNOUT* O DESGASTE PROFESIONAL. *MOBBING*: MANIFESTACIONES Y CONSECUENCIAS. EL ESTRÉS LABORAL Y SU AFRONTAMIENTO. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

■ INTRODUCCIÓN

El ámbito laboral como espacio educativo para el desarrollo de actividades de educación para la salud cada día cobra mayor importancia, dado el número de horas que la persona permanece en el trabajo. Se ha comprobado mediante diversas investigaciones, que un alto índice de morbilidad está estrechamente relacionado con el mundo laboral. La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida en el Trabajo realizó una encuesta sobre la salud y seguridad laboral en Europa en una población de 12.500 trabajadores: el 12% han cambiado de puesto de trabajo en busca de otro más saludable y el 30% de los encuestados estiman que su salud corre algún tipo de riesgo en su trabajo.

El cambio, considerado como uno de los principales factores que caracterizan a la sociedad actual, exige a la persona y a las organizaciones una continua capacidad de adaptación, así como afrontar determinados retos y enfrentarse a posibles amenazas; en el ámbito profesional ya no se exige solo capacitación para el desempeño de las diferentes tareas que configuran un puesto de trabajo, sino preparación, flexibilidad y

capacidad de adaptación para asumir diversas competencias. La exigencia del mundo laboral requiere el desarrollo de técnicas y destrezas, entre otras, de afrontamiento al estrés para aprender a manejar nuevas demandas y retos de forma más eficaz, debe ser un programa personal orientado específicamente a reducir los factores de riesgo para la salud y potenciar la calidad de vida.

Aunque la Ley de Prevención de Riesgos Laborales ha supuesto un avance en cuanto a la protección de la salud del trabajador, ya que establece los principios generales relativos a la prevención de riesgos profesionales así como la participación y formación del trabajador en materia preventiva, las necesidades en materia de salud, últimamente, están aumentando considerablemente, debido a que han ido surgiendo nuevos factores de riesgo relacionados con las nuevas condiciones de vida y el acelerado desarrollo tecnológico, y ello exige nuevos procedimientos para la protección y prevención del trabajador, un cambio tanto de la organización como de la conducta y el ambiente empresarial.

Dentro de la salud laboral, la seguridad e higiene en el trabajo es el tema que alcanza una mayor regulación; no obstante, las nuevas condiciones laborales y algunas políticas de empresa donde el trabajador es considerado más como individuo y elemento de producción que como persona, requiere nuevos planteamientos, una nueva cultura de la prevención (Figura 7.1) tanto a nivel empresarial como social y legislativo que esté a la altura de las nuevas exigencias.

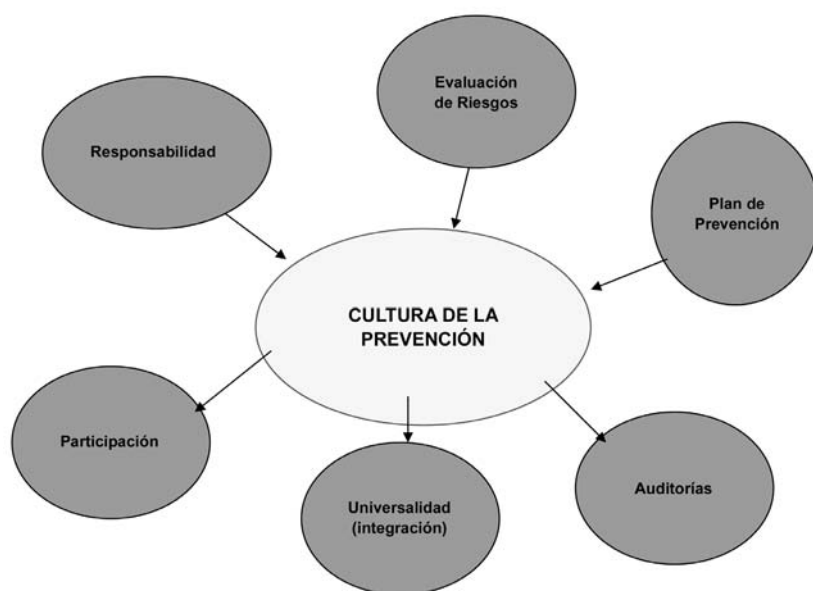


Figura 7.1. Diagrama que representa los fundamentos de la cultura de la prevención.

LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales ha supuesto un gran avance en cuanto a la promoción de la salud de los trabajadores. Con esta ley se desarrolla el mandato contenido en el Artículo 40.2 de la Constitución Española en virtud del cual se encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, la misión de velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Asimismo, ante la necesidad de armonizar nuestro ordenamiento con las directrices comunitarias en esta materia, la ley lleva a cabo la incorporación de varias directivas sobre protección de la salud de los trabajadores en el trabajo.

Con la nueva ley se intenta superar la dispersión normativa existente hasta entonces, así como actualizar una regulación que se encontraba claramente desfasada.

La citada ley se estructura en siete capítulos.

El *Capítulo 1* se ocupa del objeto y ámbito de aplicación de la ley. Así, en el Artículo 2 dispone:

"La presente Ley tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo.

A tales efectos, esta Ley establece los principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales para la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación o disminución de los riesgos derivados del trabajo, la información, la consulta, la participación equilibrada y la formación de los trabajadores en materia preventiva en los términos señalados en la presente disposición".

Del citado texto se puede deducir la importancia que se concede a la acción educativa y en concreto a una educación para la salud en cuanto a la formación de los trabajadores, ya que persigue ante todo, la prevención y promoción de la salud mediante el desarrollo de una cultura preventiva que va más allá de las meras obligaciones y responsabilidades que garantizan este derecho.

En cuanto al ámbito de aplicación de la ley, no solo vincula a los trabajadores con una relación laboral en sentido estricto, regulada en el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, sino también al personal civil al servicio de las Administraciones Públicas, así como a las sociedades cooperativas, constituidas de acuerdo con la legislación que le sea de aplicación, sin más exclusiones que las correspondientes, en el ámbito de la Función Pública, de aquellas actividades cuyas particularidades impidan la aplicación de la ley. No obstante, esta ley inspirará la normativa específica que regule la salvaguarda de la seguridad y la salud de los trabajadores en dichas actividades.

El Artículo 4 aporta una clarificación conceptual en cuanto a las definiciones, formuladas y expresadas en los siguientes términos:

1. Se entenderá por "prevención" el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.
2. Se entenderá como "riesgo laboral" la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.
3. Se considerarán como "daños derivados del trabajo" las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.
4. Se entenderá como "riesgo laboral grave e inminente" aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y que pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.
5. En el caso de exposición a agentes susceptibles de causar daños graves a la salud de los trabajadores, se considerará que existe un riesgo grave e inminente cuando sea probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato una exposición a dichos agentes de la que puedan derivarse daños graves para la salud, aun cuando estos no se manifiesten de forma inmediata.
6. Se entenderán como procesos, actividades, operaciones, equipos o productos "potencialmente peligrosos" aquellos que, en ausencia de medidas preventivas específicas, originen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores que los desarrollan o utilizan.
7. Se entenderá como "equipo de trabajo" cualquier máquina, aparato, instrumento o instalación utilizada en el trabajo.

Se entenderá como "condición de trabajo" cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan especialmente incluidas en esta definición:

- Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.
- La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.
- Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.
- Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.

8. Se entenderá por "equipo de protección individual" cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

El *Capítulo 2* establece la política en materia de prevención de riesgos para proteger la seguridad y la salud en el trabajo.

La política en materia de prevención tendrá por objeto la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo dirigida a elevar el nivel de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores en el ámbito laboral mediante la actuación de los poderes públicos y atendiendo a una serie de principios de eficiencia, coordinación y colaboración.

De igual modo, y como regula el legislador, en el ámbito de la Administración General del Estado se establecerá una colaboración permanente entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y los Ministerios que correspondan, en particular los de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo, al objeto de establecer los niveles formativos y especializaciones idóneas, así como la revisión permanente de estas enseñanzas, con el fin de adaptarlas a las necesidades existentes en cada momento.

La protección del trabajador frente a los riesgos laborales exige por parte de la empresa algo más que el mero cumplimiento formal de deberes y obligaciones empresariales o la corrección a posteriori de situaciones de riesgo ya manifestadas. La planificación de la prevención en el diseño del proyecto empresarial, la evaluación inicial y continua respecto a los riesgos inherentes al trabajo y también la información y formación de los trabajadores orientada a las peculiaridades y riesgos de cada puesto y considerando las características de las personas que lo desarrollan.

Esta política se llevara a término con la participación de los empresarios y los trabajadores a través de sus organizaciones empresariales y sindicales.

El *Capítulo 3*, bajo la rúbrica "Derechos y obligaciones", se ocupa en primer lugar del conjunto de derechos de los trabajadores a la protección de su salud frente a cualquier riesgo laboral, así como el deber del empresario de garantizar dicho derecho mediante las acciones necesarias, protegiendo en todo caso la confidencialidad y el respeto a la intimidad en el tratamiento de estas acciones.

Entre los derechos regulados se contemplan los derechos a la información, consulta y participación, formación en materia preventiva, paralización de la actividad en caso de riesgo grave e inminente y vigilancia de su estado de salud, en los términos previstos en la presente ley.

En cuanto a las obligaciones empresariales que establece la ley, junto con las relativas a la garantía de los derechos reconocidos al trabajador, se destaca el deber de coordinación por parte de los empresarios que desarrollen su actividad en un mismo centro de trabajo, así como el de aquellos que contraten o subcontraten la

realización de sus propios centros de trabajo de obras o servicios correspondientes a su actividad de vigilar el cumplimiento por dichos contratistas y subcontratistas de la normativa de prevención.

El Artículo 25 garantiza de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos u otros trabajadores relacionados con la empresa ponerse en situación de peligro. Igualmente, recoge la obligación del empresario de evaluar los riesgos que puedan incidir en la función de procreación de los trabajadores y trabajadoras.

Se recoge también en este capítulo la protección de la maternidad y la protección de los menores.

El *Capítulo 4* se centra en los servicios de prevención.

El empresario, en cumplimiento del deber de prevención de riesgos profesionales, asignará uno o varios trabajadores para ocuparse de esta actividad, constituirá un servicio de prevención o contratará con una empresa especializada, ajena a la suya, dicho servicio.

En la ley se entiende como servicios de prevención el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo para ello al empresario, a los trabajadores y a sus representantes y a los órganos de representación especializados.

Las entidades especializadas, para poder actuar como servicios de prevención, deberán acreditarse por la Administración laboral, mostrando que reúnen los requisitos reglamentarios y previa aprobación de la Administración sanitaria en cuanto a los aspectos de carácter sanitario.

El *Capítulo 5* se ocupa de los derechos de consulta y participación de los ciudadanos.

Tal y como expresa el legislador en la Exposición de Motivos de la Ley, este capítulo tiene por objeto regular, de forma detallada, los derechos de consulta y participación de los trabajadores en relación con todas aquellas cuestiones que afectan a la salud y seguridad en el trabajo. Partiendo del sistema de representación colectiva vigente en nuestro país, la ley atribuye a los denominados Delegados de Prevención —elegidos por y entre los representantes del personal en el ámbito de los respectivos órganos de representación— el ejercicio de las funciones especializadas en materia de prevención de riesgos en el trabajo, otorgándoles para ello las competencias, facultades y garantías necesarias. Junto a ellos, el Comité de Seguridad y Salud, continuando la experiencia de actuación de una figura arraigada y tradicional de nuestro ordenamiento laboral, se configura como el órgano de encuentro entre dichos

representantes y el empresario para el desarrollo de una participación equilibrada en materia de prevención de riesgos.

El Comité de Seguridad y Salud se constituirá en todas las empresas o centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores.

El *Capítulo 6* se refiere a las obligaciones de los fabricantes, importadores y suministradores. Se regulan las obligaciones básicas que afectan a los fabricantes, importadores y suministradores de maquinaria, equipos, productos y útiles de trabajo, de conformidad con la normativa comunitaria de mercado interior dictada para asegurar la comercialización de productos que ofrezcan un elevado nivel de seguridad para el usuario.

De esta manera el Artículo 41 dispone que:

"Los fabricantes, importadores y suministradores de maquinarias, equipos, productos útiles de trabajo están obligados a asegurar que estos no constituyan una fuente de peligro para el trabajador, siempre que sean instalados y utilizados en las condiciones, forma y para los fines recomendados por ellos. De igual forma señala la obligación de estos y del empresario de recabar la información necesaria para que la utilización y manipulación de los útiles de trabajo se produzca sin riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores, siendo obligación del empresario que se faciliten al trabajador la información necesaria para su correcta utilización en términos que resulten comprensibles para los mismos con respecto del empresario".

Por último, el *Capítulo 7* recoge bajo la rúbrica "Responsabilidades y sanciones" el régimen sancionador correspondiente para el caso de incumplimiento por parte de los empresarios de sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales. Este incumplimiento dará lugar a responsabilidades administrativas, así como, en su caso, a responsabilidades penales y a las civiles por los daños y perjuicios que puedan derivarse de dicho incumplimiento.

Interesa destacar, finalmente, que la Disposición adicional quinta de la ley ordena la creación de una fundación, bajo el protectorado del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y con participación tanto de las Administraciones Públicas como de las organizaciones representativas de empresarios y de trabajadores, cuyo fin primordial, tal y como expresa el legislador en la Exposición de Motivos, será la promoción, especialmente de las pequeñas y medianas empresas, de actividades destinadas a la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo. Para permitir a la fundación el desarrollo de sus actividades, se dotará a la misma, por parte del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de un patrimonio procedente del exceso de excedentes de la gestión realizada por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

■ ORGANISMOS PÚBLICOS EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

los organismos nacionales e internacionales en materia de seguridad y salud en el trabajo tienen como función la promoción y prevención de la salud en el entorno laboral, mediante el dictamen de normas y recomendaciones que contribuyan al bienestar de los trabajadores.

Organismos internacionales

Organización Internacional del Trabajo, OIT

Pertenece a Naciones Unidas y acoge a gobiernos, empresarios y trabajadores de los países miembros; su actividad se centra fundamentalmente en:

- Contribuir a la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- La mejora de las condiciones de vida en el trabajo.

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo

Pertenece a la Unión Europea, tiene su sede en Bilbao (España) y ha sido creada para atender las demandas de información en esta materia. Es administradora de la *Red Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo* y actualmente colabora con otros organismos para establecer redes nacionales en otros continentes y poder establecer una *red global*.

- Red australiana.
- Red canadiense.
- Red estadounidense.
- Portal de la OIT.
- Salud laboral en la OMS.

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida en el Trabajo

Es un organismo autónomo con sede en Dublín, tiene como funciones recoger, analizar y difundir la información que potencie y mejore las condiciones de vida en el trabajo.

Organismos nacionales

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

Es el órgano científico técnico de la Administración General del Estado que le corresponde como misión analizar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, así como la promoción y mejora de las mismas mediante la cooperación necesaria con los órganos de las Comunidades Autónomas; también será el centro de referencia nacional en relación con las Instituciones de la Unión Europea, cuya misión fundamental es garantizar, facilitar y transmitir la información a escala nacional, en particular con respecto a la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo y su Red.

Inspección de Trabajo y Seguridad Social

Depende del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Corresponde a esta Inspección la vigilancia y control de la normativa sobre protección de riesgos laborales.

Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

Es un órgano colegiado, formado por un representante de cada Comunidad:

- Fomenta y presta apoyo a las actividades en la Comunidades Autónomas.
- Centro de referencia Nacional.
- Transmisor y coordinador de información de la Agencia Europea.
- Secretaría Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo.

Administraciones Públicas en Materia de Sanidad

Tiene como funciones:

- Adecuar la evaluación y control de las actuaciones de carácter sanitario.
- Implantar sistemas de información, así como establecer mapas de riesgo y estudio epidemiológicos.
- Supervisar la información a recibir por el personal sanitario.
- Elaborar y divulgar estudios e investigaciones de la salud del trabajador.

Redes de información

Red Española de Seguridad y Salud en el Trabajo

Es una red de información que utiliza internet como medio de difusión, administrada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Es el centro de referencia para facilitar la información a escala nacional y en relación con las instituciones europeas.

Red Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo

Es administrada por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Red Europea de Promoción de la Salud

Es un programa de acción comunitario de promoción, información y educación en materia de salud, auspiciado por la Comisión Europea.

Red Europea de expertos de seguridad y salud en el trabajo en normalización, certificación y ensayo (EUROSHNET)

Es una red no institucional de expertos de organizaciones europeas. (<http://www.mtas.es/insht/enlaces/redes.htm>).

SALUD LABORAL Y MEDICINA DEL TRABAJO

La medicina del trabajo, en cuanto a evaluación sistemática y científica, es una disciplina relativamente reciente. Con el desarrollo industrial comienza a cobrar una gran importancia y es en los momentos actuales cuando adquiere una mayor relevancia en nuestro ordenamiento jurídico. La complejidad de los factores que interactúan en la vida laboral presentan, en numerosas ocasiones, serias dificultades para el desarrollo de una vida sana; los procesos de adaptación y comunicación, las relaciones humanas, los conflictos interpersonales, los conflictos de intereses, el desempleo, entre otros, requieren un nuevo planteamiento tanto de la organización como del ambiente empresarial.

El Real Decreto 127/84 reconoce la Medicina del Trabajo como una especialidad médica cuya finalidad es el tratamiento y prevención de las enfermedades profe-

sionales. En su vertiente preventiva tiene como objeto de atención todos aquellos factores que alteren el bienestar físico, psíquico o social de la persona en el ámbito laboral, mediante los servicios de prevención y promoción de la salud, así como a través de una adecuada educación para la salud.

Los servicios de prevención trascienden la visión estrictamente sanitaria de los anteriores servicios médicos de empresa cuya legislación ya fue derogada por la actual e integrando a sus componentes en los nuevos servicios de prevención.

Las principales funciones que le atribuye la ley a los servicios de prevención son las siguientes:

- Vigilancia de la salud de los trabajadores: reconocimientos médicos específicos y análisis con criterios epidemiológicos de los resultados de los mismos.
- Estudio de las enfermedades que se produzcan entre los trabajadores para poder identificar cualquier relación con los riesgos laborales.
- Formación e información de los trabajadores.
- Promoción de la salud en el ámbito laboral.
- Asistencia de primeros auxilios y urgencias.
- Colaboración con el Sistema Nacional de Salud.
- Colaborar con las autoridades sanitarias para prever El Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral.

La vigilancia de la salud del trabajador es un derecho que exige confidencialidad en los datos, respetando el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona del trabajador.

Enfermedad profesional

Una de las principales funciones de la medicina del trabajo es la atención de las enfermedades profesionales. Aunque se considera como enfermedad profesional aquella alteración de la salud derivada del trabajo y tipificada como tal en la legislación vigente (RD 1995/78 de 12 de mayo), no obstante, existen otra serie de enfermedades, entre ellas las enfermedades comunes, que cada día van surgiendo como consecuencia de los nuevos factores de riesgo derivados de las nuevas tecnologías, nuevos sistemas de producción y nuevos sectores de desarrollo y que no están recogidas en el listado oficial y por tanto no declaradas oficialmente como enfermedades profesionales pero que, al estar relacionadas con el trabajo, deben ser atendidas como tales.

La nueva legislación sobre prevención de riesgos laborales está potenciando una nueva cultura de la salud laboral en la que la enfermedad común es considerada en

cuanto a su relación con las condiciones de trabajo, tanto como factor predisponente o precipitante que pueda anticipar la aparición o agravamiento de la enfermedad, suponiendo riesgos diferentes en función de las características personales.

Se han realizado estudios en cardiología y medicina del trabajo con objeto de identificar los factores psicosociales relacionados con el mundo laboral que pueden influir en la frecuencia de la enfermedad coronaria. Diversos estudios prospectivos y clínicos consideran que existe correlación entre la depresión, los estados de ansiedad y neurosis con la arteriopatía coronaria, se señala de manera constante que la "tensión emocional" precede al desarrollo de los síntomas de la enfermedad coronaria.

Hay una serie de factores de riesgo cardiovascular conocidos y ampliamente contrastados, como son:

- La hipertensión arterial.
- La hipercolesterolemia.
- El tabaco.
- La diabetes.

Otros factores de riesgo relacionados con el ámbito laboral son los factores psicosociales y el estrés emocional derivado de exigencias y responsabilidades intensas.

- La tensión percibida en el empleo.
- La ambigüedad de rol.
- La autonomía en el trabajo.
- El desempleo.
- La jubilación.

■ SÍNDROME DE "BURNOUT" O DESGASTE PROFESIONAL

El *síndrome de burnout* es un término reciente, descrito en 1974 por Freudenberger y relacionado con una sobrecarga emocional. Aunque en su origen fue utilizado para expresar el desgaste emocional derivado del trabajo directo con personas en situación de enfermedad y desafecto, en la actualidad se aplica a situaciones de desequilibrio sociolaboral y de estrés laboral derivadas de las relaciones interpersonales. Maslach y Jackson (1981) lo definen como "síndrome de agotamiento emocional, despersonalizado y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas". Otra definición más amplia es la formulada por Pines, Aronson y Kufry (1981) "estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes".

Las múltiples exigencias y responsabilidades derivadas del trabajo, unidas a veces a la falta de expectativas profesionales y escasa calidad de las relaciones humanas en la empresa, está haciendo que el estrés se convierta en una de las principales patologías del ámbito laboral. Según datos aportados por la Agencia Europea para la Seguridad e Higiene en el Trabajo, más de la cuarta parte de los trabajadores de la Unión Europea padece estrés laboral, siendo esta patología el segundo problema de salud más frecuente.

Se ha calculado que el estrés relacionado con el trabajo cuesta a los estados miembros de la Unión Europea 20.000 millones de euros como mínimo, lo que supone una pérdida socioeconómica bastante considerable.

El *síndrome de burnout* o desgaste profesional se considera como una etapa avanzada del estrés laboral derivada de un estado crónico que, no solo afecta a la salud del trabajador, sino también a la productividad en la empresa. Mingote (2002) considera que es la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas del rol ocupacional en relación directa con personas y que se caracteriza por cinco factores:

- Conducta anormal del rol profesional con despersonalización en la relación, absentismo, y conflictos de relación con los compañeros de trabajo.
- Síntomas disfóricos, sobre todo de malestar y agotamiento emocional.
- Síntomas físicos de estrés, como cansancio, cefaleas y palpitaciones, asociadas al afrontamiento disfuncional de las demandas del rol laboral.
- Disminución del rendimiento laboral por desmotivación y pérdida de interés por el trabajo.
- La inadecuada adaptación al trabajo produce vivencias de baja realización y pérdida de autoestima personal.

Este problema, como la mayoría de los problemas humanos y sociales, no presenta una relación de causa efecto, sino que tiene un carácter multifactorial en el que intervienen en su proceso elementos organizacionales y personales.

Factores que condicionan el desgaste profesional

Podemos considerar tres grandes grupos de factores que determinan el desgaste profesional:

- Factores personales.
- Factores educacionales.
- Factores organizacionales.

El SDP, aunque se desarrolla en el transcurso de diferentes etapas, a veces no se manifiesta de forma clara y perdura sin ser detectado hasta que culmina su proceso y afluye inesperadamente; Cherniss (1980) lo define como "proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral" también diferencia tres fases evolutivas. En la primera se produce un desajuste entre las demandas y los recursos disponibles, fase de estrés psicosocial. En la segunda, se produce un estado de tensión psicofisiológica. Y en la tercera, se producen una serie de cambios conductuales.

Hay una serie de factores de la personalidad del individuo que le pueden hacer más vulnerable al desgaste profesional. Hipócrates observó que todo el mundo encaja en uno de los cuatro estilos de comportamiento, cada estilo personal tiene una serie de rasgos positivos que la persona debe potenciar, y otros rasgos que le limitan, los cuales debe conocer para poder neutralizar e incluso eliminar. Uno de los secretos del éxito y el bienestar está en creer en uno mismo, para lo cual es necesario conocerse, identificar las potencialidades y carencias; solo así, confiando en la fuerza de la naturaleza humana y al mismo tiempo conociendo las propias limitaciones, puede el hombre superarse, crecer y creer en sí mismo.

Aunque las tipologías puras se dan muy escasamente, es cierto que unas personas poseen más rasgos de una u otra. Resulta interesante una caracterización clásica en la que podemos apreciar rasgos positivos y negativos definidos por algunos autores como Arnie Warren (2001) de eficacia e ineficacia (Tabla 7.1).

La dualidad del estilo personal, los rasgos de eficacia y de ineficacia marcan el comportamiento personal; con frecuencia oímos expresiones como las siguientes: "está fuera de sí", "hoy no es él", esto ocurre cuando prevalecen los rasgo de ineficacia, sin embargo, ante las expresiones: "lo hace lo mejor que puede", "se comporta lo mejor que sabe"... están sobresaliendo los rasgos eficaces.

Conocer los rasgos personales no solo ayuda a conocerse a sí mismo, sino también a conocer a los demás, pudiendo entender al otro en su conjunto; por ejemplo, ante un estilo dominante no solo debe considerarse el lado hostil, brusco y dictatorial, sino también las facetas que le mueven al éxito: amante de los retos, líder, seguridad en sí mismo, etc. Identificar los rasgos efectivos ayuda a desarrollar el potencial personal y a superar aquellos rasgos que limitan nuestra actuación; por otra parte, conocer el estilo personal del otro es un elemento importante para la propia empresa, ya que se puede identificar lo que motiva a cada persona y dirigirla hacia aquellos proyectos que potencien los rasgos eficaces de su estilo personal y en consecuencia hacia los propios beneficios de la empresa (Tabla 7.1).

El trabajo es parte de nuestro desarrollo personal y profesional. La satisfacción con el trabajo y la adaptación al mismo disminuye el desgaste profesional y aumenta el grado de eficacia y perfección, y aunque a veces puede existir el peligro de querer encontrar el trabajo perfecto, que no siempre es real, ya que el hombre se encuentra comprometido con otras responsabilidades que no siempre le permite disponer del

tiempo y energía necesarias para busca esa situación ideal, lo que sí está en nuestra mano es descubrir las posibilidades que nos brinda el momento presente aprendiendo a amar lo que hacemos y posibilitando un clima de cordialidad y sentido positivo.

Tabla 7.1. Rasgos de eficacia e ineficacia.

INFLUYENTE	DOMINANTE	MINUCIOSO	ESTABLE
Rasgos de eficacia - Persona social - Entusiasta - Comunicador - Persuasivo - Optimista - Divertido	Rasgos de eficacia - Seguro de sí mismo - Competitivo - Aprovecha los retos - Orientado a los resultados - Sin miedo al enfrentamiento	Rasgos de eficacia - Pensador crítico - Orientado a los detalles - Discreto - Preciso - Resuelve problemas	Rasgos de eficacia - Saber escuchar - Coherente - Leal y defensor - Paciente - Persistente
Rasgos de ineficacia - Evita el enfrentamiento para mantener la aceptación - Exagera - Exceso de entusiasmo - Habla demasiado - Dificultad para concentrarse	Rasgos de ineficacia - Dictatorial - Presumido - Brusco - Discutidor - Oyente difícil	Rasgos de ineficacia - Perfeccionista - Excesivamente crítico - Independiente y reservado - Dificultad ante los cambios	Rasgos de ineficacia - Excesivamente sensible - Pasivo - Indeciso. - Demasiado tolerante - Incómodo con el cambio

Hay otra serie de factores de carácter organizacional que favorecen el desgaste profesional o estrés laboral. El autoritarismo y exceso de control aumentan la desmotivación y pueden llevar a casos de desgaste profesional, como también la sobrecarga tanto en el número de horas dedicadas como en el exceso de responsabilidad, asumiendo funciones que exceden el nivel de las capacidades. Mingote (2002) describe seis áreas principales donde el desajuste puede tener lugar: carga de trabajo, control, refuerzos, clima de grupo, justicia y valores organizacionales. El apoyo social por parte de los compañeros y de los superiores es un elemento positivo de ayuda.

■ MOBING: MANIFESTACIONES Y CONSECUENCIAS

El *mobbing* es un término inglés, introducido por el etólogo Konrad Lorenz en un estudio sobre el comportamiento agresivo de alguna especie de pájaros, en castellano la terminología más utilizada para su denominación es: "acoso moral en el trabajo u hostigamiento psicológico en el trabajo". Aunque no existe un marco legal que permita dar una definición real sobre el tema, se puede definir como la violencia psicológica que recibe una persona o grupo por parte de otros compañeros, superiores o subalternos mediante palabras, gestos u otras formas; no es una mera discusión entre compañeros, ya que esta forma de violencia se caracteriza por su prolongación en el tiempo; según Leyma, al menos una vez por semana durante seis meses mínimo, suele comenzar con conductas de agresividad no manifiestas y sutiles, calumnias y ofensas que lleven a la víctima al aislamiento y al desgaste psicológico para que finalmente abandone voluntariamente el puesto de trabajo, este es uno de los problemas de salud que más afecta al mundo laboral y que tiene graves consecuencias tanto para la persona como para la empresa en general. Según datos recogidos de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida en el Trabajo, en el año 2005 el 5% de los trabajadores europeos fueron víctimas de este tipo de acoso.

En la mayoría de los casos los acosadores suelen ser personas mediocres con ciertos complejos que humillan a sus víctimas para encubrir su propia mediocridad, por otra parte, entre los acosados se encuentran personas bien valoradas, con un alto grado de honradez y sentido de la justicia. Las consecuencias derivadas de este tipo de violencia para el trabajador pueden ser graves o muy graves, puede presentar cuadros de ansiedad, depresión, falta de autoestima y otras afecciones psicósomáticas que si no se remedian, en algunos casos, puede llevar a la destrucción de la persona; en Suiza entre un 10% y un 15% de los suicidios se le atribuyen al acoso psicológico en el trabajo. En cuanto a sus consecuencias en el contexto sociolaboral hay que señalar el aumento del gasto económico por las bajas laborales, la invalidez permanente y la jubilación anticipada, la (OIT) Organización Internacional del Trabajo ha estimado en 24 millones de euros el coste anual directo e indirecto del acoso psicológico en España, también es relevante su incidencia en el clima y ambiente de trabajo, así como en la calidad del mismo, produciéndose un descenso de la productividad, creatividad e innovación.

Actualmente, en España aunque no existe un marco legal que tipifique de forma específica y completa estas conductas ilícitas, no obstante, el derecho de las personas a no ser objeto de esta situación se contempla, entre otras, en la Constitución Española (Artículo 15) y en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales (Artículos 14, 15, 16, 24, 30, 33).

En cualquier organización o empresa pueden surgir problemas que deriven en acoso psicológico, por lo que habrá que establecer una política eficaz que garantice

y defienda la dignidad de la persona en el medio laboral, establecer un cauce de comunicación y denuncia dentro de la organización, y en su caso, se podrá recurrir a la Inspección de Trabajo y al Ministerio Fiscal solicitando la extinción del contrato de trabajo con la correspondiente indemnización. Aunque existe alguna jurisprudencia al respecto también es cierto que el proceso judicial es largo y costoso por la dificultad que entraña la prueba de los hechos.

EL ESTRÉS LABORAL Y SU AFRONTAMIENTO

El estrés es un término que se utiliza con bastante frecuencia en su faceta negativa, pues ha sido denominado como la plaga de nuestro siglo; sin embargo, conviene resaltar que un cierto grado de estrés es imprescindible para nuestra vida, pues cuando el cerebro capta la existencia de una situación alarmante, se produce un aporte de adrenalina que nos lleva a poder enfrentarnos y superar la situación. Podemos afirmar que el estrés nos afecta a todos y constituye una parte esencial de nuestra vida, ya que supone un medio de adaptación a los frecuentes cambios, también es un medio para la creatividad, la productividad, la competición y el deporte. Son síntomas de estrés positivo la persona que se manifiesta *amable, comprensiva, divertida, alegre, sociable, feliz...*

Estar sometido a un nivel alto de exigencia, no siempre es fuente de estrés negativo, a veces, puede ser un reto para nuestras potencialidades. En el ámbito de la empresa, con frecuencia resulta difícil reducir la presión a la que determinados ejecutivos están sometidos, ya que en la medida que este asciende se ve más implicado, por lo que esta presión es mayor y en consecuencia los recursos para su afrontamiento también han de ser proporcionales a este.

Cuando el número de demandas que percibimos supera nuestra capacidad de respuesta o también cuando existen pocas demandas a las que hacer frente nos encontramos ante una zona de estrés negativo. El estrés negativo es un factor de alto riesgo para la salud, se ha estimado que un 75% de las enfermedades están relacionadas con el estrés. Una situación de estrés continuado debilita el sistema inmunológico debido a la acción de la cortisona que reduce la capacidad del cuerpo para combatir la infección y aumenta la susceptibilidad a determinadas enfermedades como el cáncer.

El estrés negativo puede darse tanto por exceso como por defecto. El estímulo que experimentamos para acometer las tareas diarias genera la energía necesaria para poner en funcionamiento nuestras capacidades y aptitudes, la cantidad de nora-drenalina es la adecuada, incrementa el estado de alerta, mejora la concentración, la capacidad de aprendizaje, la capacidad mental y la toma de decisiones, ello nos hace sentirnos seguros y enfrentarnos a las diversas situaciones; en este caso podemos hablar de una situación positiva y de equilibrio. Sin embargo, cuando sobrepasamos

la curva de rendimiento y nuestra tensión supera nuestra capacidad de afrontamiento por una sobrecarga de tarea, trabajo bajo presión u otras situaciones ineludibles, se inicia el descenso hacia el estrés negativo, manifestándose una serie de síntomas como fatiga y cansancio extremo. Por otra parte, si se tienen pocas obligaciones y retos a los que enfrentarse puede aparecer el aburrimiento y la frustración, y en consecuencia, también el estrés negativo.

El estrés negativo tiene un alto coste no solo a nivel de salud individual sino en cuanto al mundo laboral y de las organizaciones. "La calidad de una organización viene definida por sus empleados: la salud, tanto mental como física, el bienestar, la moral y la productividad, son factores que se reflejan en la hoja de balances" Looker y Gregson (1989).

El tratamiento del estrés se ha centrado, durante un amplio periodo de tiempo, exclusivamente en el medicamento, ya que se consideraba que escapaba a nuestro control; no obstante, investigaciones recientes en el ámbito de la psicología ponen de manifiesto que es posible un control sobre nuestras reacciones eligiendo las estrategias adecuadas a la solución de los problemas cotidianos.

Cuando nos encontramos ante una situación de riesgo nuestro cuerpo reacciona mediante un estado de alerta para la defensa; posteriormente superado el peligro vuelve a su estado primitivo. No todas las personas reaccionan de igual forma ante los agentes estresantes, ni tienen la misma capacidad para su afrontamiento. El estrés es un proceso dinámico en el que cada individuo ha de poner en práctica un plan personal de afrontamiento que modifique las demandas y mejore nuestra capacidad de afrontamiento (Tabla 7.2.).

Tabla 7.2.

MODIFICACIÓN DE LAS DEMANDAS	AFRONTAMIENTO ADECUADO
Control de los acontecimientos. Organización y planificación. No decir siempre "sí". Establecer prioridades. Tener expectativas realistas. Evitar el perfeccionismo. Capacidad para delegar. Pedir ayuda cuando se necesita. Evitar las situaciones de conflicto. Trabajar sin tensiones.	Conocer el concepto de estrés y sus síntomas. Aprender algunas técnicas de relajación. Mantener relaciones de afecto y amistad. Tener una imagen ajustada de sí mismo. Dieta equilibrada y saludable. Bajo consumo de alcohol, tabaco y cafeína. Ejercicio físico equilibrado y regular. Sonreír. Sentido del humor. Sentido positivo y optimista. Asertividad.

Para reducir las demandas es conveniente:

- *Tener un control de los acontecimientos vitales.* No es conveniente sufrir demasiados cambios en un corto periodo de tiempo, ya que la capacidad de adaptación necesita su proceso.
- *Orden y planificación.* Hacer una lista de las actividades que deben ser realizadas estableciendo un orden de prioridades en función de los plazos e importancia de las mismas.
- *Plantearse metas realistas.* Una de las principales fuentes de estrés es ocupar un puesto que está por encima de las propias posibilidades.
- *Evitar el perfeccionismo.* "Lo perfecto es enemigo de lo bueno", hay que proponerse hacer un buen trabajo pero huir del perfeccionismo y no querer lograr la perfección en cada tarea.
- *Delegar responsabilidades.* Nadie es indispensable, aunque a veces uno lo crea. Un primer paso sería hacer una lista de tareas que es posible delegar, así como otra de las personas que pueden llevar a cabo alguna de esas tareas con eficacia.
- *Buscar ayuda cuando sea necesario.* Será más asequible y gratificante el trabajo cuando se comparte y no se hace en solitario.
- *Aprender a trabajar relajado y de forma eficaz.* La relajación mejora la concentración y el rendimiento, así como las relaciones con los demás.
- *Mantener un comportamiento asertivo.* Se evitarán conflictos y tensiones si a la hora de valorar una tarea no solo se ve lo que está mal hecho sino también lo que está bien y cómo se puede mejorar.

Para mejorar la capacidad de afrontamiento es necesario mantenerse en la zona de equilibrio, evitando el estrés negativo y reconduciendo de forma que permanezcamos el máximo tiempo posible en la zona positiva, mediante los ajustes necesarios que nos permitan reducir las demandas y también adquirir nuevos recursos de afrontamiento, mediante procedimientos que ayuden a mantener un estado de relajación.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Cherniss C. *Staff Bournout. Job stress in the human services*. New York. Sage Publications. 1980.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales, 31/1995 (BOE 10-11-1995).
- Looker T, Gregson O. *Superar el estrés*. Madrid. Ediciones Pirámide. 1986.
- Maslach CH, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occupational Behav*, 1981: 99-113.
- Mingote JC. Síndrome de "Burnout" o síndrome de desgaste profesional. En: Serrano I. et al. (eds.). *Educación para la salud del siglo XXI*. Madrid. Díaz de Santos. 2002.

Pines A, Aronson E, Kufry D. *Career Burnout: Causes and cures*. New York. The Free Press. 1981.

Rubio Navarro *et al.* *Cardiología y Medicina del Trabajo: un enfoque sobre factores condicionantes en el desarrollo de ciertas cardiopatías*. Madrid. Servicio de Cardiología de Ibermutaumur.

RD 127/84 sobre la Especialidad de Medicina del Trabajo (BOE 31-1-1984).

RD 39/1997, de 17 de enero, que aprueba el Reglamento de Servicios de Prevención (BOE 31-1-1997).

RD 1995/1978 sobre enfermedad profesional (BOE 25 de agosto).

Warren A. *La gran conexión*. Barcelona. Ediciones Urano. 2001

Estrategias educativas en la salud de las personas mayores

M^a Rosario Limón Mendizábal

INTRODUCCIÓN. ¿EN QUÉ SOCIEDAD SE HACE MAYOR LA GENTE HOY? SALUD Y ESTADO DE BIENESTAR EN LAS PERSONAS MAYORES: NECESIDAD DE FORMACIÓN EN ESTA ETAPA DE LA VIDA. ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES. JUBILACIÓN Y PROYECTO VITAL. ENVEJECIMIENTO ACTIVO/SALUDABLE. ALGUNAS ESTRATEGIAS QUE CONTRIBUYEN A LA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ. TEMAS PARA UN CURSO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR EN LOS MAYORES. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

Nos encontramos en un momento histórico singular en relación con el envejecimiento. Las personas no solo desean y logran vivir más años sino que aspiran a llenarlos de vida haciendo bueno el lema de las políticas sociales de dar más años a la vida, pero también más vida a los años, independientemente del nivel de dependencia o vulnerabilidad de la persona, su género o edad.

Las personas envejecen como han vivido y llegan a la vejez marcadas por un importante bagaje de acontecimientos vitales. Envejecer no es otra cosa que cambiar, acumular saberes y experiencias que requieren desplegar procesos de adaptación y desarrollo (aunque también de pérdida) a nivel personal y social.

En este capítulo exponemos algunas estrategias dirigidas a mejorar la salud de las personas mayores, que están en relación con las tres preguntas formuladas en la Figura 8.1.

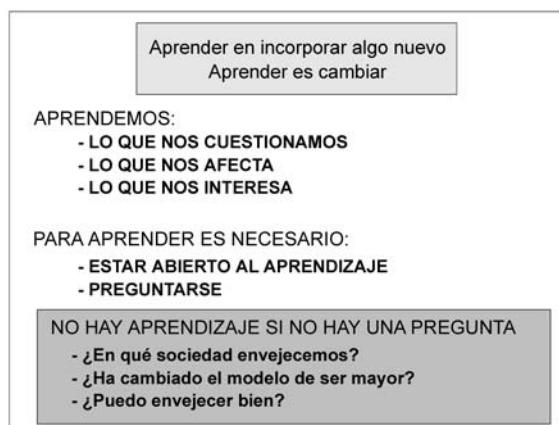


Figura 8.1. Procesos en el aprendizaje.

El actual envejecimiento de la población mundial y, en particular de la española, comienza a plantearnos a los educadores la necesidad de enfrentarnos al reto de diseñar y evaluar programas educativos adecuados a las necesidades y características de un grupo cada vez más numeroso y exigente: el de las personas mayores. El ámbito de la vejez es uno de los yacimientos de empleo más importantes y necesarios en este siglo XXI.

La oferta formativa resultante puede formularse desde un concepto de educación permanente y como optimización de las capacidades favorecedoras del desarrollo individual y social de la persona de edad. Hoy son muchos los expertos en Gerontología Educativa que consideran que "educarse en la vejez" ayuda a procurar envejecimientos exitosos (Colom y Orte, 2001; Orduna y Naval, 2001; Pérez, Malagón y Amador, 2006; Alonso, Lirio y Mairal, 2007). Posibilitar oportunidades formativas a lo largo de todo el ciclo vital (Covey, 1983) podría tener varios objetivos. Por una parte, potenciar sus aptitudes y actitudes para enfrentarse a los eventos negativos e inevitables de la vejez; por otra, favorecer su formación permanente y desarrollo personal para seguir siendo considerados significativos en su entorno familiar y social y ejercer sus derechos cívicos y, por último, desarrollar una *cultura de la ancianidad*, en la que los mismos mayores fueran sus protagonistas (Bermejo, 2003:5).

Una revisión de las actividades formativas en España para este sector poblacional muestra una situación compleja. No cabe duda de que se está produciendo una gran proliferación de iniciativas formativas, en contraste con la carencia que existía hasta hace pocos años, y de que éstas se caracterizan por una gran dispersión y heterogeneidad, en lo que se refiere a sus objetivos, contenidos, metodologías didácticas, extensión y continuidad en el tiempo, instituciones promotoras, carácter exclusivo o intergeneracional, características y cualificación de los docentes, etc. Sin embargo, se observa una escasez de definición y análisis de estas propuestas

educativas, lo que se traduce en la dificultad real de encontrar referencias publicadas de las mismas que permitan replicar o tomar como base alguna de ellas para ir creando un cuerpo de teoría y práctica de la educación para la salud en las personas mayores.

A lo largo de estos años, se han producido esfuerzos con el objetivo de definir y reorientar las políticas gerontológicas. En 1982, en el marco de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena, las Naciones Unidas dictaron las más importantes recomendaciones al efecto. La siguiente (recomendación nº 2) define la filosofía de esta actuación: "La atención de las personas de edad debe ir más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales".

Algunos de los ejes de las políticas gerontológicas en España pueden resumirse en:

- Envejecer en casa.
- Mantener al mayor en su entorno.
- Favorecer su participación e integración en su comunidad, continuando socialmente activo.
- Promocionar su salud integral por medio del mantenimiento de sus capacidades físicas, psíquicas y socioafectivas y de su capacidad funcional e independencia personal.
- Jubilación: necesidad de una preparación.
- Atención a la dependencia.
- Solidaridad entre generaciones: educación intergeneracional.
- Envejecimiento activo.
- Educación permanente.

La educación para la salud, tal y como veremos más adelante, a través del desarrollo de algunas estrategias educativas y de un "Curso de promoción de la salud y bienestar en los mayores", puede ocupar un puesto importante para su consecución.

En el Simposio Panamericano sobre Envejecimiento y Salud celebrado en Quebec (6-8 de diciembre de 2001) se aprobó una Declaración en la que se señala que:

- La salud y el bienestar son el resultado de un equilibrio dinámico entre el individuo y su entorno. Salud y bienestar se reflejan en la capacidad física, psíquica y social que posee una persona para actuar en su medio y realizar las funciones que pretende asumir de forma adecuada para sí misma y para los grupos a los que pertenece.

Y en cuanto al mejoramiento del bienestar, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, se indica que es necesario que los estados se comprometan a:

- Establecer estrategias de promoción de la salud y prevención a fin de asegurar un envejecimiento en buena salud. Estas estrategias tendrán como objetivos: favorecer la autonomía de las personas mayores, prevenir y retrasar la aparición de enfermedades y discapacidades y, finalmente, mejorar la calidad de vida.
- Promover un envejecimiento activo, adoptando políticas públicas que favorezcan la participación social de las personas mayores, apoyando las organizaciones de las personas mayores, respaldando los grupos de defensa de los intereses de las personas mayores y fomentando las iniciativas de la sociedad civil tendientes a lograr el mismo objetivo. Se deben promover programas de educación pública para informar a la población en general sobre los retos y beneficios que conlleva el envejecimiento activo.

Señala la profesora M^a Jesús García Arroyo (1995:45) que el protagonismo que han tomado conceptos como "educación para la salud", "promoción de la salud", "creencias sobre la salud", "salud comportamental", "salud comunitaria", etc., coincide con el desarrollo alcanzado no solo por las ciencias médicas sino por otras ciencias o saberes vinculados al comportamiento humano.

Los nuevos conceptos que han emergido en torno al de "salud", sitúan la prevención, promoción y aprendizaje de la misma, más allá de las actuaciones realizadas por los profesionales de la medicina.

La salud en todo su amplio contexto de educación y aprendizaje está instalada en un marco social y cultural, en el que es posible enseñar-aprender estrategias para el "autocuidado", así como incentivar o persuadir a las personas sea cual fuere su edad (infancia, adolescencia, madurez, vejez) a modificar su comportamiento con el fin de utilizar hábitos sanos.

Desde siempre, las personas y la familia han desarrollado actividades de autocuidado, pero ahora hay una mayor preocupación por informarse y participar activamente. Está quedando atrás la pasividad y la dependencia casi total hacia los profesionales sanitarios, y existe el convencimiento que es posible envejecer de manera saludable con una base mínima de conocimientos y de cuidados preventivos, entre ellos la práctica del autocuidado.

También es necesario señalar las dos concepciones de vejez (Figura 8.2) que conviven en este comienzo del nuevo siglo. El modelo deficitario, basado en el modelo médico tradicional que, en torno a los cambios biológicos, conceptualizó a la vejez en términos de déficit y de involución, y el modelo de desarrollo, basado en la necesidad de redefinir la vejez como una etapa diferente de la vida pero también plena de posibilidades. Cada vez hay más personas mayores que viven esta etapa de la vida desde este último modelo en donde la educación para la salud está presente, como estrategia básica para una mejor calidad de vida, desde una visión nueva, salutogénica y formativa.

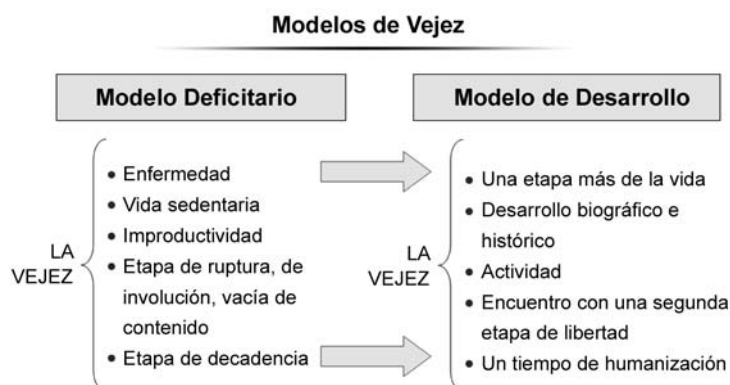


Figura 8.2. Modelos de vejez.

¿EN QUÉ SOCIEDAD SE HACE MAYOR LA GENTE HOY?

Ser mayor, a comienzos del siglo XXI, supone envejecer en una sociedad de cambios acelerados e inesperados, algunos de los cuales afectan, directamente, al sujeto mayor y al modelo relacional en el que la persona mayor pensó que iba a envejecer.

Cuando los ancianos de hoy eran pequeños, los cambios eran lentos, esperados y se daban en el entorno más cercano. Hoy los cambios son rápidos, inesperados y afectan lo local y lo universal. Las personas mayores no se encuentran muchas veces con los recursos necesarios para adaptarse a situaciones que suponen nuevos valores y nuevas maneras de ver la realidad.

Algunos aspectos que marcan el mundo de los mayores, en la sociedad actual, son los siguientes (Limón y Berzoza, 2006:59-60) (Figura 8.3):

Claves de la sociedad actual

1. Se ha socializado la vejez
2. Contextos urbanos
3. El ocio como actividad
4. Ha cambiado el modelo familiar
5. Se valora vivir independiente
6. Se demanda ser tenido en cuenta
7. Ingresos económicos periódicos

Figura 8.3. Claves de la sociedad actual relacionadas con la vejez.

- En primer lugar, destaca el aumento cuantitativo de las personas mayores de 65 años y, dentro de este sector, el relativo a los mayores de 80 años, que componen el envejecimiento del envejecimiento (este grupo de personas es susceptible de una mayor dependencia) es como si se hubiera socializado el ser mayor. La vejez ya no es patrimonio de unos pocos: muchos, cada vez más, alcanzan edades muy avanzadas. Con unos mínimos cuidados es fácil ser mayor y la gran mayoría lo espera y desea (Tabla 8.1).

Tabla 8.1. Evolución de la población mayor en España, 1900-2050.

	Total España	65 y más		65-79		80 y más	
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1900	18.618.086	967.754	5,2	852.389	4,6	115.365	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	1.263.626	5,3	177.113	0,7
1940	26.015.907	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1970	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2001	41.116.842	7.037.553	17,1	5.404.513	13,1	1.633.040	4,0
2005	44.108.530	7.332.267	16,6	5.429.048	12,3	1.903.219	4,3
2010	45.311.954	7.785.480	17,2	5.490.621	12,1	2.294.859	5,1
2020	48.664.658	9.345.955	19,2	6.338.532	13,0	3.007.423	6,2
2030	50.878.142	11.684.570	23,0	8.025.109	15,8	3.659.461	7,2
2040	52.540.936	14.569.813	27,7	9.886.602	18,8	4.683.211	8,9
2050	53.159.991	16.387.874	30,8	10.464.874	19,7	5.923.000	11,1

(1) De 1900 a 2005 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones.

(2) Desde 1970 la población es de derecho.

(3) La población de 2001 y 2005 procede del Padrón. El resto de censos o proyecciones.

Fuente: 1900-1991: INE: INEBASE: *Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991*. INE, 2006.

2001 y 2005: INE: INEBASE: *Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2001 y 2005*. INE, consulta en junio de 2006.

2010-2050: INE: INEBASE: *Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. Escenario 1*. INE, 2006.

- Destaca, asimismo, el alto porcentaje de mujeres en relación a los hombres. Esta llegada masiva de mujeres al colectivo de personas mayores arrastra una serie de aspectos que es necesario señalar. La gran mayoría de estas mujeres han realizado su proyecto vital en el ámbito familiar y han cumplido un secular papel social de "cuidadoras" de padres, suegros, maridos, hijos y familiares. Han llegado a edades avanzadas con pocos recursos económicos y carentes de redes sociales. Se han realizado en el ámbito privado y ellas que han sido el apoyo natural de muchos durante largos periodos de su vida, se encuentran ahora que sus hijos están lejos y no pueden apoyarse en ellos.
- Otro rasgo significativo de las personas mayores hoy es su mayor autonomía personal. Este aspecto es fruto de la dispersión familiar que nuestra sociedad industrial conlleva, de los diversos modelos de familias: patriarcal, nuclear, monoparental,... que hoy conviven, y de los mejores niveles económicos de los jubilados. Esta conquista de mayores niveles de autonomía se manifiesta entre otros aspectos significativos en los siguientes:
 - En un envejecer más lento y con más salud.
 - En emplear mucho tiempo disfrutando del ocio individual y colectivo.
 - Y en pasar sus últimos años independientes de la vida de los hijos.

Este último aspecto está marcando nuevas tendencias en los modelos de ser mayor porque muchos han hecho realidad el eslogan "envejecer en casa" que es uno de los ejes de las políticas dirigidas a mayores (enumeradas en la introducción de este capítulo) continuando con la dinámica cotidiana, visitando a los hijos, saliendo con amigos y teniendo un amplio programa de actividades (esto ha sido una novedad en la vida de las personas mayores de final del siglo xx: la conquista del tiempo libre y permanecer con la pareja en los propios domicilios o saber vivir solos).

Por ello, podemos decir que muchas personas mayores han alcanzado más autonomía personal, han acumulado recursos para su independencia económica, se han incorporado a redes sociales y de apoyo mutuo, han organizado su tiempo libre y han decidido seguir viviendo en su casa, en comunicación con sus hijos, pero independiente de ellos.

Esta situación social de las personas mayores en el estado español no es única ni representa a la totalidad del colectivo. Hay, todavía, un gran número que envejece con grandes dificultades. Unos porque no tienen familia, otros apenas disponen de recursos económicos, algunos no han accedido a la red de servicios sociales, muchos aseguran que la compañía es la soledad y casi todos van notando que sus fuerzas disminuyen y que la salud cada día les acompaña menos (quizás también debido a que se acelera el proceso de envejecimiento por la falta de hábitos saludables en esta etapa de la vida).

Queremos señalar también que al hablar de personas mayores nos referimos a un colectivo amplio de personas que asume los matices que aparecen en los distintos términos con los que se les nombran: jubilados, pensionistas, ancianos, viejos, tercera edad, adultos mayores, personas mayores...

No todos comparten los mismos problemas ni la misma situación. En este colectivo, como en cualquier otro grupo humano, se reproducen las diferencias estructurales y las estratificaciones de la sociedad en la que se está inserta.

Tabla 8.2. Aspectos fundamentales para planificar.

NUESTRO TRABAJO CON PERSONAS MAYORES
1. Una visión biopsicosocial de la vejez.
2. Los mayores hoy tienen pasado, presente y futuro.
3. La vejez es un proceso y se envejece en relación con un entorno.
4. Al hacerse mayor hay mucho que cambia y mucho que permanece: - Tienen pérdidas y disminuciones - Tienen ganancias y aumentos.

Estos breves apuntes nos llevan a plantear la necesidad de la intervención con las personas mayores desde una visión interdisciplinar, ya que se han roto algunos principios que antes eran válidos para atender a este colectivo, entre los que señalamos los siguientes:

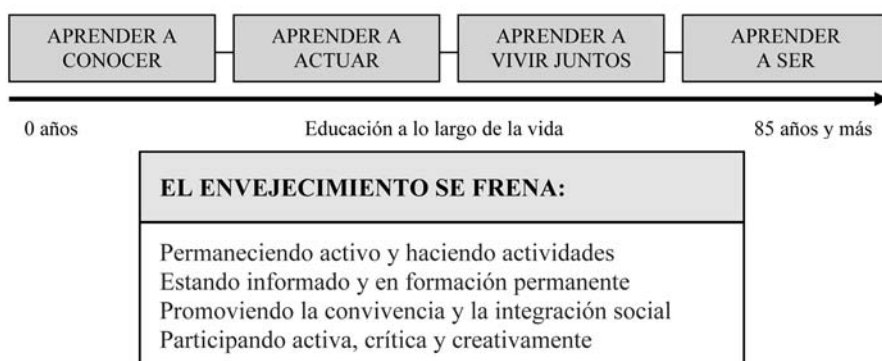
- Ser viejo no es igual a ser enfermo, dependiente, falto de productividad,... (este paradigma ha quedado desfasado).
- La jubilación no es igual a vejez.
- Las personas mayores son un colectivo diferenciado entre sí.
- La intervención es tanto sanitaria como social y educativa.

Ha llegado el momento de instaurar un nuevo paradigma que considere a las personas mayores participantes activos de una sociedad que integra el envejecimiento y que considera a dichas personas contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo.

Este paradigma asume un enfoque intergeneracional que reconoce la importancia de las relaciones familiares y la ayuda que se ofrecen entre sí los miembros y las generaciones en una familia. Fortalece la idea de "una sociedad para todas las edades" (lema del Año Internacional de las Personas mayores de las Naciones Unidas, 1999). También se desafía la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es cuestión de niños y jóvenes, el trabajo es cuestión de adultos y la jubilación es cuestión de la

vejez. El nuevo paradigma, basado en el concepto de Educación Permanente y en el Informe de Jacques Delors, reclama programas que apoyen y potencien el aprendizaje en todas las edades y permitan a la gente entrar o salir del mercado laboral para asumir papeles de cuidadores en distintas épocas de su vida. Este enfoque defiende la armonía entre las generaciones y proporciona más seguridad a los mayores.

Los cuatro pilares de la educación para el siglo XXI (Informe de Jacques Delors) son:



SALUD Y ESTADO DE BIENESTAR EN LAS PERSONAS MAYORES: NECESIDAD DE FORMACIÓN EN ESTA ETAPA DE LA VIDA

Tres hechos clave han impulsado el desarrollo de la salud y bienestar en las personas mayores: de un lado la democratización de la vida político-social española, que a través de la Constitución Española (1978) ha promovido el estado de bienestar y el desarrollo de políticas de bienestar social (haciendo hincapié este en el incremento de la calidad de vida de grupos necesitados). Un somero repaso del articulado de nuestra Constitución pone de manifiesto principios y preceptos que hablan de aspectos educativos, sanitarios, socioculturales,... y que han impulsado en España el desarrollo de programas socioeducativos sobre la salud.

- Art. 14: Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- Art. 23.1: Los ciudadanos tienen el derecho a participar en los asuntos públicos.
- Art. 27: Todos tienen el derecho a la educación.
- Art. 41: Los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos que garanticen la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo.

- Art. 43.3: Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitará la adecuada utilización del ocio.
- Art. 44.1: Los poderes públicos promoverán y tutelarán el acceso a la cultura, a la que todos tienen derecho.
- Art. 45.1: Todos tienen derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo.
- Art. 50: Los poderes públicos garantizan, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.
- Art. 51.2: Los poderes públicos promoverán la información y la educación de los consumidores y usuarios, fomentarán sus organizaciones y oirán a estas en las cuestiones que puedan afectar a aquellos en los términos que la ley establezca.

En segundo lugar, la definición del concepto de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud (1946) como el total bienestar físico, psicológico y social del individuo, determina que los indicadores de salud habituales ligados a la enfermedad y la muerte —la morbilidad y la mortalidad— no expresen, en toda su extensión, la salud. No se trata solo de vivir más, sino mejor. Se requieren otras condiciones e indicadores psicológicos, sociales y medioambientales a la hora de establecer la salud de una comunidad o de un grupo social¹ (Blanco, 1985; García *et al.*, 2000; Perea Quesada, 2002; del Rey Calero *et al.*, 2006). Ello repercute en que la propia OMS haya tratado desde entonces, en múltiples foros y documentos, de enfatizar la importancia del desarrollo de medidas, relacionadas con el concepto actual de salud; que contribuyen al desarrollo de la calidad de vida de los ciudadanos desde una perspectiva multidimensional.

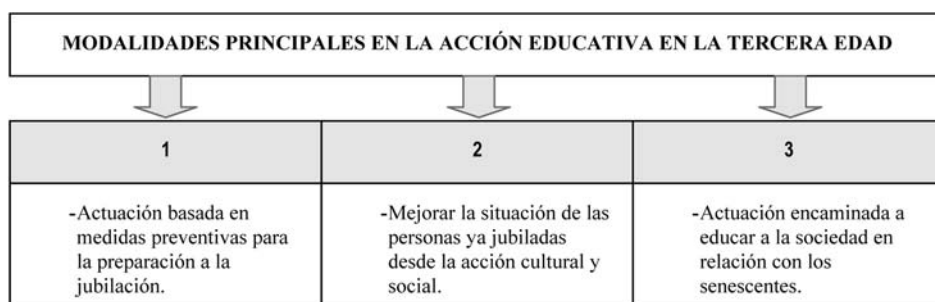
En tercer lugar tenemos que citar la aportación de las dos Asambleas Mundiales del Envejecimiento celebradas en Viena (1982) y Madrid (2002) respectivamente:

I Asamblea Mundial del Envejecimiento: Plan de Viena (1982)

En esta asamblea se reconoce, por primera vez, la dimensión educativa en la vejez y la importancia del desarrollo de la educación para la salud con el objetivo de obtener una mejor calidad de vida; se elaboró el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (también llamado Plan de Viena), en el que se recogen las

¹ Analizado en los Capítulos 1 y 4 de esta obra.

62 Recomendaciones (específicas para la acción, que se formularon atendiendo a las distintas esferas de preocupación de las personas de edad (Salud y Nutrición (1-17); Protección de los consumidores ancianos (18); Vivienda y Medio Ambiente (19-24); Familia (25-29); Bienestar Social (30-35); Seguridad del Ingreso y Empleo (36-43); y Educación (44-62), (Limón, 2002), que han servido de ejes para las políticas dirigidas a las personas mayores en las dos últimas décadas. Plantean la necesidad de una educación social, no solo en la tercera edad, sino en todas las edades de la vida.



II Asamblea Mundial del Envejecimiento: Plan de Madrid (2002)

En abril de 2002 se celebró en Madrid la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, dedicada al examen general de los resultados de la I Asamblea Mundial y a la aprobación de un plan revisado y de una estrategia a largo plazo sobre el envejecimiento en el contexto de "Una sociedad para todas las edades".

En la parte principal del plan de acción revisado se establecen tres orientaciones prioritarias que tienen por objeto guiar la formulación de políticas hacia un objetivo concreto: lograr durante toda la vida y en toda la sociedad el ajuste social, cultural y económico a un mundo que envejece. La Orientación Prioritaria II está dedicada al "fomento de la salud y bienestar en la vejez". Y en la cuestión 4 (Orientación I) se señala la importancia de la formación y educación en esta etapa de la vida.

A continuación presentamos las tres orientaciones y las cuestiones planteadas, en cada una de ellas, en la Asamblea y que son objetivo prioritario de las políticas dirigidas a las personas mayores en estos años.

Orientación Prioritaria I: "Las personas de edad y el desarrollo"

CUESTIÓN 1: Participación activa en la sociedad y en el desarrollo.

CUESTIÓN 2: El empleo y el envejecimiento de la fuerza de trabajo.

CUESTIÓN 3: Desarrollo rural, migración y urbanización.

⇒ CUESTIÓN 4: Acceso al conocimiento, la educación y la capacitación.

CUESTIÓN 5: Solidaridad intergeneracional.

CUESTIÓN 6: Erradicación de la pobreza.

CUESTIÓN 7: Seguridad de los ingresos, protección social y prevención de la pobreza.

CUESTIÓN 8: Situaciones de emergencia.

Orientación Prioritaria II: "El fomento de la salud y el bienestar en la vejez"

CUESTIÓN 1: El fomento de la salud y el bienestar durante toda la vida.

CUESTIÓN 2: Acceso universal y equitativo a los servicios de atención a la salud.

CUESTIÓN 3: Las personas mayores y el VIH/SIDA.

CUESTIÓN 4: Capacitación de los proveedores de servicios de salud y de los profesionales de la salud.

CUESTIÓN 5: Necesidades relacionadas con la salud mental de las personas mayores.

CUESTIÓN 6: Las personas mayores y las discapacidades.

Orientación Prioritaria III: "Creación de un entorno propicio y favorable"

CUESTIÓN 1: La vivienda y las condiciones de vida.

CUESTIÓN 2: Asistencia y apoyo a las personas que prestan asistencia.

CUESTIÓN 3: Abandono, maltrato y violencia.

CUESTIÓN 4: Imágenes del envejecimiento.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES

Necesidades psicológicas de la persona mayor

Existen unas necesidades psicológicas que todos, en alguna medida., precisamos tener cubiertas para poder funcionar de modo adecuado y psicológicamente sano. Y esto, en todas las etapas del desarrollo personal, aunque sea diferente la modalidad con que estas necesidades deban ser atendidas en las diferentes etapas vitales (Limón y Berzosa, 2006; Figura 8.4).

- Necesidad de afecto.
- Necesidad de pertenencia.
- Necesidad de logro.
- Necesidad de independencia.

- Necesidad de reconocimiento.
- Necesidad de autoestima.

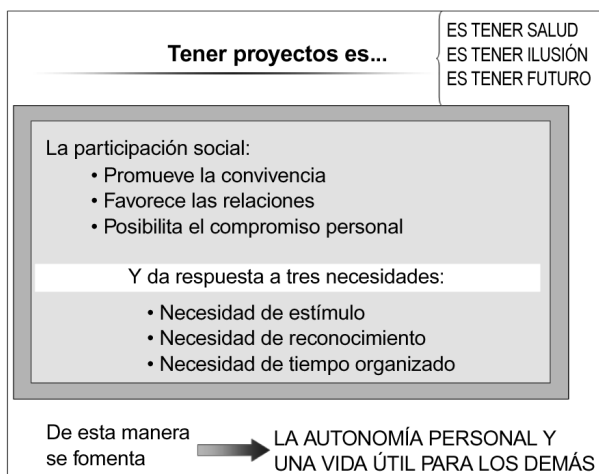


Figura 8.4. Participación social.

Necesidad de afecto

El afecto, pieza clave en el desarrollo de la persona, es necesario desde el nacimiento hasta el final de nuestros días.

La psicología ha afirmado, con relación a los primeros años de la vida, la influencia que la relación afectiva o la carencia de ella, tiene en lo relativo al comportamiento global de la persona (la afectividad, el amor, el cariño ayuda al niño a crecer con confianza en él mismo, a sentirse seguro, a amar, a recibir y a dar...).

La familia, las amistades o cualquier otro grupo de referencia puede, si se siente integrado en él, dar respuesta a esta necesidad de recibir y de dar afecto. El modo de concretarlo dependerá de la situación de cada uno. Es muy importante que esta necesidad esté cubierta en la persona mayor.

Necesidad de pertenencia

Muy relacionada con la necesidad de afecto está la de pertenencia. La de estar o sentirse "formando parte de" o "vinculado a" una familia, a un grupo determinado...

En contra de esta necesidad parecería estar la llamada teoría de la desvinculación. Úrsula Lehr (1980 y 2008), que ha realizado numerosas investigaciones en el Insti-

tuto Psicológico de Bonn con personas de edad avanzada, recoge de su experiencia y de investigaciones de otros países lo siguiente:

- Una modificación de los contactos sociales, en el sentido de una disminución de los mismos, coincide casi siempre con vivencias negativas, al paso que una ampliación de los contactos sociales supone algo positivo, e incluso muy especialmente en la vejez (Figura 8.5).

Un tipo de relaciones estrechas y vinculantes nos parecen especialmente importantes en esta edad, también como medio de dar respuesta a esta necesidad de pertenencia.

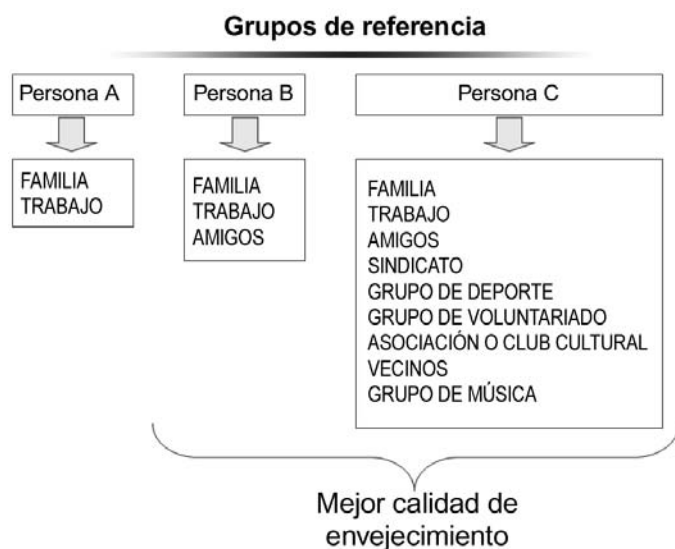


Figura 8.5. Grupos de referencia.

Necesidad de logro

Cuando hablamos de la necesidad de logro, nos referimos a la necesidad que toda persona tiene en cualquier etapa de la vida de sentirse capaz de realizar algo. Por ello es importante que la persona mayor siga comprometida con la sociedad, que busque tareas alternativas (participar en programas de voluntariado social o cultural, programas de formación como son los programas universitarios para mayores...) o se reafirme en sus actividades llevadas a cabo, pues de esta manera se sentirá útil y feliz. De lo contrario sería abocarse al descontento.

Necesidad de independencia

Podemos preguntarnos ¿cómo dar respuesta a esta necesidad en una situación en la que, a veces, disminuye el poder adquisitivo y, aumentan los condicionamientos y limitaciones que el desgaste de la salud corporal impone?

Señala López Franco (1992:20) que es verdad que la vejez lleva consigo un estrechamiento del campo físico, biológico y social de independencia, pero existen cada vez más medios técnicos para mitigarlo y la autonomía puede enriquecerse con el valor de la experiencia, con la liberación de ambiciones, que en otras épocas nos han lanzado a una gran actividad. Esta, ahora, cobra otros matices, pero sin renunciar a las cotas de autonomía e independencia que las circunstancias personales nos permitan.

Es importante potenciar la autonomía e independencia de la persona mayor, pues muchas veces con nuestras actitudes y conductas hacia ellos, fomentamos la dependencia del mayor. Tanto los trabajadores sociales, como los psicólogos, pedagogos, educadores sociales y la persona mayor, ella misma, tendremos que estimular esta independencia, hasta donde sea posible, sin facilitar, ni facilitarse la entrega pasiva de quien espera que todo le sea resuelto. Esto evitará el devolver a la persona mayor el sentimiento de incapacidad e inutilidad que tanto le perjudica desde el punto de vista psicológico.

Necesidad de reconocimiento

La necesidad de reconocimiento está en la línea de la resonancia que lo que hacemos y somos tiene en las otras personas. Necesitamos que aquello que hacemos sea reconocido. Más aún, necesitamos que este reconocimiento, por encima de lo que hacemos o podamos hacer, vaya dirigido a algo más importante: a lo que somos como personas.

Este tema está estrechamente relacionado con la necesidad de autoestima, a la que hay que dar respuesta también en esta edad: la necesidad de la valoración positiva de las otras personas, de las que tenemos cerca y del contexto social en el que estamos inmersos.

Necesidad de autoestima

No se puede hablar de autoestima sin hablar de autoconcepto. Este, podríamos definirlo como un sistema organizado y dinámico de creencias aprendidas, actitudes y opiniones que cada persona sustenta como verdaderas sobre sí misma o sobre su existencia personal (López Franco, 1990).

La autoestima no es una cualidad con la que se nace. Se va formando y emerge como producto de los contactos sociales, de ese reconocimiento que los otros nos

ofrecen, de la dimensión cognitiva (un aspecto del autoconcepto) que comprende las identidades que una persona se asigna a sí misma (ser joven, adulto, anciano) y la dimensión evaluativa que subraya la connotación ponderativa que atribuimos a estas identidades y que influyen, a su vez, en la dimensión comportamental.

"Tener una autoestima alta es sentirme confiadamente apto para la vida, es decir, capaz y valioso... Tener una autoestima baja es sentirse inútil para la vida; equivocado, no con respecto a tal o cual asunto, sino equivocado como persona" (Branden, 1988).

En nuestro contexto, los medios de comunicación de masas contribuyen a proyectar una imagen de la persona mayor que ayuda poco o no ayuda a desarrollar también en esta edad una autoestima positiva.

El juicio sobre nosotros mismos y la respuesta a quién soy yo está muy afectada por la forma cómo nos imaginamos que los demás nos ven y nos valoran.

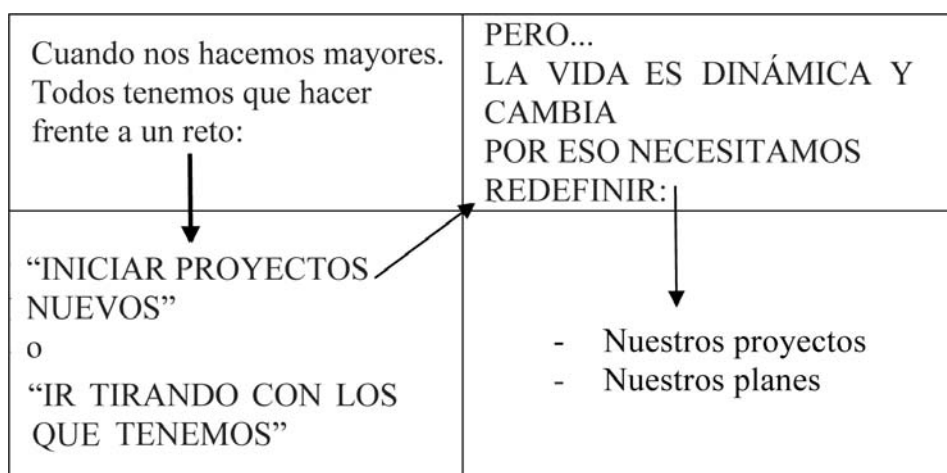
Elizabeth Lukas, discípula y continuadora del psiquiatra Viktor Frankl, refleja en su obra *Tu vida tiene sentido*, la actitud que la persona mayor psicológicamente sana y madura debería tener. Una actitud abierta y fundada en unos sentimientos que se resumen en lo siguiente:

- Sentirse en básica concordia con uno mismo.
- Sentirse en básica concordancia afectiva con lo otro y con los otros.
- Sentirse autónomo ante los otros, es decir, como fuente libre y responsable de sus actos.
- Sentir que, a pesar de todo, merece la pena el esfuerzo de vivir.

Con esta actitud y sentimientos predominantemente positivos, tenderemos a percibir las dificultades, que surgen en esta etapa de la vida como problemas que vamos a intentar resolver, no como amenazas ante los que nos retiramos amedrentados.

Es necesario que trabajemos por afirmar en la persona mayor los rasgos siguientes:

- Adaptabilidad frente a rigidez.
- Altruismo frente a egoísmo.
- Curiosidad frente a indiferencia.
- Creatividad frente a pasividad.
- Capacidad de disfrute frente a desmotivación.
- Esperanza frente a desesperanza.



Mitos y estereotipos sociales sobre la vejez y su entorno

La tendencia a desarrollar estereotipos es, aparentemente, un aspecto común de la vida diaria. A menudo se presentan como generalizaciones excesivamente simplificadas e incluso erróneas. Los estereotipos son fuente de información, de formación de expectativas (Gómez Barnussell, 1989:64).

La existencia en nuestra sociedad de mitos, tópicos o estereotipos sobre la vejez influye negativamente en el comportamiento no solo de nuestros mayores, que ajustan su conducta a dichos estereotipos, los cuales en su mayoría están saturados de carga negativa, sino también en la consideración que hace de esta etapa la sociedad misma.

Butler (1977), Sánchez Caro (1982), Moragas (1991), Fernández Ballesteros (1992) y Pinillos (1994) son autores que han dedicado especial atención al estudio de los mitos sobre la vejez:

1. *El mito del envejecimiento cronológico:*

El individuo se mide por el número de años que ha vivido,...
Cuando hay "jóvenes" de 70 años y "viejos" de 38 años de edad.

2. *El mito de la improductividad:*

El jubilado no produce, no consume, no es útil, es una "carga",...
Cuando se puede seguir siendo activo, productivo, útil, necesario.

3. *El mito del descompromiso/desvinculación:*

Retirado de los intereses vitales de la vida, "aparcado",...
Cuando puede seguir siendo activo, participativo, comprometido.

4. *El mito de la inflexibilidad:*

Incapaz de cambiar, de adaptarse a nuevas situaciones,...

Cuando esto depende del aprendizaje, de la cultura, de la formación.

5. *El mito de la senilidad:*

Pérdida de memoria, confusión, inseguridad, decrepitud,...

Cuando hoy en día está superado el "modelo deficitario" de vejez.

6. *El mito de la serenidad:*

El abuelo idílicamente viviendo en una especie de paraíso terrenal,...

Cuando es más proclive a soledad, estrés, problemas, enfermedades,...

7. *El mito del conservadurismo:*

Todo anciano es conservador y depositario de la tradición,...

Cuando es cuestión de mentalidad, educación, cultura,...

8. *El mito de la vejez necesariamente desgraciada:*

Sinónimo de desgracia, dolor, enfermedad, pobreza, abandono,...

Cuando puede ser la etapa del equilibrio, plenitud, júbilo, paz, humanización.

9. *El mito de la sexualidad enervada:*

Envejecer es el arte de renunciar, el "viejo verde",...

Cuando aumenta la ternura, la capacidad de amar, la emotividad,...

10. *El mito de la sobrevaloración de la juventud:*

Ante el avance de los jóvenes, los ancianos deben retirarse,...

Cuando deben seguir jugando un papel constructivo en la sociedad.

Existe la obligación de revisar y desmontar los mitos analizados, porque los avances de la ciencia (no solo de la medicina, sino también de la psicología, de la pedagogía, de la antropología, de la gerontología...) así lo exigen. Y es de justicia apoyar la emergente conciencia social que defiende que estos ciudadanos —las personas mayores— han de estar presentes e interactuar participativamente en el conjunto del entramado cultural. Esta empresa de integración social no debe entenderse solo desde la apertura de las generaciones más jóvenes, sino también como un reto y conquista que implica al grupo de mayores.

■ JUBILACIÓN Y PROYECTO VITAL

Tradicionalmente se ha marcado la frontera de los 65 años como línea divisoria entre la madurez y la senescencia, basada fundamentalmente en criterios de productividad y vida social activa, y sin ningún cambio fisiológico relevante que sustente esta separación.

El trabajo proporciona a la persona un rol social productivo (prestigio social), una independencia económica, un campo social y relacional.

La transición del trabajo a la jubilación es uno de los cambios más importantes que tiene lugar en esta etapa de la vida. Supone necesariamente un proceso de adaptación por parte del mayor a su nueva situación. En este proceso, juega un papel muy importante el estado de salud de la persona, la existencia de contactos sociales, una buena posición económica. Mientras que si la jubilación se realiza de forma inesperada o coincide con la pérdida de la pareja suele tornarse ansiosa y depresiva.

CINCO DIMENSIONES DEL TRABAJO

- Tiempos y espacios estructurados
- Posibilita relaciones sociales
- Reconocimiento social
- Relación trabajo-ocio: (tiempo libre y descanso)
- Posibilita un proyecto de vida

La jubilación significa diferentes cosas para la persona. En el aspecto negativo implica una reducción de salario, la necesidad de adaptarse a un nuevo rol, la pérdida de contactos sociales informales, la pérdida de una base para la identificación personal y el sentido de lo significativo (dar un sentido a la vida y estructurar la jornada). En lo positivo significa una mayor libertad y tener tiempo libre para hacer lo que se desea, pero hasta ahora la persona mayor carece, en general, de preparación para vivir el tiempo libre en términos de ocio satisfactorio.

Con la jubilación la persona se ve situada en un nivel de escasa a nula productividad social desde el ámbito económico, lo cual disminuye su capacidad adquisitiva. No es productivo, no es consumista. En una sociedad industrial fundada en el principio de rendimiento, que es competitiva y consumista, la vejez es justo lo contrario de lo deseable. Retiro e inutilidad quedan emparentados socialmente. Y esta infravaloración social del anciano en nuestra sociedad y cultural, frecuentemente es asumida por ellos.

El cese de la actividad laboral y la falta de preparación para ello, hace que los mayores se sientan no útiles y marginados.

Pero no solo son las personas de edad las que deben adaptarse a su nuevo rol social, sino que es también la sociedad la que debe acostumbrarse a valorar al mayor cuando carece de algunos atributos laborales que le singularizaban.

EN LA JUBILACIÓN COMIENZAN LOS PROBLEMAS

- Cuando uno deja de moverse
- Cuando uno deja de aprender
- Cuando uno deja de amar
- Cuando uno deja de reír
- Cuando uno deja de tener ilusiones
- Cuando uno deja de interesarse por el entorno
- Cuando uno deja de participar

ANTE LA JUBILACIÓN



RESPONDER A DUDAS BÁSICAS



CONSOLIDAR UN **PROYECTO DE VIDA** BASADO EN EL FOMENTO
DE LA INDEPENDENCIA PERSONAL Y EN LA EDUCACIÓN SOCIAL

ENVEJECIMIENTO ACTIVO/SALUDABLE

El término envejecimiento activo fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales del siglo xx, con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de "envejecimiento saludable" y reconocer los factores y ámbitos además de la mera atención sanitaria que afectan a cómo envejecen individuos y poblaciones. Esta expresión fue propuesta por la OMS y aceptada por los países participantes en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid (2002).

Para lograr que el envejecimiento sea una experiencia positiva, una vida más larga... debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. La OMS utiliza el término "envejecimiento activo" para expresar el proceso por el que podemos conseguir este objetivo.

Es decir, "el envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Este permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de su curso vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia" (OMS, 2002).

El término activo hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales, cívicas... Las personas mayores que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir siendo contribuidores activos para sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida sana y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluso para quienes están enfermas y discapacitadas y necesitan asistencia.

IMPLICACIONES DEL TÉRMINO "ENVEJECIMIENTO ACTIVO"
• Participación de las personas en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. • Nuevo modelo de sociedad → oportunidad de envejecer, siendo protagonistas de su vida, en un quehacer pro-activo y no como meras receptoras de productos, servicios o cuidados. • Enfoque comunitario → oportunidad de participar en todo lo que le es propio. • La sociedad debe garantizar que los ciudadanos mayores estén: continuamente informados + reconocidos todos sus derechos. • Enfoque intergeneracional → importancia de las relaciones y de la ayuda que se ofrecen entre sí los miembros de una familia y las diferentes generaciones. • Desarrollo de la persona hasta el final de sus días. • Enfoque integral → visión más completa y global de las personas y de su proceso de envejecimiento.

El envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias o "determinantes" que rodean a las personas, las familias, los grupos y las naciones. En la Figura 8.6 recogemos los factores determinantes del envejecimiento activo señalados por la OMS y que fueron aportados para su reflexión y debate en la Asamblea Mundial de Madrid (2002). Estos factores están estrechamente ligados a los factores determinantes de la salud analizados en los Capítulos 2 y 4.

En un marco de envejecimiento activo, las políticas y los programas que promueven las conexiones de la salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de la salud física.



Figura 8.6. Factores determinantes del envejecimiento.

Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial tanto para los individuos como para los responsables políticos. El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de: independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos (Figura 8.7). Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento "basado en las necesidades" (que asume que las personas mayores son objetos pasivos) a otro "basado en los derechos" que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. Asimismo, respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.

Cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo y las políticas educativas y sanitarias, apoyen el envejecimiento activo, potencialmente habrá:

- Menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida.
- Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad.
- Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.
- Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria.

- Menos gastos relacionados con los tratamientos médicos y la atención sanitaria.



Figura 8.7. Marco político para el envejecimiento activo.

Las políticas y los programas del envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (en el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Las personas y las familias necesitan planificar la edad avanzada y prepararse para ella, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida. Al mismo tiempo, hacen falta entornos favorables para "hacer que las decisiones saludables sean decisiones fáciles". A continuación señalamos algunos factores que las personas mayores deben tener en cuenta, y también los educadores, para potenciar el envejecimiento activo. (Limón y Berzosa, 2006; Figura 8.8)

Algunos factores que posibilitan un envejecimiento activo y saludable

1. Vigilar y cuidar la salud
2. Actividad física
3. Actividad mental
4. Actividades placenteras
5. Pensamiento positivo
6. Mantener relaciones y vínculos
7. Participar en el entorno
8. El sentido del humor

Figura 8.8. Elementos para un envejecimiento activo.

■ ALGUNAS ESTRATEGIAS QUE CONTRIBUYEN A LA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

Una de las poblaciones objetivo del estado del bienestar, como hemos señalado en el punto 3, son las personas mayores. Cualquiera que sea la ideología dominante, en un estado democrático moderno, las personas mayores conforman un grupo de edad protegido. Independientemente de cualquier estereotipo en torno a la vejez (Pérez Serrano, 2004; Fernández Ballesteros, 1992), las acciones sanitarias, económicas, psicosociales y educativas que se emprenden con el fin de atender a este grupo de edad tienen como objetivo global el incremento de la calidad de vida de las personas mayores (Plan Gerontológico, 1993; Informe 2006, IMSERSO).

Sin entrar a profundizar sobre el concepto de calidad de vida, podemos señalar que la calidad de vida en personas mayores tiene un perfil específico en el que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, referidos al trabajo (Ruiz y Baca, 1993) y donde aparecen otros que tienen que ver, por ejemplo, con el mantenimiento de habilidades funcionales o de autocuidado.

La calidad de vida es un concepto multidimensional; como señala Fernández Ballesteros (1996:16) "la vida es ontológicamente multidimensional y su calidad habrá de serlo también". Ello implica que habrán de contemplarse factores personales (la salud, la autonomía, la satisfacción), así como factores socioambientales (las redes de apoyo, los servicios sociales, etc.). La Figura 8.9, representa la imbricación que factores personales y socioambientales tienen; así la salud, que es un factor personal, por ejemplo, está íntimamente asociada con los servicios de salud y sociales, o también las relaciones sociales de una persona (dependiente de sus habilidades interpersonales) estarán en íntima dependencia del apoyo social brindado por el medio.

También se ha verificado que la realización de actividades de ocio, directa o indirectamente, tiene impactos positivos sobre la salud física, mental y social de la persona. Silvia Martínez Rodríguez, profesora del programa "Ocio Cultural Universitario" que se desarrolla en la Universidad de Deusto, desde el año 1993, señala en una investigación (2002:141) llevada a cabo con alumnos que participan en este programa que "el ocio es una experiencia cuyo disfrute incide en el desarrollo personal además de reportar otras ventajas no solo a la persona, sino también a la sociedad en su conjunto". En este mismo sentido manifiesta Cuenca Cabeza (2004:296) que la persona mayor con intensa participación en ocio tiene menor riesgo de enfermedad, mayor apertura y capacidad de servicio, y, menor posibilidad de conflictividad. Económicamente, la participación en actividades de ocio reduciría el gasto público en enfermedades, medicinas y atenciones, al tiempo que potenciaría el desarrollo de un grupo de población solidaria, que podría ejercer su acción en los aspectos diversos y beneficiosos para la comunidad.

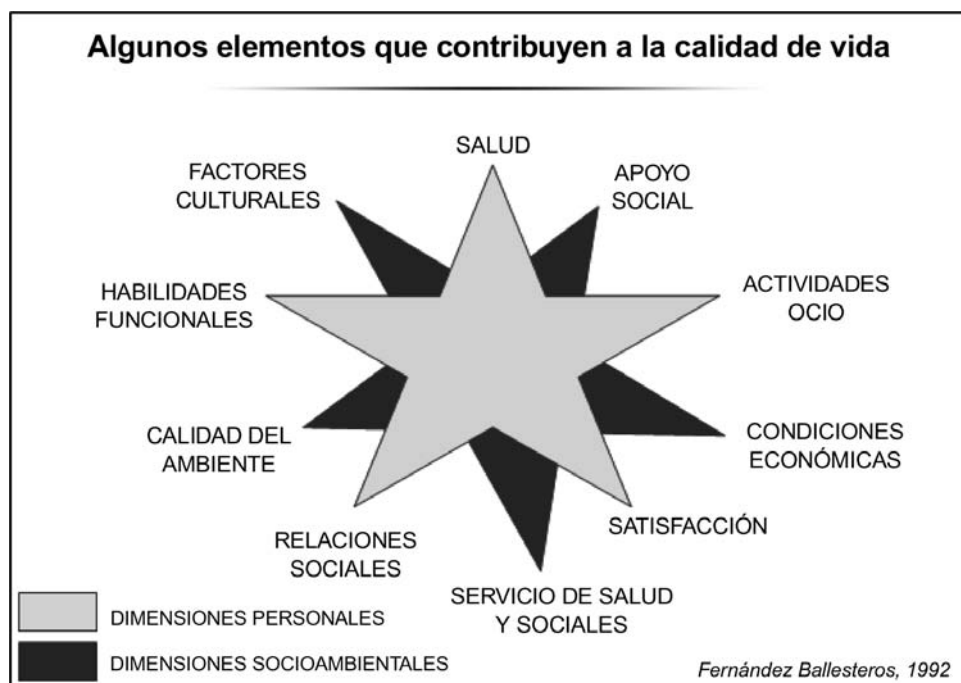


Figura 8.9. Multidimensionalidad de la calidad de vida: Factores personales y socioambientales.

El estudio sobre los beneficios que reporta el ocio a la persona es algo que ha interesado e interesa a los investigadores de múltiples disciplinas y ramas del saber como la psicología, la sociología, la medicina, la pedagogía, etc. Recogemos, en este apartado, la tipología desarrollada por Beard y Ragher en 1980 que indican los beneficios o propiedades que tiene sobre la persona, y especialmente sobre la persona mayor, la realización de actividades de ocio (Martínez Rodríguez, 2002:31):

- Propiedades psicológicas: sentimiento de libertad, diversión, pertenencia y cambio.
- Propiedades de tipo educativo: progreso intelectual y adquisición de conocimientos.
- Propiedades de tipo social: relaciones gratificantes con otras personas.
- Propiedades relativas al relax: descanso del cansancio y reducción del estrés.
- Propiedades fisiológicas: forma física, salud, control del peso, bienestar.
- Propiedades estéticas: acceso a entornos placenteros y a la belleza del medio.

Repertorio de actividades de ocio

Cualquiera que sea el plano en que la persona mayor realice actividades de ocio, éstas deben cumplir, al menos, las siguientes características:

- Ser libremente elegidas.
- Responder a los verdaderos intereses de la persona.
- Ser regulares y sistemáticas.
- Ser de índole tal que, al hacerlas, la persona se sienta útil y los demás la consideren valiosa.
- Que su realización produzca agrado a la persona.
- Ser realizadas en un medio que implique relaciones con otros, a fin de que den oportunidad de practicar relaciones sociales.

Teniendo presentes estas características generales, sugerimos algunas actividades recreativas, formativas, sociales, de servicio a los demás, de pasatiempo, físico-deportivas... que pueden ser realizadas en centros para mayores, centros de día, centros culturales, aulas de tercera edad, centros residencias, universidades populares, asociaciones... (Estas actividades no se excluyen entre sí, todas son importantes). La variedad de experiencias de ocio proporciona un gran enriquecimiento a la persona mayor. El educador debe ser consciente de que la diversidad de tipos de práctica de ocio favorece actitudes de apertura y curiosidad hacia ellas.

En la Tabla 8.3 se detallan las dimensiones del ocio analizadas por el profesor Manuel Cuenca (2000):

Tabla 8.3. Dimensiones del ocio².

<i>Dimensión lúdica:</i>	con la que se designa el juego, la diversión, los hobbies y entretenimientos generalizados que nos permiten vivir experiencias desenfadadas...
<i>Dimensión creativa:</i>	relacionada con la vivencia formativa y cultural.
<i>Dimensión ambiental-ecológica:</i>	que se refiere a las experiencias de ocio que nacen como resultado del encuentro con los diversos entornos.
<i>Dimensión festiva:</i>	que plantea la vivencia de una experiencia absolutamente comunitaria, como es la fiesta.
<i>Dimensión solidaria:</i>	referida a la vivencia social en términos de entrega, cooperación y ayuda desinteresada a otros.

² Cuenca, 2000. cit. en Martínez Rodríguez, 2002:63.

En la Tabla 8.4. mostramos las actividades que pueden ser desarrolladas por las personas mayores atendiendo a las dimensiones anteriormente mencionadas.

Tabla 8.4. Actividades que pueden realizar las personas mayores.

ACTIVIDADES DE DESARROLLO FÍSICO	Gimnasia, yoga, tai-chi. Expresión corporal. Relajación Paseos, marchas, campismo.
ACTIVIDADES DEPORTIVAS	Natación, pesca, bicicleta. Golf, minigolf, tenis, pelota. Billar, ping-pong.
ACTIVIDADES TURÍSTICAS	Excursiones. Intercambios, congresos. Balnearios, capeas.
ACTIVIDADES FORMATIVO CULTURALES	Conferencias, tertulias, grupos de debate. Aprendizaje de nuevas tecnologías Cine, teatro, vídeo, lectura. Exposiciones, museos, ferias. Programas Universitarios para mayores.
ACTIVIDADES DE DINÁMICA OCUPACIONAL	Dibujo, pintura, cerámica. Grupo coral, rondalla. Macramé, cestería, grabado.
ACTIVIDADES DE MEMORIA COLECTIVA	Historia viva. Tradiciones, reconstrucciones. Refranes, costumbres, cuentos.
ACTIVIDADES RECREATIVAS	Bingo. Juegos de cartas, dominó. Ajedrez, damas, parchís. Coleccionismo.
ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE	Petanca, bolos, rana. Tanguilla, tuta, caliche. Juegos de gymkhana.
ACTIVIDADES SOCIALES Y CONVIVENCIALES.	Baile, fiestas, disfraces. Comidas, meriendas, carnaval.
ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	Consejos de Mayores. Campañas municipales, plenos. Centros culturales, cívicos.

(Continúa)

(Continuación)

ACTIVIDADES DE VOLUNTARIADO SOCIAL	Visitas a enfermos, impedidos. Servicio de ayuda a domicilio. Colectivos marginados.
ACTIVIDADES DE AYUDA MUTUA (ASOCIATIVAS)	Tramitación de documentos. Información y asesoramiento. homenajes, ayudas.

TEMAS PARA UN CURSO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR EN LOS MAYORES

El programa que presentamos con el título "Promoción de la salud y bienestar en los mayores", está diseñado para animar grupos de mayores siguiendo, orientativamente, la metodología propuesta en el libro *Grupos de debate para mayores* (Limón R y Crespo JA, 2002).

Los objetivos, los temas de estudio y reflexión que se ofrecen en los doce temas del curso enunciado pueden ser desarrollados en los distintos espacios de educación para la salud dirigidos a las personas mayores y constituyen una estrategia formativa para mejorar la calidad de vida en la vejez.

Índice

1. **Salud y bienestar en la vejez**
2. Prevenir los accidentes caseros en la vejez
3. Cuidar los cinco sentidos
4. Los mayores, el estrés y la relajación
5. **El valor de la comunicación y el diálogo en la vejez**
6. Enfermedades que afectan a muchos mayores
7. El alcoholismo entre los mayores
8. La sabiduría del optimismo realista en la vejez
9. Los juegos de cartas como espacio de encuentro y desarrollo entre los mayores
10. Recomendaciones para cuidar tu memoria
11. **Mantenerse en forma de mayores con el ejercicio físico**
12. Grupos de ayuda mutua entre los mayores

A continuación desarrollaremos los temas marcados en negrita (1, 5 y 11):

TEMA: Salud y bienestar en la vejez

Objetivos específicos

1. Dar la oportunidad de reflexionar y compartir ideas sobre el tema de la salud y el bienestar en la vejez.
2. Ofrecer información práctica que facilite a las personas mayores una buena salud y bienestar durante esta etapa de la vida.
3. Concienciar de la propia responsabilidad de los mayores ante su salud y bienestar.
4. Estimular la creación de hábitos saludables que promuevan una vejez satisfactoria.
5. Reforzar y animar aquellas aptitudes, conductas o reflexiones que fomenten la salud y el bienestar del mayor.

Texto (para leer, analizar y debatir)

Estar enfermo representa el peligro más serio y temido para un gran número de mayores. Ante la pregunta ¿qué significa estar sano?, la respuesta más habitual de los mayores es: vivir sin sufrimientos o dificultades que nos impidan ser autónomos en la actividad diaria.

El concepto de salud está ligado al de bienestar y desarrollo personal. La salud es algo más que no estar enfermo, y se debe entender de forma más amplia y positiva, como un proceso en el que las personas colaboran activamente para conseguir el máximo desarrollo de sus capacidades, buscando su realización personal y social.

La salud en la vejez está conectada con el mantenimiento de las capacidades físicas, mentales y sociales.

Las principales características que describen una vejez sana son:

- Estar en contacto con la realidad. Esto es, hacer frente a los problemas de la vida con criterio realista, reconociendo las limitaciones y buscando el desarrollo de las facultades que se poseen.
- Ser uno mismo, esforzándose por mantener la autonomía personal y una convivencia social satisfactoria.
- Tener una vida emocional equilibrada.
- Integrarse en la vida social del propio entorno.
- Poseer confianza en uno mismo, ser activo, creativo y crítico.
- Obtener estímulos positivos en la actividad diaria.

Dos opiniones equivocadas sobre la salud en la vejez son: primero, identificar vejez con enfermedad, esto es, creer que todos al envejecer enfermamos de una u otra forma; y, segundo, pensar que la salud se mantiene principalmente, y casi exclusivamente, a base de medicamentos.

Ninguna de estas dos ideas son correctas. Debemos saber que, en general, los mayores experimentan una vejez sana y que los medicamentos no son la base de la salud, simplemente representan un apoyo al que se debe acudir solo cuando es necesario y sugerido por profesionales.

Las enfermedades más frecuentes en la vejez son: los accidentes cerebrovasculares, la artritis, la hipertensión arterial, las depresiones, la incontinencia urinaria, las cardiopatías, la bronquitis y asma, la diabetes, las demencias y la sordera.

Algunos de los aspectos que no debemos descuidar para prevenir las enfermedades y desarrollar una vida sana son:

- Estar activo, mantenerse ocupado en actividades de interés.
- Comer y beber adecuadamente.
- Moverse, hacer ejercicio, mantener una posición correcta.
- Dormir, descansar y vestirse adecuadamente.
- Mantener la higiene y el aseo personal.
- Rodearse de un entorno agradable y seguro, que evite los accidentes domésticos.
- Comunicarse y expresar nuestras ideas y sentimientos. Sentirse integrados y comprometidos socialmente.
- Evitar el estrés, las drogas, la vida sedentaria, las medicinas innecesarias, el aislamiento, el pesimismo.
- Buscar el mayor grado de autonomía, reconociendo la propia responsabilidad ante la salud.

Para Imanol Ormaza (1995), especialista en enfermería geriátrica, existen dos puntos decisivos, relacionados entre sí, que deben abordarse cuando se revisa el tema de la salud en la vejez; estos son: la educación para la salud y la promoción de los grupos de apoyo.

La salud es un derecho conectado con el bienestar y actividad general de todas las personas, de ahí que no deba delegarse solo en los profesionales sanitarios, y sí tenga que ser considerada como una responsabilidad personal y social, que necesita estimularse por medio de la educación popular y comunitaria.

Desde esta perspectiva, sería altamente saludable que los mayores se comprometiesen en proyectos y actividades intergeneracionales y comunitarias, con el fin de promover la educación para la salud. O sea, que, con actitud educativa crítica, estimularan en las personas de su entorno actitudes positivas hacia la salud, promoviendo la creación de hábitos y conocimientos al alcance de todos, para mantener y mejorar la salud.

La participación comunitaria de los mayores, a través de grupos de autoayuda o de mutuo apoyo, representa un instrumento de gran valor para afianzar el bienestar y la salud en la jubilación. En torno a estos grupos se relacionan personas con intereses o problemas comunes, como la depresión, el alcoholismo, familiares de enfermos, grupos de amigos, vecinos o voluntarios, para recibir colaboración, apoyo emocional, consejos de expertos e información, ayuda personalizada, ánimos para mejorar las condiciones de vida y estímulos para superar las dificultades y continuar autónomos.

Preguntas para animar y centrar el debate

1. ¿Cuándo decimos que nos encontramos sanos?, ¿qué significa estar sano cuando ya eres un anciano?
2. ¿Es cierto que lo peor que puede pasar a un mayor es caer enfermo?
3. ¿Conoces a algún mayor que haya vivido su vejez con buena salud? ¿Cuál dirías que son las características que describen una vejez sana?
4. ¿Cuál debe ser el uso correcto de los medicamentos?
5. ¿Cuáles son las enfermedades más habituales en las personas mayores?
6. ¿Merece la pena esforzarse para prevenir una vejez más sana?
7. ¿Qué consejos darías a alguien que se va a jubilar y te pregunta qué se debe hacer para vivir una vejez satisfactoria?
8. ¿Cuáles son los hábitos sanos que los mayores practican en la actualidad, y cuáles son los que aún debemos integrar en nuestras costumbres?
9. ¿Qué proyectos o actividades recomendarías a los responsables políticos, para fomentar en tu localidad una vejez saludable y feliz?
10. ¿Sinceramente crees que comprometerse a ayudar a otras personas favorece tu bienestar personal?

TEMA: Mantenerse en forma de mayores con el ejercicio físico

Objetivos específicos

1. Estimular el interés y el conocimiento del valor saludable del ejercicio físico entre los mayores.
2. Promover estrategias cognitivas y hábitos de conducta que permitan a los mayores encontrar en el ejercicio físico a su alcance un recurso de afianzamiento y satisfacción personal.
3. Ofrecer estímulos y refuerzos positivos dirigidos a potenciar aquellas expresiones o conductas que respalden el interés y la participación de los mayores en actividades deportivas o de ejercicio físico.

4. Presentar el deporte y el ejercicio físico para mayores como un medio de promocionar la dignidad, los valores y las capacidades positivas de los miembros del grupo.
5. Estimular las iniciativas, proyectos e ilusiones conectadas con actividades físicas y deportivas.

Texto (para leer, analizar y debatir)

Consejos para realizar ejercicio físico

"Dicen que quien mueve los pies mueve el corazón, y que el ejercicio físico es salud, y algo de cierto habrá en ello cuando todos lo afirman". "El deporte debe ser como el agua, que vale para casi todo, pues es una forma de prevenir enfermedades, de hacer amigos y disfrutar con la gente y, por qué no, una forma de mantenernos vivos, ágiles, durante el día, para poder dormir por la noche".

Los mayores podemos realizar casi todos los deportes adaptándolos a nuestras posibilidades; por ejemplo, podemos dedicarnos al billar, la pesca, los bolos, al ping pong, la petanca, los dardos, andar, bailar, nadar, hacer gimnasia o yoga.

Algunos consejos para disfrutar del deporte son:

- Hacer ejercicio físico regularmente, o sea, casi todos los días. No vale eso de que yo soy un gran deportista, pero solo dos días al año.
- Hacer ejercicio físico en compañía. Ya se sabe, en el deporte, como en otras cosas, dos o más mejor que uno.
- No hacer esfuerzos bruscos, conviene hacer deporte de forma moderada.
- Tener presente que hacemos ejercicio físico, sobre todo, para divertirnos. No te enfades si pierdes en un juego o tienes que disminuir tus metas.
- Realiza relajaciones después de hacer el ejercicio físico y, si puedes, consigue que te den un masaje.
- Que tu médico te asesore y lleve control de la actividad física que realizas.
- Acompaña tu deporte con una dieta cuidada e higiene adecuada.

Beneficios del ejercicio físico continuado

- Prevención, retraso o mayor capacidad para la recuperación de trastornos cardiovasculares.
- Mejor trabajo cardíaco y menor tasa cardíaca en reposo y menor aceleración durante el ejercicio.
- Mejoría del flujo coronario y disminución de la tasa de colesterol.
- Mejor control del peso corporal.
- Mejoría de la postura.

- Equilibrio de las tensiones.
- Prevención de las lumbalgias.
- Mejoría de la capacidad de afrontar situaciones extremas.
- Aumento de las posibilidades de desarrollar la motricidad.
- Estímulo de la actividad mental.
- Mejoría de la sensación de bienestar.

Preguntas para animar y centrar el debate

1. ¿Has practicado algún deporte o ejercicio físico a lo largo de tu vida?
2. ¿Crees que el ejercicio físico puede hacer la jubilación y la vejez más gratificantes y saludables?
3. ¿Cómo influye el ejercicio físico en la salud?
4. ¿Es cierto que el cuerpo humano necesita movimiento y ejercicio para no acelerar el proceso de envejecimiento?
5. ¿Cuáles son los ejercicios físicos o deportes para mayores que conoces?
6. ¿Consideras que pasear y bailar son ejercicios físicos con interés?
7. Hay personas que, bien por comodidad, bien porque se encuentran bajas de ánimo, casi no hacen ejercicio y están paradas todo el día. ¿Qué las recomendarías?, ¿qué las dirías para que hicieran ejercicio físico diariamente?
8. ¿Crees que es bueno que exista competición en los deportes de mayores?
9. ¿Conoces a personas mayores que practiquen habitualmente algún ejercicio físico o deporte?
10. ¿Te atreverías a formar parte de un grupo de pesca, senderismo o paseos, petanca, baile o golf, etc.?

TEMA: El valor de la comunicación y el diálogo en la vejez

Objetivos específicos

1. Ofrecer información sobre el valor saludable de la comunicación amistosa.
2. Dar la oportunidad de reflexionar y compartir ideas sobre el valor del diálogo comunicativo.
3. Concienciar al mayor de su responsabilidad en el cuidado personal de su salud, desarrollo mental y afectivo.
4. Estimular la creación de hábitos saludables y preventivos, que promuevan la comunicación en la vejez.
5. Reforzar y animar aquellas actitudes, conductas o reflexiones saludables conectadas con la comunicación.

Texto (para leer, analizar y debatir)

Dicen que el diálogo amistoso, relajado e interesante es una de las experiencias más agradables que nos reserva la vejez. Cuando llegamos a mayores y el desgaste de los años hace que nos cuestionemos si merece la pena seguir viviendo, la comunicación acogedora y gratificante de quienes nos rodean nos anima a seguir viviendo, nos ofrece una oportunidad para dar sentido y valorar positivamente nuestra vida, pese a las dificultades.

Pero no siempre que hablamos con otros logramos comunicarnos satisfactoriamente. Para que el diálogo se convierta en una actividad emancipadora, de convivencia respetuosa y desarrollo, requiere que actuemos adecuadamente. Esto es, exige promover el diálogo como un encuentro receptivo, en el que los interlocutores comparten experiencias vitales personales, que transmiten algo íntimo de sí mismos, como las ilusiones, los miedos, los logros, las alegrías, los fracasos, las tristezas, los proyectos y las preocupaciones.

El diálogo que acaba siendo comunicación auténtica produce una influencia recíproca entre los interlocutores. Cuando dos personas hablan de algo que les interesa, prestándose atención, profundizando en sus experiencias, buscando una comprensión mutua, algo, por pequeño que sea, cambia en ellos.

Si somos capaces de dar a esta influencia un carácter constructivo y humanizador, encontraremos en el diálogo una terapia asequible para desarrollar nuestras capacidades y prevenir los desequilibrios psíquicos que, en algunas ocasiones, sufrimos al envejecer.

Pese a que en la actualidad todos reconocemos que comunicarse satisfactoriamente es una condición necesaria para disfrutar de la vejez, comprobamos diariamente como nuestra sociedad tiende a dificultar la comunicación de los ancianos y a provocar su aislamiento.

La despoblación de las zonas rurales y el crecimiento progresivo de las ciudades promueve que vivamos rodeados de gente por todas partes, pero aislados y con graves problemas de comunicación. No conocemos a la gente que vive en nuestro barrio, y apenas nos limitamos a saludar y cruzar unas palabras de cortesía con nuestros vecinos.

Incluso dentro de la familia, los mayores encuentran serias barreras para comunicarse, pasan casi todo el día solos y cuando llegan a casa los hijos y los nietos, encuentran que los problemas, las prisas y, sobre todo, la televisión, dificultan la comunicación y el diálogo familiar.

Por otra parte, el poco valor que damos a nuestra comunicación y la torpeza de nuestras costumbres pueden reducir nuestro diálogo a simple descalificación y chismorreo sobre otras personas o nos limitamos a transmitir información poco relevante, sobre programas de televisión o fútbol, sin llegar a profundizar en nuestras experiencias vitales.

Por unas y otras razones, gran cantidad de ancianos suelen "matar su tiempo" solos. Como ha escrito J. José Tamayo: "Cada vez es mayor el número de personas que, por diversos, motivos, viven solas, sin nadie que pueda responder a sus preguntas, que tome en serio sus problemas; sin nadie a quien preguntar o a quien dirigirse como un tú personal, que escuche y comprenda, que acoja y estimule; sin nadie con quien reír o llorar y, en definitiva, con quien vivir. Este es, quizás, el lado más oscuro, desesperanzador y negativo de la existencia humana".

Toda la sociedad y especialmente los mayores deberíamos reflexionar sobre ¿cómo es posible que ocurra esto?, ¿cómo puede suceder que un acto tan simple y accesible como el diálogo constructivo haya llegado a convertirse en algo tan raro y difícil en nuestra sociedad? Si queremos poner medios para disfrutar de una jubilación feliz necesitamos promover el diálogo que fomente comunicación entre las personas.

Algunos consejos prácticos que pueden facilitarnos la comunicación y el diálogo son los siguientes:

1. Si posee dificultades sensoriales para comunicarse no dude en hacer un esfuerzo por resolverlas. Use audífonos y gradúese periódicamente la vista. Procure mirar de frente a su interlocutor cuando habla y pronuncie con claridad y sin prisas, si no ha oído lo que los otros dicen solicite que se lo repitan.
2. Utilice todas las formas de comunicación a su alcance para no perder contacto con esos buenos amigos de siempre. Si cambia de domicilio escriba cartas, llame por teléfono, sugiera a sus amigos y familiares que le visiten, y pasen unos días con usted en su casa.
3. Aproveche todas las ocasiones que surjan para estimular una buena comunicación. Participe en excursiones, en proyectos de trabajo o voluntariado comunitario; comprométase con organizaciones internacionales solidarias que le obliguen a participar y a comunicarse; haga grupos de amigos y tertulias; intercambie libros y vea películas de interés con conocidos y coméntelas.
4. Recuerde que ayudar a otros suele ser una buena forma de comunicarse. Supere el miedo a molestar o la cobardía de acercarse a alguien e iniciar un diálogo interesante.
5. Esfuércese por comunicarse con personas de todas las edades.
6. Cuando mantenga una charla no lance largos discursos, que aburran e impidan hablar a los demás. No hable siempre del mismo tema. Procure descubrir los intereses de las personas que le rodean y facilite su discusión. Evite temas que sabe que molestan o pueden producir situaciones violentas. Muestre interés por lo que le cuentan y pregunte. Aprenda a dialogar reconociendo lo positivo de lo que le comentan y no convierta su conversación en un continuo llevar la contraria. Cuando dialogamos debíamos preguntarnos si nos

interesamos por las experiencias vitales de nuestro interlocutor o si solo nos limitamos a contar nuestros problemas sin atender realmente a los otros.

Preguntas para animar y centrar el debate

1. ¿Qué diferencias existen entre el mero acto de hablar o charlar, para pasar el rato, y tener una conversación comunicativa y enriquecedora?
2. ¿Crees que comunicarnos dialogando nos ayuda a vivir con más satisfacción?
3. ¿Qué tenemos que hacer o cómo debemos dialogar para poder comunicarnos con respeto y pasando un rato agradable?
4. ¿Es cierto que es más fácil comunicarse cuando hablas de tus propias experiencias?
5. ¿Crees que es saludable contar tus problemas y dificultades a alguien en quien confíes?
6. ¿Es cierto que a muchos ancianos les resulta difícil encontrar a alguien con quien hablar?
7. ¿Se puede aprender y mejorar el nivel de vida de los mayores organizando diálogos interesantes y agradables?
8. ¿Qué sucede en nuestra sociedad que, siendo el diálogo una actividad tan importante para el ser humano y tan accesible a todos, encontramos tantas dificultades para hablar y comunicarnos satisfactoriamente?
9. ¿Crees que las prisas del mundo actual y la televisión son barreras reales, para comunicarnos con la familia?
10. ¿Qué podemos hacer para facilitar la comunicación y el diálogo?

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Alonso D, Lirio J, Mairal P. *Mayores activos*. Madrid. La Factoría de Ediciones y Producciones. 2007.
- Beard JG, Ragheb MG. Measuring leisure satisfaction. *Journal of Leisure Research*; 1980. vol. 12, n.1, pp 20-33.
- Bedmar M, Montero I. *La educación intergeneracional. Un nuevo ámbito educativo*. Madrid. Dyckinson. 2003.
- Belando M. *Vejez física y psicológica. Una perspectiva para la educación permanente*. Cáceres. Universidad de Extremadura. 2001.
- Bermejo García L. *Educación ambiental para personas mayores*. Santander. Gobierno de Cantabria–Fundación CDESC.
- Bermejo García L. *Gerontología educativa. Cómo diseñar proyectos educativos con personas mayores*. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 2005
- Blanco A. Calidad de vida: aspectos psicosociales. En: Morales JF. et al (eds.). *Psicología social aplicada*. Bilbao. Descleé de Brouwer. 1985.

- Boetsch J, et al. *Reflexiones psicológicas para el adulto mayor*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. 1998.
- Branden N. *Cómo mejorar su autoestima*. Barcelona. Buenos Aires,. Paidós. 1988
- Butler N. *Aging and mental health*. Saint Louis. Mosby Company. 1977
- Colom A, Orte C. *Gerontología educativa y social. Pedagogía Social y personas mayores*. Palma de Mallorca. Universitat de les Illes Balears. 2001.
- Covey CH. Higher education and older people: Some theoretical considerations. *Educational Gerontology*, 1983; 9, 95-109.
- Cuenca Cabeza M. *Ocio humanista. Dimensiones y manifestaciones actuales del ocio*. Bilbao. Instituto de Estudios de Ocio, Universidad de Deusto. 2000.
- Cuenca Cabeza M. *Pedagogía del ocio: Modelos y propuestas*. Bilbao: Universidad de Deusto. 2004.
- Delors J, et al. *La educación encierra un tesoro*. Madrid. Santillana. 1996.
- Escolano A. Valores, actitudes y habilidades en la educación para la salud. *Revista Educación*; 2002;XXI, 4, 41-59.
- Faure E, et al. *Aprender a ser*. Madrid. Alianza. 1973.
- Fernández-Ballesteros R, et al. *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Madrid. Fundación Caja Madrid. 1992.
- Fernández-Ballesteros R. *Dimensiones de la evolución de la calidad de vida*. Madrid. Universidad Autónoma. 1992.
- Frankl V. *Ante el vacío existencial*. Barcelona. Herder. 1987.
- Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona. Herder. 1989.
- García Arroyo M^aJ. *Entrenamiento de habilidades psicocorporales en la vejez*. Salamanca. Amarú. 1995.
- García Mínguez J. *La educación en personas mayores. Ensayos de nuevos caminos*. Madrid. Narcea. 2004.
- García A, Sáez J, Escarbajal A. *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid. Arán. 2000.
- Giro Miranga (coord.). *Envejecimiento activo, Envejecimiento en positivo*. Logroño. Universidad de la Rioja. 2006.
- Gómez Barnusell A. Intervención en la tercera edad. En: Colom AJ (ed.). *Modelos de intervención socio-educativa*. Madrid. Narcea. 1989:60-79.
- IMSERSO *Informe. Las personas mayores en España*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Observatorio de Personas Mayores. 2006.
- IMSERSO. *Guía práctica para mayores*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. 1993.
- IMSERSO. *Plan Gerontológico*. Madrid. Instituto Nacional de Servicios Sociales. 1993.
- IMSERSO. *Centros de día para personas mayores dependientes. Guía práctica*. Madrid. Insero. 1996.
- Lehr U. *Psicología de la senectud*. Barcelona. Herder. 1980.
- Lehr U. *La Longevidad, un reto para el individuo y la sociedad*. En Foro de la Sociedad Civil sobre Envejecimiento, celebrado en León, noviembre 2007. Madrid. IMSERSO. 2008.
- Limón Mendizábal R. La educación de las personas mayores. En: A. Petrus (ed.). *Pedagogía Social*. Barcelona. Ariel Educación. 1997. 292-329.
- Limón Mendizábal R, Crespo Cabomero JA. *Grupos de debate para mayores. Guía práctica para animadores*. Madrid. Narcea. 2002. (Este libro ha sido publicado en Brasil Grupos de debate para idosos. Guía práctico para coordenadores dos encontros. Edições Loyola. 2004).

- Limón Mendizábal R, Berzosa Zaballos C. *Elaboración de programas de preparación a la jubilación*. Master en Gerontología Educativa y Social. Madrid. UCM-INGESS. 2006.
- Limón Mendizábal R, Berzosa Zaballos G. Siglo XXI, Envejecimiento y solidaridad. *Revista Galega do Ensino*. 2006. (Vol. 14, Nº 48), pp. 59-88.
- Limón Mendizábal R. Ocio y mayores: Algunos valores para vivir una vida plena en la vejez como un objetivo del desarrollo cívico. En: JM Touriñan (ed.). *Educación en valores, Sociedad Civil y desarrollo cívico*. A Coruña. Netbiblo; 2008:204-219.
- López Franco E. *Orientación para el éxito*. López Franco E. et al. (ed.). Orientación y tutoría. Madrid. CEVE. 1990.
- López Franco E. *La persona y la madurez personal vistas desde la psicología*. Preparación a la Jubilación. Madrid. CEVE. 1992.
- Lukas E. *Tu vida tiene sentido*. Madrid. Ediciones SM. 1982.
- Martínez Rodríguez S. *Ocio y formación en la edad adulta*. Tesis Doctoral. Bilbao. Universidad de Deusto. 2002.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. La OMS ante la II Asamblea Mundial del Envejecimiento. Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. *Boletín sobre el envejecimiento*, 2001. Nº 4-5, Madrid.
- Montoya JM, Fernández M *Educación de las personas mayores*. Madrid. UNED. 2002.
- Moragas R. *La jubilación. Un enfoque positivo*. Barcelona. Grijalbo. 1989.
- Moragas R. *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona. Herder. 1991.
- Orduna G, Naval C. *Gerontología educativa*. Barcelona: Ariel Educación. 2001.
- Ormaza I. *Grupos de apoyo en la vejez*. Bilbao. Gobierno Vasco. 1995.
- Perea Quesada R. La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación*, 2002: XXI, 4:15-40.
- Pereira M^aC et al. Educación para la salud y el consumo en las personas mayores, desde los estímulos culturales. En: Colom A. y Orte C. (eds.). *Gerontología educativa y social. Pedagogía Social y personas mayores*. Palma. Universitat de les Illes Balears. 2001: 277-292 .
- Pérez, Malagón y Amador. *Vejez, autonomía o dependencia pero con calidad de vida*. Madrid. Dykinson. 2006.
- Pérez Serrano G. *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid. Dykinson. 2004.
- Pinillos JL. *Mitos y estereotipos, los mayores que vienen*, conferencia publicada en el libro *Una aproximación pluridisciplinar al entorno de la vejez*, Madrid. Fundación Caja de Madrid, 1994:13-20.
- Rey Calero J del, Gil A, Calvo J. *Cuidar la salud*. Madrid. Editorial Universitaria Ramón Areces. 2006.
- Sáez Carreras J. *Pedagogía Social y Programas Intergeneracionales: Educación de personas mayores*. Málaga. Aljibe. 2002.
- Sánchez Caro J, Ramos F. *La vejez y sus mitos*. Barcelona. Salvat. 1982.
- Sarrate Capdevilla M^aL. *Atención a las personas mayores. Intervención práctica*. Madrid. Ed. Universitas. 2006.
- Tamayo J. La cultura como forma de vida y comunicación, en *Jornadas por una vejez activa*. Barcelona. FCM. 1995:227-237.

9

El desarrollo comunitario, una acción dinamizante de promoción para la salud

M^a Ángeles Hernando Sanz

INTRODUCCIÓN. EDUCACIÓN, EDUCACIÓN COMUNITARIA Y DESARROLLO COMUNITARIO. CONCEPTO DE COMUNIDAD. PROGRAMAS PARA EL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD: PROGRAMAS DE SALUD. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL MARCO COMUNITARIO. LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: UN RETO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. EL FUTURO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: NUEVAS ESTRATEGIAS PARA FAVORECER SU DESARROLLO. LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SALUD COMUNITARIA. RESUMEN. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

Cualquier proceso educativo está inmerso en un entorno social. Esto significa que la sociedad, en general, y la comunidad, en particular, son agentes educativos de gran importancia para la educación y muy especialmente para la educación para la salud. por ello, nuestro punto de partida es considerar que la salud, y por lo tanto la educación para la salud, se desarrolla en un entorno concreto, en una comunidad.

Cualquier propuesta de desarrollo de una comunidad en éste ámbito, implica un proceso de trabajo común y participativo que se percibe hoy más necesario que nunca, si queremos favorecer la prevención, la promoción y el mantenimiento de la salud, tanto individual como colectiva, como indica la OMS.

Los problemas de de salud están estrechamente vinculados con una serie de relaciones entre los factores sociales, económicos, ecológicos y políticos que deter-

minan los niveles de vida individual y social, que inciden de una forma muy directa en la salud.

El presente tema versará sobre los principales conceptos implicados en el desarrollo comunitario en el ámbito de la educación para la salud, la importancia de la participación y en los programas y acciones que se pueden llevar a cabo en este sentido.

EDUCACIÓN, EDUCACIÓN COMUNITARIA Y DESARROLLO COMUNITARIO

Estos conceptos, aparentemente desconectados, aparecen unidos e interrelacionados en el devenir sociohistórico. El análisis comparativo de dichos conceptos es de gran ayuda para comprender el contexto de la comunidad, la perspectiva de desarrollo y su conexión con el proceso educativo, entendido este último en un sentido permanente y global.

Estamos de acuerdo con Caride JA y Rouco J (1990:21) en que los contextos sociales, el territorio y las sociedades que los configuran suponen un marco inexcusable en la percepción e interpretación de los hechos educativos.

Entre las características sociales del futuro de la educación, figuran dos de gran relevancia. Por un lado la consideración de que gran parte de los aprendizajes tendrán lugar fuera de las instituciones educativas. La calle seguirá jugando el papel educativo que ha desempeñado siempre, y la única diferencia es que ahora comenzamos a dar importancia a sus posibilidades formativas y socializantes, puesto que la familia y la escuela no cumplen con estas tareas. Por otro, el proceso formativo no acaba a una edad determinada. Toda vez que el proceso de desarrollo de la tecnología, tan rápido como necesario, hace imprescindible una formación continua, bajo los principios de la educación permanente.

Según Escarbajal A (1992) esto nos puede dar idea de la importancia que tendrá la educación extrainstitucional en el futuro y la necesidad de que las instituciones educativas miren, de una vez, hacia la sociedad, comenzando por su entorno más próximo.

Son muchos los autores que manifiestan su apoyo a una recalificación de las instituciones educativas para que lleguen a trabajar en un abanico amplio de posibilidades que abarquen todas las necesidades socioculturales y de formación en una comunidad. Todo ello, en una acertada coestión entre los expertos, los docentes y los implicados en el desarrollo de una comunidad.

Hasta hace poco tiempo, la educación se consideraba como un proceso limitado en el tiempo que hacía referencia a un conjunto de aprendizajes que deberían ser asimilados por el alumno durante una etapa concreta de su desarrollo evolutivo. Todo ello cambia cuando surge el interés por otro tipo de sistemas como la educación no

formal e informal, poniéndose de manifiesto el papel de la sociedad como agente educativo. Las diferentes formas de educación dan lugar al establecimiento de una red de educación permanente, que favorezca también el desarrollo de un auténtico sentido de comunidad.

A partir de estos planteamientos concebimos la educación como un proyecto global orientado a desarrollar todas las posibilidades del sistema educativo, tanto dentro como fuera del mismo. Nos hayamos, pues, ante nuevas estrategias educativas que además de dar respuesta a las necesidades concretas de la población, se integra en la dimensión del desarrollo local.

En este asentido, la educación permanente como proceso de desarrollo comunitario lleva implícito, no solo el aspecto formativo y de reciclaje de las habilidades profesionales; sino que también incluye aspectos socioculturales y socioeducativos tan importantes para que las culturas locales conserven sus propios valores.

Sobre el desarrollo comunitario no hay una concepción uniforme, sino que está determinada por el marco ideológico, características socioeconómicas, objetivos, organismos promotores, etc.

Uno de los teóricos destacados del ámbito latinoamericano que avanza una primera definición del desarrollo comunitario es Ander-Égg (1987:10); este autor la inscribe dentro de un concepto más amplio como es el de "desarrollo" y lo considera como método y técnica que contribuye positiva, real y efectivamente en un proceso de desarrollo integral y armónico, orientado fundamentalmente a ciertos aspectos extra-económicos, en particular psicosociales, que intervienen en la promoción de actitudes, aspiraciones y deseos para el desarrollo.

Del ámbito europeo destacamos a Rezsohazy (1988:18,23-24), que treinta años después de los primeros movimientos sociales, afirma que "El Desarrollo Comunitario es una acción coordinada y sistemática que, en respuesta a las necesidades o a la demanda social, trata de organizar el progreso global de una comunidad territorial bien delimitada o de una población-objetivo, con la participación de los interesados".

Si tenemos en cuenta a las organizaciones internacionales, debemos citar a las Naciones Unidas, que en su cumbre mundial sobre desarrollo social (1995) celebrada en Copenhague, del trabajo realizado en esta reunión nace un nuevo concepto de desarrollo social que pone el énfasis en las siguientes dimensiones: ampliación de las capacidades individuales y colectivas de todos los pueblos y mejora de las condiciones de vida de todas las personas, situando la satisfacción de las necesidades básicas y de las necesidades sociales, como ser social, en el centro de las políticas y actividades nacionales e internacionales.

La primera conferencia internacional celebrada en Ottawa en 1986, hizo hincapié en lo que debía ser la promoción de la salud, considerándola un proceso mediante el cual las personas incrementan su control sobre los factores determinantes de la salud y en consecuencia alcanzar su mejora. Estos factores están referidos a un con-

junto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan la salud de la población.

La promoción de la salud no es solo transmisión de contenidos, sino que a estos incorpora objetivos como:

- Fortalecer las habilidades y capacidades de las personas.
- Modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con la finalidad de disminuir su influencia negativa en las poblaciones.

Al igual que el desarrollo comunitario busca, por un lado la participación de la persona en la toma de decisiones respecto a su estado de salud y, por otro, considera fundamental a la educación factor esencial para que dicha participación se efectiva.

Los principios básicos para la promoción de la salud en la comunidad marcados por la OMS son:

- Implicar a la población en su contexto diario, en lugar de ocuparse de grupos de población con riesgos de enfermedades.
- Orientar la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar el control de factores ambientales negativos para ésta.
- Conseguir una participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a los individuos a encontrar su forma de promocionar su salud en comunidad.
- Considerar la promoción de la salud como una actividad del campo de la salud y del ámbito social, y no como un servicio médico, no significa menospreciar el papel tan importante que ejercen los profesionales sanitarios.

Como podemos comprobar a través de los enfoques ofrecidos, los conceptos de educación comunitaria, desarrollo comunitario y promoción de la salud están íntimamente ligados si los relacionamos con los problemas que sufren las comunidades. Según Fletcher C (1985:1630) la educación comunitaria supone la participación de las comunidades en la educación y el desarrollo comunitario, el compromiso de las actividades educativas con el bienestar de la comunidad que las acoge. Es un proceso de autoayuda, de transformación de la propia comunidad a través de la identificación y expresión de sus necesidades, con objeto de que pueda tener una mayor responsabilidad y control en su propio desarrollo.

La educación comunitaria, para Nogueiras LM (1996:25) es "educar a la comunidad para potenciar la vida comunitaria (a través de una mayor integración, implicación y calidad de vida de sus miembros)".

Se trata, en nuestro caso, de llevar la educación para la salud, como medio para la autoconcienciación comunitaria en relación a la salud. Por lo tanto, es un tema

de colectividades y comunitario y no un mero tema de instrucción-transmisión de conocimientos. Desde esta perspectiva, Green y otros consideran (1980) que para conseguir esta concienciación hace falta una combinación de experiencias de aprendizaje, tanto a nivel institucional como fuera de estas, pero, en todos los casos, planificadas y llevadas a cabo por educadores, participación voluntaria, etc. Como consecuencia, se debe colocar a la educación para la salud formando parte del desarrollo comunitario, al considerar que es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a informar, hacer análisis crítico de los problemas de salud, e implicar y responsabilizar a los ciudadanos y a los grupos sociales en las decisiones orientadas a conseguir un comportamiento saludable individual y colectivo.

Con estos presupuestos, ya el año 1975, se publicó en Estados Unidos, la llamada Educación del Consumidor ("Nacional Conference on Preventive Medicine", EE UU) en la que se podía contemplar una serie de actividades que trataban de vehicular un proceso de información, motivación y ayuda-asesoramiento-información de la población que incluía los cambios ambientales.

También en el "Preámbulo" de la Constitución de la OMS, hace alusión a la importancia de este proceso cuando afirma: "Su difusión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos adquiridos por las ciencias médicas, psicológicas y sociales es esencial para alcanzar el más elevado nivel de salud. Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del pueblo, son de una importancia capital para la mejora de la salud de las poblaciones".

■ CONCEPTO DE COMUNIDAD

Con el concepto de comunidad ocurre lo mismo que con los anteriores, no hay un concepto unívoco de ella. Este termino se utiliza para denominar distintas realidades. Comunidad es el grupo de vecinos como también lo son los colectivos sociodemográficos más numerosos y complejos como puede ser un barrio, una aldea, un pueblo o un municipio.

Para Quintana Cabanas (1991:11/12) la comunidad es un grupo social natural de tipo secundario y el lugar apropiado para establecer las genuinas relaciones sociales.

Marchioni (1987) aplica el término "comunidad" a distintas realidades:

- Para denominar cosas y personas ubicadas en un área geográfica determinada, independientemente del número de relaciones institucionales o informales que puedan existir entre la población que habita en su demarcación.
- Para designar un ámbito que engloba muchos de los elementos de un sistema social completo: políticos, religiosos, culturales, económicos...
- Para referirse a una población anexa que vive en un territorio contiguo, integrada por experiencias del pasado y que posee unos determinados servicios

básicos. Dicha población siente que es una unidad capaz de actuar para hacer frente a las crisis que se produzcan a un nivel interno.

- También utiliza este término para designar a un grupo de personas que viven en un mismo entorno y que poseen en común lazos e intereses.

Nogueiras (1996:33) considera la comunidad como "...un sistema de relaciones sociales en un espacio definido, integrado en base a intereses y necesidades compartidas.

En consecuencia y como afirma Cieza García A (2006:768) la comunidad no es algo estático, sino dinámico y vivo, en continua interacción con los hechos que ocurren en la sociedad. Como afirma Kisnerman (1986:35) la comunidad no es un *a priori*, sino que es tanto un proceso de construcción como el resultado de éste.

Analizando lo anteriormente expuesto sobre el concepto de comunidad podemos resaltar, como fundamentales, las siguientes características:

- La comunidad es un territorio que se inscribe en un espacio geográfico, es un conjunto de personas que viven en lugar determinado y que poseen contradicciones, conflictos y relaciones.
- Es un producto de interacciones de personas que conviven y tienen intereses comunes. Se inserta en un contexto más amplio con el que a su vez interactúa.
- Existe un sentimiento de pertenencia entre los miembros que la componen que les hace identificarse con ella.

PROGRAMAS PARA EL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD: PROGRAMAS DE SALUD

Los programas de desarrollo comunitario, como se ha dicho, se orientan a satisfacer las necesidades del individuo para procurarle una mejor calidad de vida. Poseen diferentes fines y formas, lo que implica que se organicen también de distintos modos. En la mayoría de los países de nuestro entorno aparecen vinculados, generalmente, al sistema de enseñanza o a los Ministerios de Bienestar Social, Agricultura, Sanidad, Trabajo, etc. Dichos programas determinan acciones que se ponen en práctica a nivel local, aunque estén concebidos para llevarlos a cabo en ámbitos más amplios.

Ander-Egg (1987:72/73) cita los tres tipos distintos de programas que aparecen en el documento de Naciones Unidas "Aspectos de los Programas de Desarrollo Comunitario que guardan relación con la Administración Pública" y que son:

- Programas de "tipo integrativo" de alcance nacional, basados en la coordinación de los servicios técnicos e implican importantes reformas en la organización administrativa.
- Programas de "tipo adaptable", también de ámbito nacional, exigen pocos cambios en la organización administrativa del Estado, ya que pueden depender de cualquier departamento. Su finalidad es que estos departamentos estimulen el esfuerzo propio de la comunidad.
- Programas de "tipo proyecto" con carácter experimental y limitado en cuanto a su alcance geográfico. Es propio para aquellas comunidades, regiones o países en los que no se han cristalizado los principios del desarrollo comunitario.

Este autor aclara que dependiendo de la dinámica del desarrollo comunal, un programa "tipo proyecto" puede transformarse en un nuevo programa de "tipo adaptable" o poseer características de los programas de "tipo integrativo".

Sánchez Vidal (1988) agrupa las intervenciones comunitarias en:

- Intervenciones comunitarias que se apoyan en su estructura, Un ejemplo podría ser el desarrollo comunitario o la organización de la comunidad.
- Intervenciones comunitarias sujetas a entidades e instituciones de la comunidad, orientadas a escenarios de convivencia, desarrollo institucional y complementación institucional.
- Intervenciones comunitarias basadas en las capacidades de relación de las personas que forman la comunidad. Por ejemplo, favorecer la formación y la educación, las capacidades comunitarias y dar respuesta a las necesidades de servicios y prestaciones de los demandantes.

En definitiva, son modelos de intervención cuya finalidad es conseguir objetivos que pueden orientarse globalmente hacia campos de acción variados, como la prestación de servicio a las personas, desarrollo de recursos humanos, prevención de problemas sociales, reconstrucción social comunitaria y cambio en los sistemas sociales. Para dar respuesta a estos objetivos y campos de acción es necesario conceder mayor protagonismo a la educación, sobre todo desde principios que valoren a la persona y a la comunidad como conjunto de personalidades.

Estos programas de salud comunitaria poseen unas características que les diferencian del resto de los modelos. En primer lugar deben estar orientados a sectores geográficos concretos y a comunidades identificables. Es imprescindible que se trate de un programa de salud pública que se lleva a cabo a una población concreta, con lazos e intereses comunes y que sea realmente abarcable.

San Martín (1988:234) expone con claridad las bases fundamentales de la "salud comunitaria" como "estrategia local" de salud pública, como a continuación se expone:

- "La visión epidemiológica, global e integrada, de la salud-enfermedad (población-ambiente) como proceso de origen y distribución social.
- Participación de la comunidad en la gestión de su propia salud, teniendo en cuenta la concepción que la gente tiene de su salud y la de la comunidad total.
- La intención educativa de todas las actividades de salud.
- El objetivo preventivo como prioritario, pero sin excluir la curación, la rehabilitación, etc.
- La planificación y evaluación de todas las actividades.

En definitiva, el autor subraya, por un lado, que los programas de salud comunitaria son programas de salud pública, llevados a cabo en una comunidad concreta y por otro, que la función de los servicios de salud es favorecer la participación de los destinatarios, interesándoles, motivándoles y ayudando a la comunidad a identificar sus problemas para resolverlos.

■ LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL MARCO COMUNITARIO

La dimensión educativa de la educación para la salud y su incardinación en el desarrollo comunitario se aprecia de manera clara en la definición que exponen los expertos de la OMS. Estos profesionales consideran que la Educación para la Salud es *"una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos, de una manera general, la educación sanitaria pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de salud sanos, que aprendan a usar más juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y que estén para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven"*.

Desde esta perspectiva se busca capacitar a los individuos de una comunidad para que traspasen la terapia y reconozcan la raíz de sus problemas de salud, ofreciendo mediante una metodología de grupo alternativas a las situaciones que viven. En definitiva, lo que se pretende es formar a los individuos para que adquieran hábitos individuales saludables, pero también capacitarles para que puedan llegar a intervenir en su entorno y mejorarlo, a la par que cambian los estilos de vida relacionados con la salud. Supone una estrategia educativa cuya finalidad es reducir los factores de riesgo o reforzar aquellos elementos que puedan prevenirlos.

También resulta idónea para situar la educación para la salud en la comunidad, la exposición de San Martín, en ella subraya preparación de los individuos para que conozcan lo referente a su salud, pero en contextos ambientales y comunitarios, orientada al conocimiento ecológico-social de la salud.

De enfoques similares surgió en EE UU la ya mencionada Educación Sanitaria del Consumidor ("National Conference on Preventive Medicine", EE UU, 1975), que mediante una serie de acciones se proponía conseguir:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar y proteger su propia salud, incluyendo el uso más eficaz de los servicios sanitarios.
- Motivar a la población para la adquisición de conocimientos sobre un "mejor estado de salud".
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten condiciones de vida saludables.
- Proponer la enseñanza, formación y capacitación de agente comunitarios de salud.
- Potenciar la investigación sobre la salud.

Se trataba, según Salleras (1986:58) de vehiculizar un proceso de información y ayuda-asesoramiento-formación de la población y dirigir los cambios ambientales.

En 1980 la XXXVI Asamblea Mundial de Salud utiliza este enfoque para expresar sus finalidades:

- "Desear estar sano". Actitud básica para traducir los conocimientos en acciones que mejoren la salud.
- "Saber cómo alcanzar la salud". Finalidad práctica que no solo informa sobre los condicionamientos de la salud, sino de la capacidad para convertirlos positivamente.
- "Hacer lo que se pueda para aumentar la salud". Se orienta a un trabajo individual y colectivo a nivel comunitario.
- "Buscar ayuda cuando se necesite". Esta finalidad hace referencia a que no solo el técnico puede proponer sino que el individuo debe acudir a él cuando lo necesite. La intención con ello es que los destinatarios de esta educación tomen conciencia de que ellos son los protagonistas de su desarrollo saludable.

En la actualidad, la OMS insiste en la responsabilidad del individuo y las colectividades en un propio desarrollo sobre la salud. Por ello quiere potenciar la preparación de las comunidades para afrontar este reto y se anima a las instituciones para que trabajen en esta dirección.

Para finalizar el apartado queremos incidir en dos cuestiones que nos parecen relevantes. Por un lado, que la conexión de la Pedagogía con la Educación para la Salud es, posiblemente, uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta, por ello, se hace necesario encontrar los modelos metodológicos y fundamentación teórica para la acción educativa en este ámbito. Por otra, que cualquier programa de educación para la salud ha de estar incardinado en proyectos de desarrollo comunitario a nivel general.

■ LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Al igual que la salud está vinculada con lo social, la participación comunitaria lo está con la promoción y la educación para la salud. En este sentido podemos decir que los servicios públicos están orientados a su medio social y necesitan de la participación social para ver cumplidas sus funciones. Por ello, para que las intervenciones sean eficaces, es imprescindible conocer el medio al que están dirigidas. La participación es un valor en alza muy necesario que determina, en muchos casos, el éxito o fracaso de las intervenciones socioeducativas.

En este sentido, podemos afirmar que el instrumento esencial para elevar los niveles de salud es la participación, por ello las estrategias de promoción o Atención Primaria de Salud tienen que apoyarse en la participación comunitaria, aunque lo cierto es que no puede decirse que hoy en día haya una cultura participativa amplia y por lo tanto eficaz. Otro obstáculo para una participación eficaz, es el concepto erróneo de lo que ésta significa para la mayoría de las personas. Como afirma Trilla J (2001) participar puede hacer referencia desde "estar simplemente apuntado a, o ser miembro de, a implicarse en algo en cuerpo y alma". La mayoría de los autores proponen tres instrumentos, que combinados de forma equilibrada, constituye distintos niveles de acción en la mejora de la salud comunitaria.

En primer lugar, la *intervención comunitaria*, se considera una estrategia para mejorar la salud de la población a la que va dirigida. Supone un conjunto de acciones que los servicios ponen en marcha sobre los grupos concretos para aumentar sus niveles de salud o dar respuesta a los problemas de salud que estos padecen.

Otro instrumento importante y que supone otro nivel de participación es el que ejerce la *acción social en salud*. Son las actividades que tienen su origen en la sociedad y que favorecen la mejora de la salud. Son formas de actuar de los individuos, por ejemplo las que se realizan en el seno de la familia, o apoyadas por asociaciones, o simplemente son emprendidas por otros grupos y que inciden en la salud de los ciudadanos.

Por lo tanto, la *participación comunitaria* es un instrumento que ejerce una función insustituible en la acción social y que debe ser provocada y regulada por la relación con

los servicios dedicados a este fin. Es considerada como un conjunto de mecanismos que los servicios sociales articulan y ponen a disposición del ciudadano.

Esta participación es la piedra angular de los programas de salud comunitaria. Es imprescindible para que el desarrollo de estos sea efectivo, que la comunidad se implique, tanto en el conocimiento científico de la salud, y decisiones que este conlleve, como en su puesta en práctica. Para San Martín (1988:164) "la "participación" es un "proceso permanente de incorporación plena de los individuos y grupos a la vida social comunal para lograr, no solo el desarrollo material de la comunidad, sino también el desarrollo cultural y humano de los individuos que la componen".

Para favorecer la participación de los destinatarios es imprescindible el acercamiento a los problemas para entenderlos, estudiarlos y resolverlos. Se deben poner en marcha todos los mecanismos de participación, porque es uno de los elementos que facilita la estrategia de negociación y diálogo entre los profesionales sanitarios y no sanitarios, los destinatarios y la administración. Barriga (1988) considera que la participación comunitaria es intervenir en la toma de decisiones orientadas a planificar, gestionar y controlar el uso de los recursos.

Como consecuencia la participación comunitaria y la educación para la salud deben integrarse la una en la otra para que la primera no pueda darse sin la segunda. En este sentido, se debe subrayar que la educación para la salud debe apoyarse en un modelo participativo que desarrolle una salud integrada e integral.

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: UN RETO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Como se desprende del apartado anterior, la relación entre la participación comunitaria y la educación para la salud, es evidente y así lo han puesto de relieve algunos autores, así como las distintas publicaciones y conferencias promovidas por la OMS. Dicha organización recoge de una manera formal, el origen de la participación comunitaria, para la mejora de la salud, cuando hace referencia en 1975 a los principios generales en los que se sustenta. El plan de salud para todos en los años 2000 puso en marcha esta estrategia para conseguir la promoción de estilos de vida dirigidos a la salud, la prevención de enfermedades presentes y establecer servicios de salud. Este programa es un referente obligado para todos los estudios que se realizaron posteriormente.

Los mismos planteamientos nos encontramos en conferencias posteriores, como la Conferencia Internacional de Alma Ata, que surgió de la necesidad de actuar ante los problemas en países cuyos problemas eran la desnutrición, falta de recursos económicos, explosión demográfica, etc.; o la Carta de Ottawa, que consideró la necesidad de promocionar diversos aspectos para asegurar una participación activa en la promoción de la salud, para ofrecer a los pueblos con problemas en este ámbito, los medios y

control necesarios que la mejora de su salud. Siguiendo planteamientos similares nos encontramos con la de Adelaida o Estocolmo. Esta conferencia celebrada en Ottawa, estableció las directrices en las que debe basarse la promoción de salud:

- Elaborar una política pública saludable que abarque todos los aspectos que se ven implicados: legislación, medidas fiscales, servicios sociales, etc.
- Fomentar y crear ambientes saludables, respetando los recursos naturales bajo la responsabilidad de todos los implicados. El trabajo y el ocio-tiempo libre se presentan como elementos de salud para los ciudadanos.
- Desarrollo de hábitos, actitudes y aptitudes de cada uno, por medio de los diferentes cauces, medios y ámbitos, tanto en el seno de la familia, como en el escolar o social.
- Reorientación del sistema y los servicios sanitarios, partiendo de las propias necesidades individuales y particulares de cada comunidad.
- Participación de la comunidad en el sentido de que los ciudadanos, tanto individual como colectivamente, deben implicarse de forma real y afectiva en la promoción de la salud.

Las necesidades sanitarias y las enfermedades cambian con el paso del tiempo, por ello la prevención y la promoción de salud se presentan como elementos básicos en el ámbito de la salud que necesitan de una participación activa, tanto a nivel individual como de comunidad. Como afirma Turabián (1992), la salud se ha convertido en un asunto fundamentalmente político, por lo que la participación comunitaria debe ser considerada como un elemento más visible. Pero teniendo en cuenta que los ciudadanos o destinatarios deberían ser los máximos protagonistas. Aunque esto hasta ahora no ha sido así, confiemos en que la participación ciudadana se potencie a través de la educación para la salud.

El futuro de la promoción de la salud: nuevas estrategias para favorecer su desarrollo

A partir de los planteamientos recogidos en la Carta de Ottawa, que veíamos anteriormente, se ponen de relieve otra serie de acontecimientos que dan lugar a nuevas estrategias que forman parte del núcleo esencial de la promoción de la salud, como son:

- Nuevos enfoques para el desarrollo de la salud más efectivos, que combinan, según convenga, las distintas estrategias.
- Se considera que los escenarios ofrecen acciones prácticas para la implementación de amplias estrategias. Estos pueden ser megaciudades, islas, ciudades,

Municipios y comunidades locales, mercados, escuelas, lugares de trabajo e instalaciones de atención sanitaria.

- La participación como medio esencial para mantener los esfuerzos. La gente debe ser el centro de las intervenciones de promoción de la salud y los procesos políticos para que estas tengan éxito.
- Aprender salud favorece la participación. El acceso a la información y a la educación es primordial para que la participación y el poder de la comunidad sea una realidad.

A partir de dichas estrategias, la promoción de la salud en el siglo XXI debe contemplar nuevas acciones para afrontar los problemas y las amenazas emergentes a la salud. En este sentido los autores subrayan las siguientes prioridades:

- Promocionar la responsabilidad social para la salud, comenzando por las personas que toman las decisiones en este ámbito.
- Apoyar la inversión para el desarrollo de la salud estableciendo ayudas suplementarias para educación. Estas inversiones deben ir orientadas a las necesidades de los grupos más vulnerables en salud.
- Consolidar y expandir asociaciones para la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores a todos los niveles de la población.
- Aumentar el poder de la comunidad y favorecer la capacidad del individuo para llevar a cabo su acción y la de los grupos. Es necesario fortalecer y ampliar el radio de acción de las asociaciones que ya existen y apoyar el lanzamiento de otras nuevas.
- Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud que ayude a consolidarla local, nacional y globalmente. Los nuevos retos de salud llevan consigo la creación de nuevas redes que favorezcan la colaboración entre los sectores implicados, y la divulgación de intervenciones interesantes que se han llevado a cabo en otros países.

Como propuesta de futuro en cuanto a la promoción de la salud, queremos fijarnos en la Declaración de Yakarta que conformando uno de sus apartados, aparece la llamada "Carta de la Acción" que posee su base en una alianza global de promoción de la salud, cuyo objetivo se orienta a impulsar distintas acciones para alcanzarlo, entre las que recogemos:

- Tomar conciencia del cambio que ha tenido lugar en los determinantes de salud.
- Desarrollar la colaboración y las estructuras para el desarrollo de la salud.
- Hacer posible el intercambio en el aprendizaje.
- Promocionar el trabajo solidario en la acción.

- Atesorar conocimientos sobre la mejora de la práctica.
- Fomentar la responsabilidad y transparencia en las acciones públicas de salud.
- Activar recursos para la promoción de la salud.

■ LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SALUD COMUNITARIA

A través de la historia se constata que en la mayoría de las sociedades y en distintas etapas de ella, ha existido una preocupación importante por establecer o restablecer las comunidades, con intención de dar respuesta a unas necesidades. Ander-Egg (1982:47) afirma que "la práctica y el ideal del desarrollo de la propia comunidad mediante la ayuda mutua y la acción conjunta es, en algunos aspectos, casi tan vieja como la misma humanidad. A lo largo de la historia han existido continuos intentos que, por vías y formas diferentes, han procurado lograr el bien común por el esfuerzo comunitario". En consecuencia, podemos entender que la existencia de intervenciones comunitarias, aunque no con una planificación con el alcance y la sistematización que hoy día se atribuye a este proceso.

Actualmente, nadie pone en duda que trabajar por el establecimiento o restablecimiento de la comunidad no significa, únicamente, optimizar en la respuesta colectiva a las necesidades sociales, o mejorar en las relaciones del hombre con su entorno concreto, sino que implica concienciarse de que es preciso profundizar en dicho entorno y en su tiempo histórico.

Los modelos metodológicos para conocer y actuar en la comunidad, han cambiado con el tiempo, frente a una tradición que enjuiciaba la intervención con una visión crítica, aparece otra orientación que la trasfiere la condición de elemento activo capaz tanto de generar conocimientos a partir de su práctica diaria, como de organizar acciones que permitan transformar la realidad en la que vive. El objetivo no es contemplar a la comunidad como un objeto que necesita atención sino como sujeto de acción. Concebida de esta forma, los objetivos orientados a conseguir metas transitorias pasan a proponerse cambios en los niveles de conciencia de las personas, a partir de procesos educativos que favorezcan la transformación social a partir de un equilibrado sistema de valores.

Los procesos de intervención para la salud comunitaria serán coherentes siempre que sintonicen con las aspiraciones, expectativas de los destinatarios y respeten los principios que indica San Martín (1998:195) y que a continuación exponemos:

- La salud es un producto de la vida social; tiene múltiples relaciones con otros aspectos del desarrollo social. Desde esta perspectiva, el individuo no puede analizarse aisladamente de su contexto comunal y familiar.

- Los programas de salud pública, basados en la atención primaria de salud, deben tener respaldo político y económico; deben figurar como estrategias de la política de salud del país.
- Es necesario que la comunidad participe en estos programas y exija constantemente una mejor atención.
- Todos los recursos y esfuerzos de la comunidad deben ser movilizados para mejorar la salud de la comunidad y el desarrollo comunal.
- De acuerdo con la OMS. "La atención primaria de salud es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, de forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación".
- El siguiente principio también le pone de relieve la OMS, cuando afirma que "La aceptación de la atención primaria de salud hace necesaria la organización del resto del sistema de salud para que éste pueda prestar el apoyo y contribuir a su desarrollo ulterior. Esto supone que el sistema de salud, en su totalidad, ha de aceptar el objetivo social de poner al alcance de todos la asistencia indispensable."

Los objetivos de las intervenciones en educación para la salud deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Concienciar de que la salud es una responsabilidad compartida, desarrollando la capacidad de participar en la búsqueda conjunto de soluciones.
- Determinar la situación social de que se trate y las formas de vida que influyen en ella para que la contextualización de la salud se adapte a la realidad.
- Poner en marcha métodos que favorezcan y desarrollen una actitud crítica para identificar y minimizar los riesgos para la salud.
- Ofrecer, no solo los conocimientos necesarios para llevar una vida saludable, sino actitudes y pautas de comportamiento que faciliten la gestión de la salud.

En cuanto a la metodología, se han establecido las líneas de actuación que todo modelo de educación para la salud debe poseer y que se pueden intuir a partir de todo lo expuesto. Estas son: la aplicación de una metodología activa y participativa; adaptarse a la realidad concreta mediante un profundo análisis de la realidad de ésta; la participación de un equipo multidisciplinar en la elaboración, desarrollo y evaluación de los contenidos, siendo necesaria la colaboración y el trabajo de los docentes, sanitarios, miembros de la comunidad y padres; esta colaboración y coparticipación, no solo deber ser a nivel de persona y profesionales, también deben implicarse las instituciones, centros de salud y entidades comunitarias.

Finalmente, se debe subrayar que la intervención en educación para la salud conlleva realizar una planificación de las acciones que abarquen, no solo la transmisión

de conocimientos, sino el cambio de valores, hábitos de conducta o actitudes que lleven consigo una mejor calidad de vida. Como consecuencia los objetivos deben plantearse:

- La adquisición de conocimiento.
- El desarrollo de hábitos saludables.
- La promoción de la salud.
- La favorecer la cooperación de los docentes con otros profesionales y la participación comunitaria.

Los programas de intervención pueden ir orientados a la salud escolar, a los centros sanitarios, a la comunidad, a las empresas para velar por la salud de su personal, problemas de alimentación-nutrición, como también los destinados a la rehabilitación de drogodependientes, etc.

RESUMEN

La educación para la salud debe formar parte del desarrollo comunitario, puesto que es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a informar, a favorecer el análisis crítico de los problemas de salud, así como a implicar y responsabilizar a los ciudadanos y a los grupos sociales en las decisiones orientadas a conseguir un comportamiento saludable individual y colectivo.

Los programas de salud comunitaria poseen unas características que les diferencian del resto de los modelos. En primer lugar estos programas deben estar orientados a sectores geográficos concretos y a comunidades identificables. Es imprescindible que se trate de un programa de salud pública que se lleva a cabo a una población concreta, con lazos e intereses comunes y que sea realmente abarcable.

Es importante tener en cuenta, por un lado, que la conexión de la Pedagogía con la Educación para la Salud es, posiblemente, uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta, por ello, se hace necesario encontrar los modelos metodológicos y fundamentación teórica para la acción educativa en este ámbito. Por otro, que cualquier programa de educación para la salud ha de estar incardinado en proyectos de desarrollo comunitario a nivel general.

La *participación comunitaria* es un instrumento que ejerce una función insustituible en la acción social y que debe ser provocada y regulada por la relación con los servicios dedicados a este fin. Es considerada como un conjunto de mecanismos que los servicios sociales articulan y ponen a disposición del ciudadano.

Las necesidades sanitarias y las enfermedades cambian con el paso del tiempo, por ello la prevención y la promoción de salud se presentan como elementos bási-

cos en el ámbito de la salud que necesitan de una participación activa, tanto a nivel individual como de comunidad.

Finalmente se debe subrayar que la intervención en educación para la salud conlleva realizar una planificación de las acciones que abarquen, no solo la transmisión de conocimientos, sino el cambio de valores, hábitos de conducta o actitudes que lleven consigo una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Ander-Egg E. *Metodología y práctica del desarrollo comunitario*. Buenos Aires. El Ateneo. 1987.
- Ashton J, Symour H. *La nueva Salud Pública*. Barcelona. Masson. 1990.
- Barriga Jiménez S. *Salud y Comunidad*. Sevilla. Diputación Provincial de Sevilla. 1988.
- Calvo Bruzos S. *Educación para la salud*. Madrid. Díaz de Santos. 1992
- Caride JA De la evaluación de necesidades a la evaluación de programas en desarrollo comunitario. En: VV AA. *Investigación en Animación Sociocultural*. Madrid. UNED. 1990:133-149.
- Caride JA, Rouco J. A educación nos contextos asociáis: a súa caractrización nos medios rural e urbano. En: Caride JA. (ed.) *A educación en Galicia. Informe Cero: problemas e perspectivas*. Santiago. Instituto de Ciencia da Educación. Universidad de Santiago. 1990.
- Castell E. *Grupos de formación y educación para la salud. Aprender a cambiar*. Barcelona. PPU. 1989.
- Cieza García JA. Educación comunitaria. En: Asesoramiento y apoyo comunitario para la mejora de la educación. *Revista de Educación*; 2006:339; 765-799.
- Colomer C, Álvarez-Dardet C. *Promoción de la salud y cambio social*. Madrid. Masson, 2001.
- Costa M, López E. *Salud comunitaria*. Barcelona. Martínez Roca. 1989.
- Costa M, López E. *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid. Pirámide. 1996
- Díez Hochleitner R. *Aprender para el futuro: Educación para la Salud*. Madrid. Fundación Santillana. 1994.
- Documentación Social. "España y el desarrollo social. Balance y Propuestas ante los Compromisos de la Cumbre de Copenhague 95" *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, nº 115, Abril-Junio. Madrid. 1999.
- Donati PP. *Manual de Sociología de la Salud*. Madrid. Díaz de Santos. 1994.
- Escarbajal de Haro A. El Desarrollo Comunitario como nuevo horizonte educativo. *Rev. Pedagogía Social Educación y Desarrollo Comunitario*. 1992:7-18.
- Fernández Sierra, Santos Guerra MA. *Evaluación cualitativa de programas de Educación para la Salud*. Málaga. Aljibe. 1992.
- Fletcher C. Educación comunitaria y desarrollo comunitario. En: *Enciclopedia Internacional de la Educación*. Barcelona, Vincens Vives-Ministerio de Educación y Ciencia. 1985: 1629-1633.

- García Martines A. *Claves de Educación para la Salud*. Murcia. DM. 1998.
- Green WH, Simons-Morton BG. *Educción para la salud*. México. Interamericana. 1984.
- Kickbush A. *Promoción de la salud: una tipología*. Copenhague. OMS. 1984.
- Kisnerman N. *Teoría y práctica del Trabajo Social*. Buenos Aires. Humanitas. 1986.
- Kisnerman N. *Teoría y práctica de la comunidad*. Buenos Aires. Humanitas. 1986.
- Lalonde MA. *New Perspective on the Health of Canadians*. Información Canadá. Ottawa. 1974.
- Laporta R. *L'autoeducazione della comunità*. Firenze. La Nuova italia. 1979.
- Macias B, Arocha JL. *Salud Pública y Educación para la Salud*. Las Palmas. ICEPSS. 1996.
- Marchioni M. *Planificación Social y Organización de la Comunidad*. Madrid. Popular. 1987.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia de Salud en el año 2000 en España*. Madrid. 1991.
- Morón Marchena JA. *La Educación para la Salud en el ámbito comunitario*. Sevilla, Ayuntamiento Dos Hermanas. 1995a.
- Morón Marchena JA. *La Educación para la Salud: Un reto para todos*. Sevilla, Ayuntamiento Dos Hermanas. 1995a.
- Morón Marchena JA. *La Educación para la Salud: Fundamento y Metodología*. Sevilla, Ayuntamiento Dos Hermanas. 1998b.
- Nogueiras Mascareñas LM. *La práctica ya la teoría del Desarrollo Comunitario. Descripción de un modelo*. Madrid. Narcea. 1996.
- OMS. *Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. Declaración de Alma Alta*. Ginebra. OMS-UNICEF. 1978.
- OMS. *Carta de Ottawa par la Promoción de la Salud*. Ottawa. 1986.
- OMS. *Educación para la Salud*. Ginebra. OMS. 1989.
- OMS. *La crisis de la salud en las ciudades. Estrategias de Salud para todos frente a la rápida urbanización*. Ginebra. OMS. 1994.
- OMS. *Promoción de la Salud de la Juventud Europea. La Educación para la para la Salud en el ámbito educativo*. Ginebra. OMS. 1995.
- Perea Quesada R. *Educación para la Salud*. Madrid. UNED. 1993.
- Polaino-Lorente A. *Educación para la Salud*. Barcelona. Herder. 1987.
- Quintana Cabanas JM. *Pedagogía Comunitaria, perspectivas mundiales de educación de adultos*. Madrid. Narcea. 1991.
- Resohazy R. *El Desarrollo Comunitario*. Madrid. Narcea. 1988.
- Restrepo HE. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, Panamericana. 2001.
- Rochon A. *Educación para la salud. Una guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona. SG. Masson. 1991.
- Rosa Acosta B de la, Morón Marchena JA. *Bienestar y Educación para la Salud. Cuestiones Pedagógicas*; 1996;12, 107-122.
- Salleras Sanmartín L. *Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Marid. Díaz de Santos, 1985.
- San Martin H. *La crisis mundial de la salud. Problemas actuales de epistemología social*. Madrid. Karpos. 1982.

- San Martín H. *Salud y enfermedad*. Madrid. Interamericana-McGraw-Hill. 1994.
- San Martín H. *Salud comunitaria: Teoría y práctica*. Madrid. Díaz de Santos. 1988.
- Sánchez Vidal A. *Psicología comunitaria*. Barcelona. PPU. 1988.
- Trilla J, Novella A. Educación y participación social de la infancia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 2001; nº 26 Sociedad educadora. Págs. 137-164.
- Turabian Fernández JL. *Participación Comunitaria en la Salud*. Madrid. Díaz de Santos. 1992.
- Vargas Domínguez A, Palacios Álvarez VP. *Educación para la Salud*. México. McGraw-Hill. 1993.
- Varios. Tendencias actuales en educación sanitaria. *Quadern CAPS* 1989 nº 8; Barcelona.
- Varios. *La Cultura de Salud en España*. Madrid. Asociación Española de Educación para la Salud. 1997.
- Young I, Williams T. *La escuela saludable*. Grupo Escocés de Educación para la Salud. 1998.



TERCERA PARTE:

**Metodología e investigación en educación
y promoción de la salud**

Identificación y resolución de problemas

M^a Ángeles Hernando Sanz

INTRODUCCIÓN. ASPECTOS IMPLICADOS EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y CREATIVIDAD. COMUNICACIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS. LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO. DESARROLLO DEL PROCESO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

El transcurso de la vida está salpicado de problemas que debemos resolver y superar. En este sentido se puede decir que es importante ir resolviendo los problemas que a diario se nos presentan para que su afrontamiento eficiente se transforme en un instrumento positivo de desarrollo y madurez personal, tanto a nivel individual como social. Es, por tanto, una tarea que resulta inherente a toda acción humana y una actividad cotidiana que realizan las personas en su quehacer habitual. Como afirma López-Barajas E (1998) "La resolución de problemas se considera una actividad genuinamente humana".

Los problemas que surgen entre personas son parte inseparable de la vida humana, ya que éstas poseen distintos puntos e intereses contrapuestos en relación con un tema o circunstancia determinada. El proceso de afrontarlo, pensarlo, discutirlo y lograr una solución consensuada, nos facilita la superación y la defensa de nuestros derechos e intereses, a la vez que respetamos los de los demás.

Las complejas realidades que se presentan en los contextos sociales en los que estamos inmersos hacen necesaria la adquisición de diversas herramientas para solucionar estos problemas sociales de forma satisfactoria.

El entorno de la empresa y las organizaciones ponen en marcha modelos de intervención para la solución de problemas con métodos como el "problem.solver" que les permita tener dispuestos un conjunto de técnicas y herramientas extremadamente flexibles y adaptables a las diferentes situaciones y a los contextos operativos. Su utilización, en este ámbito, está basada en una comunicación estratégica que constituye un instrumento de gran importancia en el desarrollo de la intervención, ya sea esta más o menos directa, de supervisión o de formación.

La resolución de problemas, como método, hace referencia a una serie de técnicas y habilidades que nos ayudan en la solución de problemas originados por el cambio constante en los contextos sociales y de acción. Es un proceso cognitivo en el que se pone de relieve la creatividad y la originalidad, para encontrar respuesta a situaciones nuevas.

■ ASPECTOS IMPLICADOS EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

En la actualidad, la solución de problemas es objeto de estudio por parte de diferentes campos del saber como la psicología y la educación, como consecuencia de la proyección social con la que cuenta. Hoy día se hace imprescindible la adquisición de estrategias para descubrir caminos que lleven a la solución de estos. Desde la educación, aprender a solucionarlos supone parte consustancial de el proceso formativo y de socialización.

Una definición aceptada por la mayoría de los autores es la que propone Lester. Este autor considera al problema como una situación que un individuo o grupo tiene necesidad de resolver y no dispone de un medio rápido y directo que le lleve a la solución (Pozo, 1994).

Desde la psicología, Sternberg y Davidson (1992) afirman que "casi todo lo relacionado con solucionar un problema o comportamiento está dirigido a lograr un objetivo"; según estos autores, cualquier situación que suponga un problema conlleva tres cuestiones fundamentales: datos, un objetivo y diferentes obstáculos. Los datos hacen referencia a las condiciones, dimensiones y relaciones que configuran el origen del problema. El objetivo es el estado ideal, o solución que se persigue y los obstáculos son las características personales de cada participante y los elementos negativos que dificultan la consecución del objetivo perseguido.

Otro aspecto a tener en cuenta en la resolución de problemas es la actitud positiva de la persona o personas para afrontarlo. En los últimos años se ha desarrollado una tendencia en los trabajos de investigación de la psicología que tiene como carac-

terística común un cambio desde los aspectos negativos y patológicos hacia las variables positivas y preventivas. Uno de los aspectos sobre el que se han realizado investigaciones recientes, ha sido el del optimismo. Carver y Scheier en uno de sus trabajos de investigación, han relacionado el optimismo con las expectativas que las personas tienen del futuro. Definiendo el "optimismo disposicional" como una expectativa o creencia estable, generalizada, de que en la vida ocurrirán resultados positivos.

En este sentido, algunos de estos trabajos consideraron las variables del optimismo y la resolución de problemas sociales como factores protectores y mediadores ante diferentes dificultades de la vida. El objetivo de estos estudios era evaluar las posibles relaciones entre ellas. Los resultados indican que los sujetos pesimistas se diferencian de los sujetos normales y optimistas en que estos últimos orientan de forma positiva los problemas.

La solución de problemas sociales ha sido definida por el profesor de Psicología de la Universidad de Illinois D' Zurilla y Nezu (1999) como el proceso cognitivo-conductual autodirigido mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir soluciones efectivas o adaptativas para situaciones problemáticas específicas encontradas en la vida diaria.

Pozo *et al.* (1994), desde la vertiente educativa y apoyando las directrices establecidas desde este ámbito, afirman que la solución de problemas debería formar parte de los contenidos de las diversas áreas curriculares, considerando su relación directa con la adquisición de procedimientos muy valiosos para el aprendizaje.

Desde el campo de la creatividad, las teorías más conocidas provienen de fuentes tan diferentes como la teoría clásica del aprendizaje, los modelos psicotécnicos del intelecto y el psicoanálisis. Sostienen que para la solución de algunos problemas no es suficiente con aplicar el pensamiento lógico, sino que hay que utilizar el pensamiento creativo, entendido éste como la producción del algo nuevo, original y valioso que nos permita llegar a su solución.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y CREATIVIDAD

Existen muchas definiciones de lo que es la creatividad, pero la mayoría de estas se centran en una capacidad para resolver problemas o enfrentarse a situaciones nuevas a través de respuestas originales e innovadoras. Es un proceso cognitivo orientado tanto a problemas existentes como a su descubrimiento.

Los primeros estudios en creatividad, los realizaron psicólogos como Guilford, Torrance, Osborn, Sydney Parnes (Marín Ibáñez y de la Torre, 1991) y los llamaron pensamiento creativo. Estos autores crearon técnicas basadas en generar un clima

inicial de aceptación a la cantidad de ideas, analizar, clasificar, categorizar y elaborar la información.

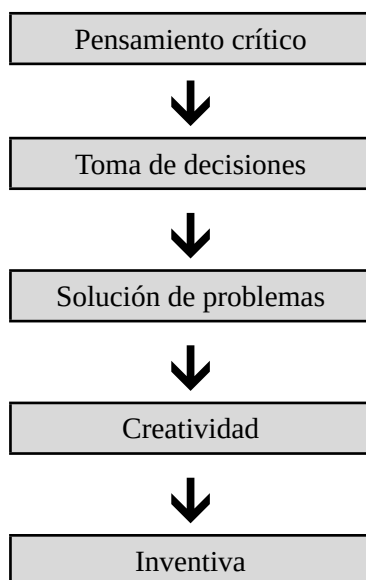
Los siguientes trabajos surgidos en este campo marcaron tres enfoques diferentes: el uso de la metáfora, la sinéctica y la mirada interrogativa sobre los procesos que formaban parte de la solución de problemas. De Bono (1970), fue el impulsor del pensamiento lateral, utilizando la metáfora en la creación de los *Seis sombreros para pensar*. Esta técnica permite que las personas planteen las situaciones problemas desde la flexibilidad, compaginando calidad y cantidad de ideas, teniendo en cuenta el contexto donde se desarrollan. Price fue creador de la Sinéctica; este autor se dio cuenta de que relacionando ideas, objetos y situaciones que, supuestamente no tienen nada que ver entre ellas, se obtenían otros resultados diferentes que se convertían en ideas transformadoras. Estas técnicas favorecían el desarrollo de habilidades de pensamiento flexible que obliga a alejarse del problema para encontrar enfoques diferentes y menos rígidos.

Una de las universidades que ha trabajado el tema de la solución creativa de problemas es la de Búffalo. A través de diferentes estudios iniciados en 1987, partiendo de los primeros estudios, anteriormente citados, consideran que la búsqueda de la cantidad de ideas lleva la explicación de las diferentes miradas, afirmando que para llegar a soluciones innovadoras de los problemas es necesario:

- Percibir los problemas como retos y abordarlos como oportunidades.
- Crear nuevos enfoques y estrategias para favorecer la calidad y la cantidad de ideas en el grupo.
- Identificar el problema y definirlo tantas veces como sea necesario para conocerlo desde todos los puntos de vista posibles.
- Indagar sobre las ideas con más posibilidades desde la integración de distintas posiciones.
- Conocer a través de los estudios de investigación, las características de las personas, sus interrelaciones y sus implicaciones en el proceso creativo.

A partir de 1977 surgió otra tendencia que consideraba la creatividad como un fenómeno multidimensional y de alguna manera ecológico, ya que estudia las interacciones entre los diferentes componentes de un ecosistema.

M Sánchez, (1996) basándose en la fuerte relación que existe entre la solución de problemas y los procesos denominados de pensar, aprender, memoria, transferencia, percepción y motivación, considera la resolución de problemas como un producto más del pensamiento configurando el siguiente orden de complejidad:



En consecuencia, la solución de problemas debe ser considerada como un proceso psicológico más, en tanto que es una capacidad y una aptitud cognitiva de orden superior.

Centrémonos ahora en cómo las personas actúan, y en las acciones que realizamos al enfrentarnos a la necesidad de dar solución a un problema. Treffinger y Huber (1975) consideran que las habilidades que las personas deben desarrollar para alcanzar una solución eficaz del problema son:

- Ser sensible a los problemas, analizando los diferentes elementos implicados en una situación de estas características.
- Ser capaces de delimitar y definir el problema ante las situaciones complejas y confusas que éstos llevan aparejadas, profundizando en sus causas y origen.
- Saber evitar el pensamiento sujeto a hábitos, analizando y evaluando las formas habituales de responder a una situación problemática, creando formas alternativas de respuesta a través de un plan de actuación.
- Ser capaz de dar el mayor número de respuestas a una situación conflictiva, considerando las ideas de los demás.
- Saber identificar las relaciones, identificando las singularidades y diferencias entre los elementos del problema.
- Prever las consecuencias de las acciones planificadas, identificando distintos criterios de evaluación.

- Ser capaces de desarrollar un plan para llevar a cabo las alternativas de solución propuestas, identificando posibles conflictos y obstáculos, considerando una fase previa de aceptación del mismo.

Existen trabajos de investigación sobre las características principales que deben tener las personas decididas a solucionar problemas. Autores como Whimbey y Lochhead (1993:32-43) realizaron un estudio sistemático y completo sobre estas y que de una forma resumida son:

- Actitud positiva, considerando que los problemas se pueden resolver mediante un análisis cuidadoso y sistemático del mismo, aceptando que puede llegar a soluciones erróneas que serán de nuevo analizadas y corregidas.
- Interés por concretar el problema mediante el conocimiento de los factores que intervienen y sus relaciones. La búsqueda de la exactitud la lleva a realizar un esfuerzo por comprobar que el conocimiento de éste es correcto y completo.
- Afronta el problema desde las diferentes partes en que es capaz de dividirlo, considerando que la complejidad de estos necesita partir de una idea que le dé sentido y desde ella empezar a desentrañarlo.
- No toma soluciones intuitivas sino que para llegar a una solución exacta sigue los pasos de forma rigurosa y sistemática. No es vehemente y revisa cada paso que se da.
- Presenta una actividad constante ante el problema, creando un esquema mental que favorece la comprensión del mismo en términos de experiencias y con ejemplos concretos. Busca ideas en el grupo que le sirven para contrastar las suyas propias.
- Ser un observador cuidadoso a la hora de descubrir hechos ante una situación compleja, convirtiendo las ideas poco habituales o disparatadas en útiles a la hora de planificar las actuaciones.
- Utilizar técnicas efectivas para indagar y producir nuevas ideas sobre la situación conflictiva y llevar a cabo un enfoque metodológico sistemático, siguiendo paso a paso las etapas de la solución creativa de problemas.
- Observar cuidadosamente los hechos y concretar las influencias de las relaciones interpersonales que se producen en el proceso de la búsqueda de soluciones.

A través de las investigaciones de estos autores podemos analizar las características y habilidades que deben poseer las personas a la hora de afrontar una situación problemática, pero también existen dificultades que impiden encontrar soluciones. Autores como Marín Ibáñez (1991), Rodríguez Estrada (1995), Prado D. (1997), señalan como inconvenientes, a la hora de resolver situaciones problemáticas, los bloqueos internos que afectan al pensamiento creativo. Entre ellos aparece la incapacidad para ver o utilizar distintas posibilidades para la solución de problemas, carencia de flexibilidad en la aplicación de valores, creencias y actitudes personales.

De todo ello se deduce que si la persona es creativa será capaz de afrontar la situación problema mediante un proceso creativo, que ayude a conseguir una solución eficaz e innovadora que transforme el contexto conflictivo que se pretende abordar. El proceso incluiría: la sensibilidad a los problemas; investigar el estado de la cuestión; la incubación o tiempo de maduración de las ideas; verificación y elaboración.

■ COMUNICACIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La comunicación es una herramienta para construir relaciones basadas en la confianza mutua y es determinante para afrontar cualquier problema que afecte al grupo. Las personas desarrollamos habilidades de comunicación efectivas cuando consideramos que el problema nos afecta a todos y sentimos la necesidad de resolverlo.

La comunicación en relación con los problemas de salud forma parte del trabajo diario del profesional de este ámbito. Este profesional debe conocer estrategias efectivas de comunicación y de construcción de relaciones que le permita llevar a cabo su trabajo diario. Algunos de los aspectos a tener en cuenta en la construcción de la confianza en las relaciones son:

- Ser consistente en el comportamiento y llevar a cabo los compromisos y acuerdos tomados.
- No tomar partido personalmente en las críticas de un asunto determinado.
- No mezclar las diferencias de personalidad de las opiniones dirigidas a la solución de problemas en la tarea diaria.
- Estar receptivo a las opiniones y soluciones que dan los otros.
- Ser paciente y claro en las exposiciones de los asuntos.
- No tomar decisiones si no se tiene toda la información sobre el problema.

En la comunicación hay que diferenciar las dos direcciones, por un lado está la información que se envía y por otro la que se recibe. La información se puede enviar a través del diálogo, la carta, etc., lo que conocemos como la comunicación verbal, o a través del lenguaje del cuerpo o comunicación no verbal. La información puede recibirse observando, leyendo o escuchando.

Algunos autores proponen que para que una comunicación verbal sea efectiva es necesario el contacto, la clarificación y el cierre. (Young-Marquardt & National Training Institute for Child Care Health Consultants Staff, 2005).

El contacto implica realizar una conexión con la persona con la deseamos hablar, una clarificación para asegurarse que estamos entendiendo el asunto y el cierre para resumir y asegurarse de que se tiene toda la información necesaria.

El profesional de educación para la salud debe tener en cuenta que la escucha activa implica estar atentos a la persona que habla de forma verbal y no verbal.

Green, Palfrey, Clark, Anastasi (2000) nos proponen que las conductas verbales pueden mejorar la escucha activa si se cuidan algunos aspectos importantes como:

- Favorecer que las personas expresen sus preocupaciones sin interrupciones.
- Clarificar las exposiciones con preguntas concretas que lleven a la reflexión y el entendimiento.
- Indagar sobre los sentimientos, reconociendo la tensión y las dificultades.
- Ofrecer información y comentarios de apoyo para facilitar el entendimiento.

Las conductas no verbales que pueden mejorar en mucho la escucha activa hacen referencia a:

- Mantener el contacto visual y asentir con la cabeza cuando se esté de acuerdo.
- Usar expresiones faciales y tono de voz adecuado para responder y mostrar atención, preocupación e interés por la persona que habla.
- Ser paciente en la escucha y evitar los bloqueos comunes que se producen en la comunicación.

Pero no todas las comunicaciones son efectivas en situaciones difíciles. Los profesionales de educación para la salud deben saberlo, porque puede darse el caso de enfrentarse a personas con dificultades para comunicarse, sobre todo en temas más o menos difíciles. Es importante que tengan en cuenta que el éxito en la comunicación orientada a resolver problemas con las personas afectadas, requiere analizar y encontrar intereses comunes.

Este profesional, una vez dominadas las habilidades para establecer una buena comunicación basada en la escucha activa y conseguido unas buenas relaciones entre los miembros del grupo está preparado para afrontar la solución de problemas. Es el encargado de ayudar a precisar el problema que se va a tratar, de explicar el procedimiento a seguir y de establecer las normas mínimas a respetar dentro de un clima relajado y tranquilo. Puede pedir ayuda a una persona que se preste voluntariamente, para registrar las ideas que se expongan, sin indicar el nombre de quien las expone.

LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO

Los complejos contextos sociales hacen necesario que el profesional de educación para la salud adquiera diversas herramientas metodológicas para solucionar problemas de forma efectiva. La participación activa de la población en el análisis de la situación de salud, debe implicar, como parte integrante y determinante a

la comunidad, la cual posee la responsabilidad de decidir dentro de alternativas posibles y disponibles, cuáles problemas, de los que tienen, pueden solucionarse con éxito.

La participación activa de la comunidad en el análisis de la situación de la salud, debe comprometerla como actor principal, ya que tiene la responsabilidad de determinar, dentro de las alternativas posibles, cuáles problemas están en condiciones de solucionar desde una óptica realista.

El concepto de participación implica la acción de ser parte de algo, de intervenir o compartir un proceso.

En este sentido, es importante hacer hincapié sobre las bases fundamentales que nos facilitan la comprensión del proceso de participación. De acuerdo con Merino, J.V. (2002:109) la participación es:

- Un medio para la acción, no el fin último de ésta.
- Diferente a la representatividad, aunque ésta esté implicada en el proceso.
- Una opción libre de ser elegida, ni se impone ni todas las personas o grupos participan de la misma forma. El nivel de participación y el grado de implicación se deben elegir libremente.
- Aquella que consigue conjugar la participación individual con la participación del grupo.
- Una actitud y una acción de compartir esfuerzos en la búsqueda de soluciones; no se trata de imponer el propio criterio.

La intervención en la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas está basada en la concepción dinámica de las mismas. Los individuos que conforman los grupos han de ser protagonistas en la definición de sus metas en todos los ámbitos de la vida social y cultural que les interesa.

Como consecuencia, la participación libre, creativa y real implica dos dimensiones importantes, la actitudinal y otra de acción. La primera se orienta por una actitud positiva ante la vida. La segunda implica tanto procesos de acción dirigidos a favorecer la intervención, como el proceso mismo del aprendizaje de la participación dirigido a que ésta sea eficaz.

La participación está adquiriendo cada vez mayor impulso en todos los tipos de organizaciones. En las organizaciones dirigidas a solucionar problemas de salud y de calidad de vida, resulta imprescindible. Desde este sector se considera que la participación redundará en una mayor conexión con las necesidades y aspiraciones reales de la población, favoreciendo la eficacia en las intervenciones. La mayoría de los autores proponen abordar las situaciones problemáticas de manera grupal, utilizando una estrategia de trabajo participativo y cooperativo. Se ha comprobado que se resuelve mejor cuando se trabaja en equipo, se establecen metas comunes y se facilitan ambientes de cooperación.

El profesional de educación para la salud debe enfrentarse a la tarea de desarrollar diferentes sistemas de organización que faciliten e impulsen la participación. Algunos supuestos operativos que debe tener en cuenta este profesional son:

- Centrarse en los cauces de la participación real y eficaz que debe implantar en el grupo, para que estos sean objetivos y suficientes.
- Implantar una actitud ética y sincera de participación para evitar la falta de actitud positiva.
- Dejar clara la responsabilidad personal y grupal para que cada miembro asuma la función y el protagonismo responsable que exige y supone su participación.
- Cuidar los nexos de unión entre los diferentes agentes y agencias que puedan hacer posible cierta fluidez en la comunicación e información necesarias.

DESARROLLO DEL PROCESO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El proceso y las etapas que comprende la solución de problemas han sido estudiados y analizados por numerosos autores, de cuyo trabajo han salido diferentes modelos similares como el de Wallas, Dewey, Rossman, Guilford, Osborn, Osborn-Parnés; Moles y Pert, Gordon y Kpner-Tregoe, (Parnes *et al.*, 1977:147-150), entre otros.

A partir del análisis de los modelos presentados por los distintos autores anteriormente citados y teniendo en cuenta que nuestro objetivo es proporcionar al profesional de educación para la salud, una metodología que permita la creación de nuevas soluciones para la mejora de la salud y calidad de vida de las personas, hemos optado por un modelo que comprende las siguientes fases:

- Identificación del problema.
- Conocimiento del problema.
- Desarrollar soluciones alternativas.
- Valorar las consecuencias de cada alternativa.
- Evaluación de las alternativas.
- Elegir la mejor alternativa posible.
- Preparación de las ideas para idear un plan de acción.

Identificación del problema

Esta primera fase necesita toda nuestra atención y tiempo, ya que de ella depende la buena orientación y enfoque del problema. Todo lo que trabajemos a continuación va a depender de la correcta definición del problema y de la claridad con la que

consigamos definirlo. Por este motivo, vamos a desarrollar este punto de forma más extensa que las siguientes fases.

La identificación de problemas de salud comienza a partir de la descripción del contexto; el investigador debe comenzar un proceso de ajuste identificando una situación problemática dentro de la realidad global que le rodea. Es importante tener en cuenta que la participación activa de la población en el análisis de la situación salud, debe involucrar como actor principal a la comunidad, la cual tiene la responsabilidad de determinar dentro de las alternativas posibles, cuáles problemas están en condiciones de solucionar con éxito.

Es preciso que el problema a identificar esté basado en una necesidad real cuya solución sea fruto de la colaboración de todos. Entendiendo como una necesidad realista aquella discrepancia entre la situación social existente y la situación deseada.

Forni (1988:23), en este sentido, indica que "Un problema social se manifiesta como distancia con un estándar o un promedio social aceptable, otros como conducta desviada y otros como productos de acumulación de carencias que suponen, para superarlos, una política de igualación de oportunidades".

Para que las necesidades sean reales deben corresponder a carencias objetivas, por ello se deben adoptar ciertos criterios para su correcta identificación.

- Concretar la falta de servicios o programas de salud que se consideran útiles o necesarios.
- Comprobar discrepancias en los niveles de estándar en las metas determinadas en otros programas de salud.
- Identificando hechos no deseados o de rechazo, realizando un análisis profundo del contexto social del que se trate.
- Apreciando una alteración cuantitativa o cualitativa en planes o programas de salud cuyo proceso no se ajusta a las previsiones.

En este sentido es importante subrayar que solo a partir de la identificación de necesidades es posible concretar el problema y determinar su amplitud y alcance.

En consecuencia, ¿qué debemos tener en cuenta en esta tarea de identificación?:

- Que no es suficiente detectar un problema o necesidad, sino que es necesario concretar de qué se trata y en qué consiste.
- Así mismo, se debe determinar su alcance, es decir, el número de personas a las que afecta y delimitar la extensión territorial que ocupa.
- Igualmente se debe analizar la gravedad del problema o necesidad, teniendo en cuenta las consecuencias que tiene en el desarrollo individual o colectivo de los afectados.

Una vez identificado el problema debemos delimitarlo, es decir, realizar una formulación del mismo de forma clara y concreta. Las técnicas para realizar esta tarea son muy variadas. La observación es una fuente privilegiada para detectar e identificar problemas de salud existentes en la comunidad. También resulta muy útil, como se ha dicho anteriormente, la comparación con estándares sociales, consulta de expertos; como también los cuestionarios, entrevistas e inventarios aplicados a los diferentes actores sociales responsables y organismos involucrados.

La complejidad de las situaciones de salud en la comunidad hace necesario, en ocasiones, determinar que problema de todos los que se han detectado se puede atender con la intervención. Es preciso pues, establecer criterios para seleccionar los realmente prioritarios. Estos criterios pueden concretarse teniendo en cuenta: la urgencia del problema, las posibilidades económicas y de recursos, y la percepción social o proyección de futuro.

La urgencia del problema es un criterio con bastante peso. Entre todos los problemas identificados, se trata de decir cuál es más urgente en función de su gravedad y riesgos de salud que acarrea para las personas que se ven afectadas. Debemos reflexionar también sobre la naturaleza de cada uno, sus consecuencias y la relación con el resto de problemas detectados.

Las posibilidades económicas con las que contamos es otro aspecto a considerar en la priorización de problemas e implica conocer los medios y recursos de los que se disponen para atenderle con realismo.

La percepción social de los problemas consiste en conocer en qué grado los perciben los individuos afectados. Debemos tener en cuenta, como se ha indicado anteriormente, que la participación es mucho mayor cuando existen necesidades e intereses comunes.

Entre las técnicas que más utilizan para la identificación de problemas destacamos:

La encuesta	Grupo de discusión
Listas de control	Dramatización
Tormenta de ideas	Escalas de observación
Anecdotario o incidente crítico	Simposium
Técnica de las parejas rotativas	Panel de diálogo
Juego de las clasificaciones y clarificaciones	Mesa redonda
Estudios de casos	Técnica de las tres R

Conocimiento y definición del problema

Consiste, en primer lugar, en aceptar que existe y tiene solución. Es decir, no es lo mismo considerar la situación conflictiva como un problema que tiene solución o que por el contrario supone una realidad inevitable. Si se considera un problema, se convierte inmediatamente en una demanda social; por el contrario, si se considera una situación inevitable, no se luchará contra ella. El llegar a un acuerdo, por parte del grupo, de que el conflicto posee una solución, es suficiente para emprender acciones consensuadas para enfrentarlo.

La definición lleva consigo enunciar el problema de forma clara y concisa. Se debe describir en cuanto a la dimensión y el valor que tiene para los diferentes actores sociales. Es importante tener en cuenta las diferentes percepciones que cada individuo tiene de la realidad y llegar a un acuerdo entre todos de aquella que reúna un mayor consenso.

La explicación de por qué se produjo el problema permitirá distinguir entre las causas y los efectos. La importancia de su explicación radica en la consideración cuantitativa de los indicadores y cualitativa de la valoración del grupo. Esto ayudará a determinar el riesgo actual de la situación y su predicción de futuro.

Las técnicas para hacer análisis de *causa y efecto* son:

- Histograma.
- Diagrama de apretó.
- Diagrama de relaciones.
- Diagrama de afinidad.
- Diagrama de pescado.

Analizar el problema recopilando hechos e información, favorecerá llegar a una explicación e implicará la recopilación de la información necesaria para trabajar sobre él, con objeto de familiarizarse con todas las causas posibles.

La causa de un problema, según algunos autores, es siempre un cambio que produce un nuevo efecto negativo sobre la situación. Las posibles causas de una desviación se deducen de esos cambios indeseables. La causa más probable de una desviación es aquella que explica exactamente todos los hechos en la especificación del problema.

Las técnicas más utilizadas para entender un problema son:

- Flujograma de procesos.
- Hoja de cotejo.
- Diagrama de araña.
- Diagrama de matriz.

Desarrollar soluciones alternativas

La siguiente fase debe comenzar por que el profesional de educación para la salud, junto con el grupo afectado, estudie si el problema identificado es susceptible de solucionarse. A continuación se deben desarrollar las diferentes alternativas de solución junto con un análisis del impacto tanto positivo como negativo de cada propuesta.

El estudio de cada situación problema implica buscar, ante todo, cuáles son las soluciones más eficaces y cuáles han sido, después de su valoración, las más capaces de prevenir o controlar el problema, teniendo en cuenta el contexto sociopolítico, medio ambiental e institucional. Lo importante en este paso es sugerir posibles soluciones y considerar las consecuencias que estas puedan tener.

Es conveniente empezar a trabajar sobre las causas del problema y realizar un listado que nos facilite el trabajo en la producción de soluciones o formas de afrontarlas. La mayoría de los autores proponen para esta fase, trabajar con la técnica creativa de la tormenta de ideas (*brainstorming*), con objeto de pedir a los componentes del grupo que, una vez conocido el problema, emita ideas o soluciones sobre la forma de solucionarle.

La estimulación de ideas es una técnica creativa para la solución de problemas que se adopta para explorar un amplio rango de soluciones posibles. Esta técnica favorece la estimulación de ideas que van desde las soluciones más prácticas hasta lo menos probables, no permitiéndose la discusión hasta que no estén todas registradas. La estimulación de ideas con un grupo debe seguir el siguiente proceso:

- El profesional o líder debe definir el problema que necesita ser solucionado y especifica los criterios que se van a tener en cuenta. Poniendo el tiempo límite que se va a dedicar a la sesión.
- Éste decide qué persona debe llevar un registro de las ideas en una pizarra y similar para que todos las puedan leer.
- Las personas que participan presentan las ideas originales, procurando favorecer que el grupo avance, en la medida de lo posible, en cada una de ellas.
- El que dirige la técnica debe mantener a los participantes orientados al problema, asegurándose de que no se pierda el hilo conductor que ayude a ir concretando éste.
- Una vez expuestas las ideas, los participantes deben elegir las cinco que consideran que se adaptan mejor al problema.
- A continuación, el profesional junto con los participantes evalúan las ideas de acuerdo a los criterios establecidos en una escala del 0 al 5 para cada criterio.
- Finalizando con la suma de puntajes que decide qué idea del grupo es la mejor para solucionar el problema.

Valorar las consecuencias de cada alternativa

Es el momento de considerar los aspectos positivos y negativos que cada alternativa puede tener, a corto y largo plazo, tanto para el grupo como para otras personas. Es necesario buscar nuevos datos, ya que los que se disponen es posible que no sean suficientes. Si este es el caso, es importante recabar datos que ayuden a valorar las diferentes alternativas con las que se cuenta.

Es muy eficaz realizar una lista de todas las ventajas y desventajas que conlleva cada una de las alternativas por separado. Se sugiere que se dé una puntuación de 0 a 10 a cada ventaja y a cada inconveniente en función de su trascendencia, sabiendo que 0 es "nada trascendente" y 10 es "esencial o muy trascendente". Una vez puntuadas cada una en la escala, se suman los números otorgados a cada ventaja, por un lado, y cada inconveniente por otro, siendo el resultado positivo si el número es mayor el que suman las ventajas que los inconvenientes.

Una fórmula adoptada por algunos trabajos realizados a tal fin es: dar 2 puntos si las consecuencias son de índole personal, 1 punto si son sociales, 2 puntos si la consecuencia es a largo plazo y si esta es a corto plazo 1 punto.

Otra forma de valorar las consecuencias es volcar en un cuadro, como el que se presenta a continuación, las puntuaciones que corresponden a las ventajas e inconvenientes, de la siguiente forma:

Estrategia o solución: _____

Ventajas	Puntuación	Inconvenientes	Puntuación
1ª ventaja		1º inconveniente	
2ª ventaja		2º inconveniente	
TOTAL			

Evaluación de las ideas y elección de la mejor alternativa posible

Para decidirse por alguna de las soluciones propuestas y que se han trabajado, es necesario establecer un sistema que permita valorar las opciones para poder elegir las mejores.

La técnica de la matriz de criterios o priorización puede ser de una gran ayuda para valorar las opciones y elegir la más eficaz. Se trata de un cuadro en donde cada alternativa se puntúa en función a una serie de criterios definidos y consensuados con

anterioridad, como por ejemplo: posibilidad de llevarla a cabo, las implicaciones, coste, los inconvenientes, etc.

En consecuencia, el proceso sería: determinar los criterios de valoración, aplicar estos a cada una de las alternativas y elegir la opción que mayor puntuación obtenga.

Esta matriz funciona mejor cuando las opciones son más complejas o cuando se deben tener en cuenta varios criterios. A continuación exponemos cuándo y cómo se usa. La tabla que presentamos a continuación refleja las opciones a priorizar en las filas y los criterios para tomar decisiones en las columnas.

OPCIONES	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	TOTAL
Opción 1				
Opción 2				
Opción 3				

Proceso a seguir

- Primero se confecciona una lista con las opciones a evaluar, comprobando antes que todas ellas son entendidas por los implicados.
- Concretar los criterios para tomar la decisión. El grupo puede llegar a ello mediante una lluvia de ideas y un consenso para determinar cuáles son los más importantes. Se debe comprobar que todos los componentes del grupo entienden los criterios elegidos. Los criterios, como hemos citado anteriormente, deben ir encaminados a la eficiencia, oportunidad, impacto sobre el contexto, inconvenientes y coste. Cada grupo debe elegir los más adecuados para la situación y confeccionar una lista. No existe un número de criterios, pero según la experiencia, tres o cuatro es la cantidad mejor para las matrices. En el caso de que tengamos demasiados criterios, una manera de reducirlos consiste en decidir los que deben cumplirse o afectan a todas las opciones.
- El siguiente paso es presentar la matriz, con las opciones y criterios.
- A partir de aquí se debe determinar la escala que se usará en la calificación de las opciones en relación con cada criterio. Estas pueden ser simples, basadas en el cumplimiento de un determinado criterio. Comunes cuando la clasificación se realiza en función del grado en que cumple con el criterio. Complejas (cuando se asignan distintos valores máximos a cada uno de los criterios y se valora cada opción en función de cada criterio).

- Después se va tratando cada opción, analizando cada criterio y decidiendo cual es su puntuación adecuada mediante alguno de las formas indicadas anteriormente. Si el método de calificación elegido es simple, puede resolverse con un análisis del grupo implicado.
- Se finaliza hallando el valor total de cada opción sumando la calificación de cada criterio.
- La evaluación de los resultados se realiza a partir de un análisis de opciones para ver si alguna no cumple con todos los criterios o si se puede eliminar alguna de ellas.

Preparación de las ideas para idear un plan de acción

Se trata de abordar un plan paso a paso para llevar a cabo la solución de problemas. En consecuencia se deben establecer acciones concretas para que las personas responsables de cada acción puedan llevar a cabo la estrategia formulada con anterioridad. En el plan de acción debe participar todo el grupo y el profesional de educación para la salud, que como persona conocedora de los fundamentos de la planificación le permitirá definir objetivos con claridad y conocer las oportunidades que posee.

Este plan de acción en el ámbito de la salud, debe ser planificado con anterioridad, a ser ejecutado. Debe ser riguroso y sistemático, con opciones claras de poder llevarse a la práctica. También debe ser lo bastante flexible como para permitir su adaptación a los cambios surgidos de la interacción del hombre con su realidad. Como afirma Perea R (1998) "La planificación, en síntesis, debe orientarse hacia la resolución de problemas de salud del entorno y hacia una mejor calidad de vida, por lo cual debe ser un proyecto humano y profesional que considere la realidad de forma unitaria y al hombre en interacción con el ambiente".

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Carver C, Scheier M. Optimism, Pesimism, and Self-regulation. En: E. Chang (ed.). *Optimism and pesimism. Implications form theory, reseca and practive*. Washington, DC. American Psychological Association. 2001.
- De Bono E. *El pensamiento lateral. Manual de creatividad*. Buenos Aires. Editorial Paidós Ibérica S.A. 1996.
- D' Zurilla TU, Nezu AM. *Problem solving therapy*. New York. Springer Publishing Company. 1999.
- Forni E. *Formulación y evaluación de proyectos de Acción Social*. Humanitas. Buenos Aires. 1988.

- Gordon WJ. *Sinéctica*. México. Editor Herrero Hermanos. 1963.
- Green M, Palfrey J, Clark E, Anastasi J. *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*, Second edition: Pocket guide. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health. 2000.
- Hernando Sanz MA. El valor de la participación en la educación de adultos. En: López-Barajas E. (ed.) *La Metodología del "Problem Solving"*. Fundamentos y técnicas. Madrid. UNED. 1998.
- Hernando Sanz MA. El análisis de la realidad. Elemento esencial para el diagnóstico. En: Sarrate Capdevila ML. (ed.) *Programas de animación sociocultural*. Madrid. UNED. 2002.
- López-Barajas E. Fundamentos y metodología del "Problem solving" En: López-Barajas E. (ed.) *La Metodología del "Problem Solving"*. Fundamentos y técnicas. Madrid. UNED. 1998.
- Marín Ibáñez R, De la Torre S. *Manual de la creatividad. Aplicaciones educativas*. Barcelona. Ed. Vicens Vives. 1991.
- Merino JV. Estimulación de la participación de sectores sociales. En: Sarrate ML. (ed.) *Programas de Animación Sociocultural*. Madrid. UNED. 2002.
- Osborn NAF. *Applied imagination: principles and procedures of creative thinking*. New York. Scribner's New York. 1963.
- Osborn NAF. *L'imagination constructive. Créativité et Brainstorming*. Dunod. París. 1964
- Parnes SJ. *Creative behavior workbook and creative behavior guidebook*. New York. Charles Scribners' Sons. 1977.
- Perea Quesada R. Proceso educativo para la resolución de problemas humanos y sociales de salud. En: López-Barajas E. (ed.) *La Metodología del "Problem Solving"*. Fundamentos y técnicas. Madrid. UNED. 1998.
- Pozo Municio JL et al. *La solución de problemas*. Madrid. Aula XXI Santillana. 1994.
- Rodríguez Estrada M et al. *Creatividad para resolver problemas. Principios y técnicas*. México. Ed. Pax. 1995.
- Sánchez M. *El pensamiento lógico-crítico*. Colección Master Internacional. España. Santiago de Compostela. Monografía de Creatividad Aplicada Total. 1996.
- Sternberg RJJ, Davidson J. Problem solving. En: Alkin MC. (ed.) *Encyclopedia of educational research*, New York. Macmillan Publishing Company. 1992:4, pp. 1037-1044.
- Treffinger DJ, Huber JR. Designing instruction in creative problem solving preliminary y objectives and learning hierarchies. *Journal of Creative Behavior*. 1976:9, 260-266.
- Vera-Villarreal PE, Guerrero Á. *Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas*. Santiago de Chile. Universidad de Santiago de Chile. 2003.
- Whimbey A, Lochhead J. *Comprender y resolver problemas*. Madrid. Visor. 1993.
- Young-Marquardt R, & National Training Institute for Child Care Health Consultants Staff *Building consultations skills: Part A version 2.2 Chapel Hill, NC*. National Training Institute for Child Care Health Consultants, Department of Maternal and Child, The University of North Carolina. 2005.

Los proyectos y los programas en EpS

M^a Ángeles Hernando Sanz

INTRODUCCIÓN. CONSIDERACIONES GENERALES. DESARROLLO DEL PROYECTO. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD. ETAPAS CONCEPTO Y SENTIDO DE LA EVALUACIÓN. TIPOS DE EVALUACIÓN. PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

Un proyecto o programa en Educación para la Salud, desde el punto de vista metodológico, lleva consigo, en primer lugar, que la metodología sea activa y participativa, adaptada a cada realidad concreta, mediante un análisis de las circunstancias que concurren en cada entorno. En segundo, necesita de la participación de un equipo multidisciplinar en la elaboración, aplicación y desarrollo de los contenidos, así como de la colaboración y coparticipación a nivel de profesionales, instituciones, centros sociosanitarios y entidades comunitarias. Es importante procurar que el programa interactúe con otras iniciativas de objetivos similares que se desarrollen en la comunidad o centro social.

En consecuencia, una intervención en este ámbito que pretenda responder a las necesidades del grupo al que va dirigido, es compleja, sobre todo porque su implementación implica tener en cuenta, no solo las cuestiones de contenido que vendrán determinadas por el estudio de las necesidades de los sujetos, sino que también debe prever una serie de estrategias que afectan necesariamente a grupos e instituciones

que deberán participar de forma activa en el programa para que este alcance los objetivos previstos.

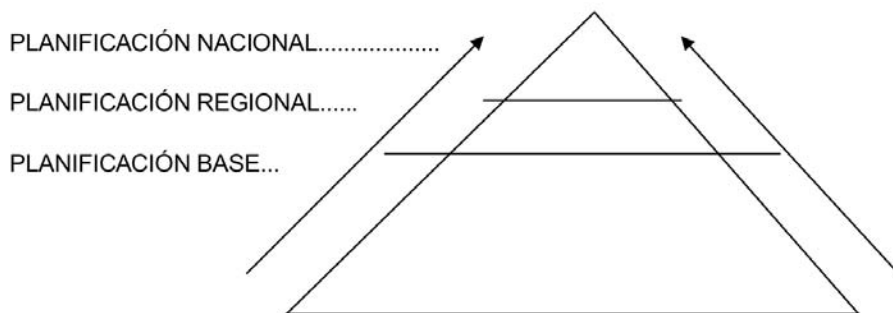
La OMS indica que la función de la planificación es la de recoger información de los desajustes que se están produciendo entre las necesidades de la población y los recursos para satisfacerlos y establecer criterios para una utilización racional y adecuada, compatibles con las estrategias elaboradas por la política de salud.

En este capítulo intentaremos dar una visión general sobre la planificación de proyectos y programas en el ámbito que nos ocupa, considerándola como una técnica de definición y medición de objetivos para su consecución. Debemos tener presente que las necesidades en el ámbito de la salud precisan de la planificación de acciones significativas que las satisfagan. Así mismo, para que dicha planificación sea efectiva, necesita una sistematización que ha de ser satisfecha con la participación del conjunto de los grupos e instituciones implicadas.

■ CONSIDERACIONES GENERALES

La planificación de un proyecto necesita de un conocimiento técnico para elaborar un plan de intervención detallado y metodológicamente adecuado. Según Hernán San Martín H (1988), existen varios niveles de planificación: nacional, regional, local y de base. En nuestro caso, vamos a centrar nuestra atención en la "planificación a la base", que siguiendo a este autor, posee un sentido ascendente hacia el centro y se origina en la unidad más pequeña desde el punto de vista de la división administrativa en salud. En ella deben intervenir elementos sociales y económicos mínimos que justifiquen una intervención planificada.

Esta planificación puede realizarse también a nivel nacional ("macroplanificación") siendo determinada por las planificaciones regionales o de base. Las planificaciones regionales tienen lugar cuando existe una descentralización y regionalización de la zona, pero siempre atendiendo a las demandas que formula las planificaciones de base, como se aprecia en el siguiente gráfico.



En definitiva, se puede decir que son planificaciones con distintas finalidades y planteamientos. Nuestra atención, como hemos dicho anteriormente, se centrará en la planificación basada en las necesidades de la comunidad (planificación de base) y dentro de ésta analizar lo que vamos a llamar proyecto y programa en Educación para la Salud.

Existen unos principios de la planificación que es importante tener en cuenta. Siguiendo a Lafourcade (1974:190) son los siguientes:

- Principio de "*coherencia*" que implica que toda actividad que se proponga, mantendrá un sistema de relaciones, con el eje central sobre el cual se ha construido la unidad.
- El principio de "*funcionalidad*" hace referencia a que la planificación debe estar al servicio de los intereses y requerimientos del grupo al cual va encaminada.
- El "*equilibrio*" debe estar presente en todas las situaciones que lo requieran, fundamentalmente, en el sistema de actuaciones estructuradas de acuerdo con los fines que deseamos conseguir, al margen de las discrepancias de quienes deban orientarlas.
- Debe existir una "*flexibilidad*" que nos permita introducir adaptaciones sin que por ello se altere la efectividad de la planificación.
- "*Pertinencia*" de los objetivos que se pretenden alcanzar y las actuaciones que se propongan deben ser la mejor alternativa que pueda ser llevada a cabo.
- El principio "*económico*" debe regir todo el proceso e implica un uso eficiente de los recursos (humanos y materiales) de que disponemos y el uso eficiente del tiempo. Toda intervención que con el menor tiempo, esfuerzo y recursos logre el fin previsto cumplirá con este principio.

DESARROLLO DEL PROYECTO

La planificación de un proyecto en Educación para la Salud nace como consecuencia de una demanda expresada por la población a las instituciones de salud local, a los profesionales de la salud, o bien de las necesidades ofrecidas a través de la información de encuestas de opinión, ya sean éstas de la población total o de grupos pequeños. Desde esta perspectiva podemos decir que un proyecto es un avance anticipado de las acciones a realizar para conseguir unos determinados objetivos. Es un plan de trabajo cuya finalidad es orientar el desarrollo del mismo.

De acuerdo con Martinell Sempere (1997:136), la elaboración de proyectos estará condicionada por una serie de factores que inciden de manera importante en su diseño. Este autor menciona los siguientes:

- de nivel personal y profesional: aportaciones individuales,

- nivel grupal: características del equipo,
- nivel institucional: cultura organizativa,
- nivel formal: adecuación a las normas legales.

Enfrentarse con una planificación de un proyecto implica enfrentarse con las siguientes tareas: realizar una descripción de lo que se quiere alcanzar indicando con precisión su finalidad; adaptar el proyecto a las características del entorno y a las personas a las que va dirigido; obtener unos datos técnicos que garanticen el buen desarrollo del mismo; ser realista en cuanto a la consecución de unos recursos mínimos imprescindibles para su aplicación, y establecer una temporalización equilibrada para su desarrollo.

La planificación de un proyecto está determinada por unos objetivos generales o estratégicos. Este nivel de planificación de objetivos no permiten diseñar directamente las acciones de salud, por ello debemos concretarlos de una forma más específica y operacional dentro de un programa. Desde esta perspectiva, un proyecto da lugar a varios programas, según el número de objetivos generales que tenga y debe incluir las siguientes fases:

- Denominación del proyecto.
- Diagnóstico.
 - Detectar las necesidades.
 - Establecer unas prioridades.
 - Delimitar el problema.
- Fundamentación del proyecto.
- Ubicar el proyecto.
- Prever la población.
- Establecer los recursos.
- Prever obstáculos y dificultades.
- Objetivos generales.
- Temporalización.
- Metodología.
- Evaluación.

Denominación del proyecto

La primera señal de identidad del proyecto viene dada por su denominación. Esta fase también es designada como naturaleza del proyecto. En cualquier caso, se trata de hacer referencia a la idea central del proyecto y a su vínculo con algún plan general o proyectos de análoga finalidad, así como de la Institución de la que depende.

Se debe poner de relieve si la finalidad del proyecto tiene su origen en una carencia social de la comunidad, en la insuficiencia de un servicio, en la mejora de la calidad de vida de los individuos o en la necesidad de favorecer algún aspecto importante en el desarrollo individual y social.

El diagnóstico

El diagnóstico es la fase inicial del proyecto y permite ubicar los principales problemas de salud de la población el ambiente de la vida social y determinar las causas de fondo de estos. Para Espinoza (1986:77) "el diagnóstico previo a la formulación del proyecto es el conocimiento que se realiza en el terreno mismo donde se proyecta ejecutar una acción determinada, de los síntomas o signos reales y concretos de una situación problemática".

Como afirma Martinell (1997:141) "El proyecto establece un diálogo con su contexto que le permite ubicarse y justificar su función social. De esta manera se evita el diseño de proyectos "descontextualizados", que no encuentran un buen asentamiento en su entorno". Las características de los proyectos en el ámbito de la Salud reclaman un alto nivel de sensibilización de estos aspectos, ya que resultan imprescindibles para una intervención eficaz.

La *identificación de necesidades* o problemas de salud es una tarea que implica también conocer cómo las sienten las personas que las padecen y el papel que cumplen en el desarrollo humano. Es importante concretar de qué se trata y en qué consiste. Saber su alcance y delimitar la extensión territorial que ocupa. Finalmente, se debe analizar su gravedad, teniendo en cuenta las consecuencias que tiene en el desarrollo individual y colectivo de los individuos.

Una vez identificadas las necesidades debemos seleccionar, las que por su trascendencia o alcance, son *prioritarias*. Ello exige una gran capacidad de discriminación, de indagación y, en definitiva, de reflexión para llegar a concretar con precisión las más urgentes. Teniendo en cuenta todo ello, estaremos en disposición para decidir y *delimitar el problema* que vamos a abordar.

Con respecto a los problemas, Forni (1998:23) considera que "Un problema social se manifiesta como distancia con un estándar o un promedio social aceptable, otros como conducta desviada y otros como productos de acumulación de carencias que suponen, para superarlos, una política de igualación de oportunidades".

En consecuencia, no es suficiente con detectarle, es necesario concretar de qué se trata y en qué consiste. También hay que especificar su alcance, número de personas a las que afecta y extensión que ocupa. Igualmente se debe analizar su gravedad teniendo en cuenta las consecuencias que posee, tanto a nivel individual como colectivo de las personas implicadas.

Fundamentación del proyecto

En todo proyecto conviene especificar los antecedentes, los motivos que se poseen para llevarlo a cabo, dicho de otra forma, el por qué se hace. Todo proyecto, para poder llevarlo a la práctica, debe estar sustentado en un marco de referencia teórico y en unos presupuestos o principios aceptados como axiomáticos que constituyen los postulados sobre los que descansa la acción.

Para completar la fundamentación se podría recoger información sobre datos estadísticos vinculados directamente con las necesidades que pretende afrontar el proyecto, así como de algunos elementos que justifiquen la estrategia a seguir como, por ejemplo, datos epidemiológicos o sociológicos. También se pueden reflejar en este apartado algunas previsiones sobre el comportamiento futuro de la situación que pretendemos resolver.

Ubicar el proyecto

Ubicar el proyecto de Educación para la Salud implica concretar el lugar, comunidad o población al que va dirigido, estudiar las características del contexto e investigar sobre algunos datos significativos para nuestro objetivo, que nos ayuden a comprender, tanto la situación como las demandas e intereses de los destinatarios.

En definitiva, se trata de concretar el área geográfica donde se ubicará y el lugar específico de su funcionamiento. El proyecto establece un diálogo con su contexto que le permite situarse y justificar su función social. Es la mejor forma de evitar el diseño de proyectos "descontextualizados" que no se adaptan al entorno deseado. Esta adaptación debe atender tanto a la localización general como a la específica.

Prever la población

Conviene prever la población con la que se va a llevar a cabo el proyecto. Se debe analizar su situación, características generales y, sobre todo, los intereses, valores y rasgos más sobresalientes que presenta dicha población. Es importante saber que aspectos diferenciales poseen los grupos en los que se va a aplicar el proyecto. Los planificadores de proyectos deben tener en cuenta estos aspectos para poder adecuar los contenidos y actividades a la población a la que va dirigida la intervención.

Establecer recursos

Conviene, desde el primer momento, tener conocimiento de los recursos de los que podemos disponer y alcanzar de manera real para realizar el proyecto, tanto

humanos como económicos. Las posibilidades económicas con las que se cuenta serán un aspecto importante a considerar, puesto que sin concretarlas nuestro proyecto no contaría con una base real para llevarlo a cabo.

En cuanto a los recursos humanos, como indica Espinoza (1986:90) se trata de describir la cantidad y calidad de las personas que son necesarias para la ejecución de las actividades que contempla el proyecto. Junto con ello es necesario señalar las responsabilidades específicas que ellas asumen en su implementación y ejecución. Asimismo, se deberá analizar si debe establecerse alguna actividad especial para capacitar a las personas destinadas a participar en el proyecto. Es muy importante especificar, desde el comienzo del proyecto, las personas que lo van a llevar a cabo, su preparación, experiencia y el tiempo que van a dedicar.

En cuanto a los recursos materiales se debe tener en cuenta que son imprescindibles para llevar a cabo cualquier proyecto, ya que la carencia o déficit de los mismos, es una limitación para su realización.

También es importante tener previsto el capítulo económico, es decir, haber elaborado un presupuesto realista que cubra todos los aspectos que necesitan ser subvencionados. La financiación por lo tanto debe hacer referencia a quién y cómo serán financiados.

Analizar obstáculos y dificultades

Se debe pensar en los obstáculos y dificultades que nos podemos encontrar en la puesta en marcha del proyecto. Es importante concretar los factores negativos que provienen del contexto, como los que pueden darse en el proceso de intervención. Es mejor prevenir las dificultades para que su solución no sea del todo imprevista.

Objetivos generales

Con todos estos datos ya estamos en disposición de tomar decisiones en cuanto a establecer los objetivos generales del proyecto. Los objetivos deben ser claros, realistas y pertinentes. Pueden ser generales y específicos, los primeros hacen referencia a metas más amplias que para alcanzarlas es imprescindible conseguir otras más pequeñas que forman parte de estos. Dicho de otro modo, la consecución de los objetivos específicos, llevará a conseguir los objetivos generales. Es importante que la formulación de los objetivos sea inequívoca y precisa para facilitar su comprensión.

Desde esta perspectiva, los objetivos generales del proyecto se deben desglosar en otros más concretos y específicos que ayuden a alcanzar los primeros y que serán definidos en el programa. En consecuencia cada objetivo general dará lugar

a una serie de programas dependiendo del número de objetivos específicos que de determinen para alcanzarle.

Un ejemplo podría ser un proyecto orientado a la prevención de la drogodependencia, un objetivo general sería la prevenir la drogodependencia en los jóvenes de riesgo, como objetivos específicos estableceríamos: informar sobre los riesgos que conlleva la droga, dar alternativas de ocio saludable, trabajar con los padres sobre la edad evolutiva por la que atraviesan sus hijos y sus riesgos. Cada objetivo específico que hemos mencionado daría lugar a un programa diferente.

Las metas deben especificar en qué lugar pondremos el listón de lo que queremos lograr con nuestra intervención. Es el momento de centrarse en la viabilidad y posibilidad del proyecto, pues las metas deben ser realistas y alcanzables con los medios de que se dispone. En este sentido es muy importante la creatividad, inventiva e innovación del agente promotor del proyecto.

Temporalización

La temporalización debe presentar la secuencia de etapas del proyecto y la forma como se deben suceder. Hay que estimar la duración aproximada de cada una de ellas y decidir el orden que van a llevar en el proyecto total. El calendario que se determine para llevar a cabo las diversas acciones desde el inicio del proyecto hasta el final, tiene como misión establecer las diferentes etapas del mismo e indicar en qué fechas han de llevarse a cabo. Es conveniente que esta tarea se plasme en un gráfico donde se delimiten y precisen las diversas acciones en el tiempo.

Metodología

Es el momento de reflexionar sobre las acciones y procedimientos necesarios para alcanzar con éxito los objetivos previstos. Es la parte clave para determinar el conjunto de actividades que deben ponerse en práctica. Como indica Espinoza (1986-89) "el método es el camino que se elige par la obtención de un fin". Se trata de elegir bien el camino que nos conduzca a la obtención del fin del proyecto. La descripción del proceso que se utilizará se presenta identificando todas las etapas que pueden considerarse procesos unitarios. Para llevar a cabo este proceso es preciso enumerar y dar una explicación de los distintos pasos técnicos que deben cumplirse o de las distintas etapas que debe comprender el proceso técnico.

La metodología juega un papel clave en el desarrollo de cualquier proyecto, ya que proporciona los métodos mediante los cuales intentamos conseguir los objetivos que nos proponemos, por ello debe ser cuidadosamente elegida, probada y evaluada en función de lo que nos proponemos.

Evaluación

La evaluación es un proceso de reflexión mediante el cual debemos saber qué hemos conseguido. Es la fase del proyecto que nos permite reconocer los avances, retrocesos y desviaciones en todo el proceso. La evaluación del proyecto de Educación para la Salud, como indica López-Barajas E (1998:70) "... es el conjunto de evaluaciones de los programas respectivos". Siguiendo a este autor "La evaluación verifica si los objetivos generales y específicos se alcanzan, pero también, valora la "bondad" de los contenidos, la metodología utilizada, las actividades, los recursos, tiempos, espacios, etc."

Para conocer el grado en que hemos obtenido una meta, debemos establecer unos indicadores que puedan ser medidos y objetivamente verificables. Estos indicadores deben estructurarse con el consenso de todos los implicados en la evaluación, teniendo en cuenta criterios de cantidad, calidad y tiempo, de tal manera que cualquier persona que aplique el criterio de medición seleccionado, llegara a la misma conclusión. Este aspecto se ampliará en uno de los apartados de este capítulo.

ELABORACIÓN DEL PROGRAMA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El proceso mediante el cual se desarrolla un programa implica una serie de fases que exponemos a continuación:

- Naturaleza del programa.
- Objetivo específico del que parte.
- Identificar la muestra y sus características.
- Programación de contenidos, actividades.
- Técnicas.
- Calendario.
- Evaluación.

Naturaleza del programa

De la misma manera que se debe exponer la naturaleza del proyecto, se debe realizar con el programa. El objetivo específico elegido para panificar éste determinará la denominación y motivación. Este es el momento en que se debe explicar la relación con el proyecto del que arranca y la institución de la que depende.

Objetivo específico del que parte

Como hemos dicho anteriormente, los programas arrancan de los objetivos específicos que se derivan de los generales. El número de programas estará determinado por el número de objetivos específicos que se establecen. Los objetivos generales son metas más amplias cuya formulación no hacen referencia a una conducta observable y pueden admitir más una interpretación. Suelen utilizarse verbos como analizar, evaluar, conocer, etc., que admiten varias interpretaciones y no son directamente observables.

Los objetivos específicos son logros más concretos que los anteriores. Su formulación exige una precisión de aquello que se pretende alcanzar con una acción determinada. Arrancan de los generales y son parcelas acotadas de los mismos. Identifican con más claridad aquello que se quiere observar y medir. Al contrario que los generales, estos solo admiten una interpretación. Se formulan a partir de aquellos y posen restringido su significado, se establecen en función de manifestaciones observables y evaluables y facilitan una mejor estructuración del proyecto.

Los verbos que suelen utilizarse para su formulación son: diseñar, identificar, enumerar, resolver, clasificar, etc. Como puede observarse son verbos de acción fácilmente observables y medibles. Debemos cuantificar los objetivos que nos proponemos y también su calidad.

La correcta formulación de los objetivos nos asegura claridad en el cómo llegar a alcanzarlos. Si el análisis de la realidad es decisivo en un proyecto, la formulación de objetivos no lo es menos, por ello conviene cuidar de un modo especial su formulación. Todos los integrantes del proyecto deben tomar parte en esta tarea, a través del debate y el consenso, de esta forma tendremos asegurado el compromiso de todos ellos.

En resumen, las claves del éxito de una planificación está en una formulación adecuada de los objetivos, que sean coherentes, proporcionados y evaluables y dotarla de una flexibilidad que la mantenga siempre abierta a los cambios que se vayan produciendo.

Identificar la muestra y sus características

En los programas se debe identificar los grupos a los que va dirigido el programa, algunos autores, para referirse a ellos, los denominan "grupo diana". El proyecto está concebido para aplicarlo en una población o comunidad y el programa a grupos más pequeños, de los cuales debemos buscar una información más amplia orientada a analizar su situación, características, peculiaridades, etc. Se debe realizar una descripción pormenorizada de cada uno de los usuarios, mediante un análisis de la realidad del grupo.

Ese análisis más pormenorizado nos ofrecerá un conocimiento de las características psicológicas de los componentes del grupo y de los rasgos diferenciales que existen entre ellos. Todo ello ayudará a planificar correctamente el aprendizaje significativo, los contenidos y las actividades. También es conveniente detectar los centros de interés de las personas que van a participar, para optimizar la planificación de estrategias.

Programación de contenidos, actividades

Los contenidos se seleccionarán a partir de los objetivos y del nivel de los conocimientos que sobre ellos tienen los destinatarios del programa. Estos se impartirán a lo largo del tiempo que se ha dispuesto, en unidades teóricas y prácticas.

Las actividades son las distintas partes del plan de trabajo a realizar en un momento determinado de su desarrollo. Deben estar adaptadas a los destinatarios y aplicadas de forma flexible.

Técnicas e instrumentos

Las técnicas e instrumentos que vamos a necesitar para recoger la información que necesitamos, son procedimientos formalizados y rígidos que la persona que los pone en marcha, en este caso del profesional de educación para la salud, debe adaptarlos a la situación de que se trate. Para su selección y aplicación debemos tener en cuenta: los datos o la información que necesitamos alcanzar, el conocimiento y la habilidad de la persona que los va a aplicar.

No existen unas técnicas específicas de Educación para la Salud, pero se usan de una forma ecléctica, técnicas comunes a otros ámbitos de intervención social. El éxito de la aplicación de una técnica está en relación directa con el grado de adaptación a la situación y el momento concreto. Por lo tanto es importante saber por qué, para qué y quién la aplica.

En el desarrollo del programa utilizaremos diferentes técnicas que serán previstas de antemano, su combinación y su utilización en el transcurso de este, debe obedecer a una reflexión sistemática sobre cuáles son las más adecuadas. Deben tenerse en cuenta: los objetivos, la madurez del grupo, su tamaño, el ambiente físico y las características de los miembros que conforman el grupo. Serán distintas técnicas según se trate de facilitar el diagnóstico de la realidad, la definición de los objetivos, la gestión de los recursos humanos o materiales o las que nos proporcionen el *feed-back* o la evaluación.

En cuanto a los instrumentos a emplear, se debe tener en cuenta la finalidad concreta y específica al que van dirigidos. Su elección debe estar sujeta a un estudio

profundo sobre los que existen en el mercado y si estos no se adecuan a nuestros objetivos, adaptarlos o elaborarlos de manera que sean válidos y fiables.

Calendario

El calendario para la implementación del programa debe ser realista. Debe prever las diversas acciones desde el inicio hasta final. En él debe concretarse las diferentes etapas del programa y las fechas que han de llevarse a cabo. El tiempo que se va a emplear para cada actividad debe programarse desde la flexible pero estableciendo fechas tope. Algunos autores proponen la gráfica de Gantt como técnica que posibilita la estimación de espacios de tiempo de realización de tareas. También nos da la oportunidad de presentar la relación existente entre el trabajo proyectado y el trabajo realizado, dándonos una idea de cómo se encuentra la situación de cada una de las actividades. Es una gráfica de apoyo que nos ofrece la posibilidad de averiguar el retraso o el adelanto que llevamos con respecto a lo planificado.

Evaluación

Esta fase metodológica es una parte decisiva del programa, ya que nos permite saber tanto los logros conseguidos como los fracasos. El conocimiento de todo ello supone tomar unas decisiones sobre la información ofrecida por la evaluación para mejorar nuestro propio trabajo.

Cembranos, Montesino y Bustelo (1997:178) afirman que "En general, se puede decir que la evaluación significa recoger y analizar sistemáticamente una información que nos permite determinar el valor y/o mérito de lo que se hace".

Es una tarea que revierte positivamente en nuestro trabajo. Saber como ha transcurrido la intervención para poder mejorarla, es un aspecto tan positivo que nadie debería dejar de ponerla en práctica. Por ello es imprescindible hacer uso de ella a lo largo del desarrollo del programa para ir reconduciéndolo y mejorándolo en cada momento que sea necesario. A través de la evaluación llevada a cabo en el proceso de la intervención recibimos el *feedback* que nos brinda la oportunidad de mejorarla.

De acuerdo con los distintos estudios realizados a tal efecto, hoy día, todavía se evalúa poco en este ámbito social, parece que no interesara nada más que hacer por hacer. Sin embargo, sabemos que es un elemento constitutivo de cualquier proceso educativo y que debe estar presente en todo diseño de intervención, empezando por el análisis de la realidad y terminando por la etapa final de resultados, pasando por cada uno de los objetivos previstos, actividades, etc.

Para algunos autores los elementos que se deben evaluar en el transcurso del programa tienen que ver con las fases: formulación análisis de las características

del grupo, implementación, ejecución y evaluación final. Otros ponen el énfasis en los distintos tipos de evaluación: de necesidades, diseño del proceso, desarrollo del programa u resultados.

En todo caso, el proceso de evaluación debe estar presente durante todo el proyecto. La primera evaluación que se realiza tiene la función de *diagnóstico* y debe ser considerada como una reflexión valorativa sobre la justificación del proyecto, los motivos que lo originaron y las necesidades de la comunidad a la que va dirigido.

En el transcurso de este, es decir, durante todo el proceso de intervención, tendrá lugar la evaluación llamada de *proceso*, que tiene por objeto ir comprobando la capacidad del proyecto para hacer frente al problema o necesidad para la que se ha establecido, informando, tanto de los progresos y avances, como de los desajustes del mismo, permitiéndonos realizar juicios que ayuden en la toma de decisiones.

La *evaluación final* implica conjugar toda la información que nos ofrece la evaluación inicial y la de los programas para llegar a una síntesis global en la que se ponga de relieve se han alcanzado o no los objetivos y en qué medida. Es la que nos lleva a analizar los resultados que se han alcanzado y sus efectos en los destinatarios de la intervención.

■ CONCEPTO Y SENTIDO DE LA EVALUACIÓN

En este apartado nos ocuparemos, en primer lugar, de analizar el concepto de evaluación desde una perspectiva actual, así como las características que posee, dado su carácter global, unitario e interactivo. También nos referiremos a los objetivos y finalidades a los que atiende junto con las funciones que ejerce.

El sistema de evaluación es una parte importante del proyecto o programa de Educación para la Salud. La importancia radica en comprender como se integra este aspecto en la estructura central del trabajo de intervención.

Cualquier profesional que emprenda un trabajo de intervención en Educación para la Salud, necesita saber qué debe evaluar para que ésta constituya un elemento de avance, de cambio o de progreso.

Para que un proyecto o programa de Educación para la Salud, sea técnicamente aceptable, es necesario realizar un diseño ajustado a los usuarios y su contexto, una aplicación flexible y finalmente una evaluación dotada de unas técnicas apropiadas. Asimismo, debe poseer una dimensión social y ética capaz de conectar con las personas que intervienen, tener en cuenta sus intereses, formas de ver el mundo y valores con los que interaccionan, al objeto de resolver sus problemas en contextos concretos. Nuestra intención es tratar todas estas dimensiones y aspectos de la evaluación que ayuden al profesional a llevarla a cabo de una forma comprensiva.

Como afirma San Martín (1988) "El objetivo primordial de la evaluación es probar en términos positivos y cuantitativos el progreso en salud conseguido por la acción".

En consecuencia, la evaluación trata de recabar la información necesaria para saber si mediante la intervención se han conseguido los objetivos que nos proponíamos. Por lo tanto es primordial definir unos objetivos de una forma concreta que puedan ser medidos para saber hasta que punto los hemos conseguido. Esto quiere decir que debemos ser muy claros y concisos a la hora de establecer los objetivos y las metas.

Estamos de acuerdo con el citado autor (1988:260) cuando afirma que "la evaluación de los programas de salud consiste en confrontar lo realizado después de cierto periodo, o al final del programa, con los objetivos trazados para este periodo o para la totalidad. De aquí lo fundamental que es el describir en forma precisa los objetivos en forma cuantitativa, para poder medir hasta dónde se están logrando; también es indispensable usar buenos índices o unidades de medida que hagan posible la comparación".

En la historia de la evaluación se contemplan varias concepciones de lo que ésta debe ser. Antes de acometer el sentido que hoy posee, vamos a dar unas pinceladas, muy breves, para presentar como ha ido evolucionando el concepto. Se comienza por una evaluación subjetiva, no científica, que no utiliza métodos ni técnicas racionales lo que la hace poco fiable e inconsistente. Todo se reducía a que una persona experta emitiera un juicio acerca de la calidad o el valor de algo.

Otro enfoque de la evaluación tiene su origen en los avances de la psicometría, dándole objetividad y sistematicidad, ya que utiliza instrumentos de medición estandarizados, propios de este ámbito. Los inconvenientes surgen del coste que implica la preparación de las pruebas objetivas y la distorsión de la realidad, al medir a todos los sujetos con el mismo instrumento. La crítica más generalizada se basa en que se realiza de una forma esporádica y desligada del proceso de aprendizaje, así como su planteamiento antidemocrático. Desde esta perspectiva surgió la idea de que la evaluación debía estar orientada a que cada uno de sus ítems debía coincidir con un objetivo.

Un avance importante en el concepto de evaluación la protagonizó Stufflebeam, que definió la evaluación como "el proceso de delinear, obtener y suministrar información válida para permitir la toma de decisiones" (1971). El aspecto de esta definición que más nos interesa destacar, es que ya tiene una nueva función, la de servir para la toma de decisiones, es decir, ya se acepta como algo evidente la conexión entre la evaluación y la toma de decisiones.

En la actualidad, podemos decir que la evaluación se orienta fundamentalmente a la mejora de la calidad de los proyectos y programas, evaluando el contexto socio-educativo en todos sus aspectos, permitiéndonos tomar decisiones para la mejora de estos. Por lo tanto la evaluación y diagnóstico de las necesidades de las personas

y sus contextos, son aspectos que están íntimamente ligados, que interactúan y se ayudan mutuamente.

En consecuencia, el sentido que hoy se da a la evaluación está ligado a la ayuda en la mejora y a la toma de decisiones de un programa, actividad o intervención educativa.

El proceso de evaluación lleva implícito, recogida, tratamiento e interpretación de datos, así como el análisis y valoración de los mismos, encaminado a informar sobre el proceso de desarrollo del programa. Por lo que el concepto actual de evaluación no se reduce a evaluar aprendizajes, sino que también requiere la evaluación de las variables psicológicas que como la inteligencia, el desarrollo afectivo y social, las aptitudes, etc., forman parte del desarrollo de la intervención.

Características

La evaluación de proyectos y programas en Educación para la Salud debe ser continua, global e individual.

Se puede decir que es *continua* si tienen en cuenta las características personales y contextuales de los usuarios, valorando junto al resultado o producto final el proceso de aprendizaje, es decir, las actividades que realizan y se han previsto, así como la observación y el seguimiento de dichos procesos.

Desde una óptica *global* se deben tener en cuenta no solo los conocimientos sino las capacidades y las actitudes de los usuarios, teniendo en cuenta los objetivos generales del proyecto, así como los distintos contenidos del programa (conceptos, procedimientos y actitudes).

La evaluación también debe adaptarse a la *individualidad* del usuario; esto quiere decir que debe estar basada en el conocimiento y en las características psicológicas del destinatario del programa. Este aspecto de la evaluación hace referencia a la situación inicial del participante del programa (posibilidades, esfuerzo, capacidad), a la planificación de diversas actividades adaptadas a situaciones concretas y a orientar la evaluación de forma individual mediante el diseño de instrumentos personalizados.

Objetivos

La mejora del programa y de sus destinatarios es el fin último de la evaluación, para ello deberemos medir los efectos del programa y compararlos con las metas que nos propusimos alcanzar, a fin de contribuir a la toma de decisiones acerca del mismo y tenerlo en cuenta para futuras programaciones.

Así pues, la evaluación debe facilitarnos la consecución de los siguientes objetivos:

- Medir el grado en que se adecua a la realidad y a lo que queremos conseguir (idoneidad).
- Valorar la eficacia en la consecución de los objetivos.
- Dar cuenta de la eficiencia con la que se ha conseguido lo que se había propuesto.
- Facilitar la toma de decisiones de los participantes.
- Fomentar un análisis prospectivo sobre cuales y cómo deben ser las intervenciones futuras.

En los programas de Educación para la Salud, la evaluación debe tener en cuenta:

- La capacidad de respuesta, según las situaciones concretas de los usuarios del programa. Es importante no tratar de aplicar modelos preestablecidos, sino adaptarla a las personas y sus contextos.
- La metodología debe ser flexible: esto quiere decir que debemos de considerar diferentes métodos y elegir los más adecuados a cada momento.
- La planificación de los momentos de evaluación y sus resultados, debe ser minuciosamente estudiada. El factor tiempo es muy importante. Una evaluación puede no ser útil si el tiempo que pasa entre la formulación del preguntas evaluativas y su contestación no es el adecuado.
- También debe tener en cuenta la sensibilización social, es decir, todos los sectores implicados, junto con los intereses y razones que tiene para la evaluación.
- La creatividad en la recogida de información y en la resolución de situaciones de evaluación requiere, en muchos casos, escoger la opción más adecuada y eficiente.
- El proceso evaluativo debe ser continuo, ya que los resultados son utilizados para la mejora y cambio en los programas.
- Ha de ser realista, en cuanto a que debe estar ajustada al tiempo y a los recursos que se posean. Siempre hay que dar prioridad a los aspectos más relevantes para nuestro trabajo.
- Un aspecto necesario, es la participación de todos los sectores implicados en el proyecto o programa en los momentos de evaluación establecidos.

Funciones que desempeña

Función diagnóstica. Esta función es propia de la evaluación inicial, aunque no exclusiva. El diagnóstico de los distintos aspectos y elementos de la estructura, proceso y producto de un programa, es la base de adaptación de éste a las características

y exigencias concretas de cada situación, ofreciendo de este modo la posibilidad de tomar medidas correctivas y de recuperación precisas.

Función predictiva. El conocimiento del punto de partida, así como el rendimiento previo demostrado en cualquier situación, junto con las aptitudes de las personas, podrán servir de base para que el evaluador intente predecir o pronosticar rendimientos y posibilidades futuras. Dichas estimaciones predictivas, podrán realizarse intuitiva o técnicamente (utilizando modelos estáticos sencillos sobre ecuaciones de regresión simple o múltiple), pudiendo utilizarlas como base para su orientación. La evaluación debe estar siempre orientada al futuro.

Función orientadora. Esta función debe estar presente en todo el proceso, en su estructura y funcionamiento y, en todos los elementos de la planificación, tecnología recursos, etc., a través de la retroalimentación de la información conseguida.

La evaluación no puede ser solo diagnóstica y predictiva de limitaciones y ulteriores posibilidades y rendimientos. Si de hecho descubre limitaciones y posibilidades, permitirá tomar decisiones de ayuda y favorecerá que el individuo las tome por sí mismo.

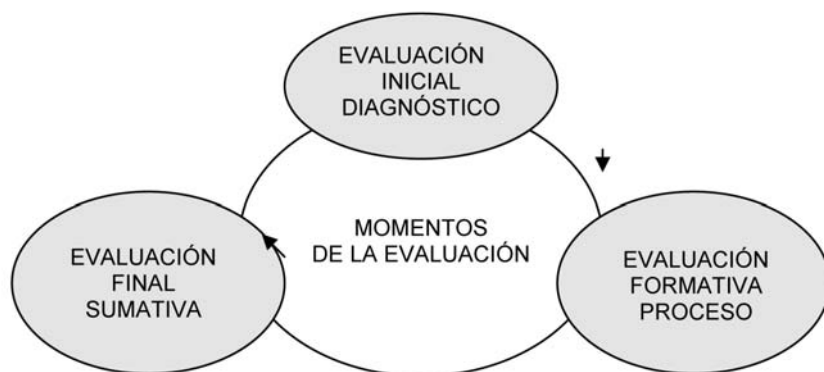
Función de control. Esta función es inherente a la evaluación. La necesidad de conocer en qué medida se logran o no los objetivos previstos en el programa, implica la consideración de la función de control de la evaluación y debe ir unida a las anteriores. Los proyectos y programas de Educación para la Salud se diseñan para ser eficaces en la consecución de sus metas consideradas a priori valiosas desde perspectivas sociales y educativas. Son intervenciones sociales que se orientan a la mejora, bien por la vía de reducir efectos negativos, bien por la de potenciar los logros, o por la de optimizar tiempos y recursos.

■ TIPOS DE EVALUACIÓN

La evaluación, como hemos visto, no es una etapa final en un proyecto, pues debe estar presente desde el inicio hasta el final del mismo, con el fin de ir controlando el logro de los resultados, las lagunas existentes en el proceso, los aspectos no previstos que se presentan en la aplicación del programa, la adecuación o inadecuación de las actividades, etc. Al plantearnos la evaluación en sentido amplio nos vemos obligados a contemplar todo un conjunto de aspectos implicados: aspectos de entrada, de proceso y de productos.

Cada momento de evaluación requiere una orientación diferente, según la etapa en que nos encontremos: inicio, desarrollo, o al acabar el proceso. La evaluación en cada uno de estos momentos, puede tener sentido por sí mismo, pero cuando cobra todo su valor es al formar un todo unitario, coherente e integrado.

A continuación nos referiremos a la evaluación inicial o de diagnóstico, a la formativa o de proceso y a la final o sumativa.



Evaluación inicial o de diagnóstico

Planificar de forma efectiva el proyecto o programa de Educación para la Salud, supone conocer al grupo de usuarios, sus características personales y el medio en el que se desenvuelven. Así como los conocimientos previos que tienen sobre el problema a solucionar. Esta evaluación inicial nos informará sobre las ideas, experiencias y valores ya adquiridos para poder tomar decisiones sobre el tipo y nivel de intervención que conviene aplicar. En consecuencia, nos permitirá saber el punto de partida de los usuarios, información que nos ayudará a ajustar el proceso de aprendizaje significativo.

También ha de servir para evaluar el contexto, pues no podemos olvidar el carácter dinámico de este y su influencia en las decisiones que el profesional de Educación para la Salud debe tomar, situándose en un marco capaz de explicar la realidad, los problemas y compromisos con la mejora. Este tipo de evaluación requiere la aplicación de estrategias y técnicas diversas que permitan alcanzar toda esta información antes de plantear la intervención de un proyecto o programa.

En la evaluación inicial se debe tener en cuenta: las causas que propiciaron la necesidad y las vías para su superación; el grupo de personas en términos de cantidad y calidad; consecuencias que presenta el problema a los afectados; el perfil de los participantes y la posibilidad de solución y control.

Evaluación formativa o de proceso

La evaluación formativa en Educación para la Salud se orienta hacia el seguimiento continuo del progreso de los usuarios del programa. Es fundamentalmente

cualitativa, por lo que la información se obtendrá, mediante instrumentos como: registros, escalas, observaciones sistemáticas, pruebas de diversos tipos, producciones personales o de equipo, etc., alejándose de la perspectiva cuantitativa. Como afirma López-Barajas (1998:167) "La evaluación formativa, por el contrario, premia más los esfuerzos que los logros, advierte de la importancia de la evaluación inicial o de diagnóstico, como supuesto para una expectativa de éxito. La evaluación formativa identifica, primariamente, necesidades, intereses, potencialidades; y cuando de carencias se trate establece ayudas inmediatas y oportunas. Su finalidad es informar respecto de qué aprenderse y que necesita fijarse. Cuando la retroinformación es adecuada —a los procesos correctivos— se ayuda positivamente al aprendizaje significativo del discente o usuario". Desde este enfoque, la tarea evaluadora se convierte en un pilar importante de la planificación y la intervención.

Consiste en ir evaluando el proceso, las pautas y el camino que se está siguiendo para alcanzar los objetivos. Debemos prestar especial atención a la capacidad del proyecto para modificar la situación problema con la que estamos trabajando.

Cembranos, Montesino y Bustelo (1997: 191) consideran que *"Se puede realizar a través de distintos "puntos de control" y tiene una función de retroalimentación, de ofrecer información que permita mejorar y refinar el diseño y la ejecución del programa. Esta información, además, puede ser útil posteriormente cuando se evalúen los resultados. Así, este tipo de evaluación de proceso pretende ir ajustándose mejor a la realidad y a los destinatarios a los que se dirige"*.

Este tipo de evaluación se debe prestar atención a:

- La observación del desarrollo de las actividades realizadas en el proyecto.
- El análisis de las mismas.
- La aplicación de pruebas de diagnóstico para resalta los puntos fuertes y débiles del desarrollo del proyecto.

Evaluación final o sumativa

La evaluación final nos permite saber si se han conseguido o no, y hasta qué punto, los objetivos previstos en el proyecto o programa. Se trata de evaluar el producto final de la intervención a partir del conocimiento de los resultados. Nos ofrece una información relevante que nos permite averiguar la validez del proceso seguido y la situación en que se encuentra cada usuario con respecto a la consecución de los objetivos previstos, contando con su ritmo de aprendizaje.

Se aplica al final del proceso de intervención del proyecto. Es un resumen en el que se reflejan todos los aspectos que nos proporcionan la evaluación inicial y la de proceso. Esta evaluación debe permitir, valorar el impacto en los participantes

traducidos en indicadores relevantes que nos proporcionen una información objetiva y veraz.

En síntesis podríamos decir que la evaluación es considerada como un elemento integrante en el proceso de desarrollo del proyecto o programa, constituye la piedra angular para conseguir los cambios y mejoras sustanciales que perseguimos en nuestro trabajo.

■ PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Una vez analizadas las bases que lleva consigo un planteamiento metodológico de la evaluación, el sentido que actualmente posee y las características, los objetivos y funciones que debe cumplir, vamos a presentar un diseño de evaluación de programas en Educación para la Salud que creemos servirá para concretar este proceso.

La propuesta metodológica se basa en la evaluación formativa que implica un seguimiento continuo del programa. Debe estar integrada en el proceso de planificación y desarrollo del programa, y su función es ofrecer una retroalimentación que informe constantemente de los aspectos de éste que necesitan un nuevo planteamiento.

Son tres los momentos de evaluación, y cada uno de ellos posee una orientación y una función distinta dentro de ella. Como ya hemos señalado, en un primer momento, antes de comenzar con el proceso de desarrollo, corresponde realizar una evaluación inicial o de diagnóstico. Durante el desarrollo del programa conviene desarrollar una evaluación formativa, y al final del programa una evaluación final.

Evaluación inicial o de diagnóstico. Como hemos indicado anteriormente, es la primera evaluación que debemos plantearnos, dado que el éxito del programa depende de la eficacia y concreción con que se analice la situación considerada como problema. Implica un reconocimiento profundo del contexto mismo donde tienen lugar los síntomas o signos reales que nos ponen de relieve la situación que nos interesa diagnosticar.

Se debe evaluar:

- Si el diagnóstico basado en el análisis de la realidad del proyecto o programa es o no operativo y si se ha precisado con claridad.
- La situación problemática, las causas que le han originado y las vías para su superación.
- El modo en que el problema es percibido por los propios sujetos que los padecen y por las personas que les rodean.
- Si se han definido de forma concreta y clara el perfil de los beneficiarios del proyecto o programa, sus características socioculturales y las de su entorno.

- Las consecuencias que presenta la problemática a los afectados.
- La viabilidad de la solución, control o mejora.

Evaluación de proceso. A lo largo del desarrollo del proyecto o programa de Educación para la Salud, debemos ir evaluando cada intervención que se lleva a cabo, las pautas y el camino que se está siguiendo para alcanzar los objetivos previstos. Debemos obtener datos que nos informen sobre la capacidad del mismo para modificar la situación que pretendemos mejorar.

La evaluación, como venimos indicando, debe estar integrada en el proceso de tal manera que nos ofrezca en todo momento una información ordenada, relevante, fiable, válida y a tiempo, con el fin de emitir un juicio de valor sobre la calidad de este. Esta información llevará a una toma de decisiones en relación con la acción a seguir. Entre la información y la decisión está la evaluación que nunca se debe confundir con la segunda, sino que debe ser su soporte.

Para llevar a cabo la evaluación del proceso es pertinente:

- La observación sistemática del desarrollo de las actividades del programa.
- El análisis minucioso de las mismas.
- La aplicación de técnicas de diagnóstico que pongan de relieve los puntos fuertes y débiles de su desarrollo.

Se trata de estar siempre atentos con el fin de intentar corregir cualquier desajuste que se pueda producir en el desarrollo del programa. También supone una invitación continua a la reflexión y valoración del mismo.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la evaluación de proceso es la valoración de los recursos técnicos o metodológicos que orientan las actividades. En cuanto a la metodología se refiere, debemos evaluar:

- Si la metodología que se lleva a cabo ayuda a resolver los problemas y las posibilidades reales que poseen para alcanzar los objetivos.
- Si se han definido con claridad, tanto la metodología como las tareas, técnicas y procedimientos de actuación.
- La pertinencia de las actividades.
- El ritmo de desarrollo de las mismas, teniendo en cuenta el de aprendizaje de los usuarios.
- Si la planificación se ha realizado de forma reflexiva o por el contrario se ha aplicado las primeras técnicas e instrumentos de carácter social que teníamos a mano.
- Si son adecuadas las actividades en relación con los distintos aspectos del diseño del programa.

- Si es imprescindible introducir cambios en la metodología para obtener mejores resultados.
- El respaldo que tiene el programa por parte de los usuarios, la institución ejecutora y en las entidades sociales que lo subvenciona.

En definitiva, los datos que nos proporciona este tipo de evaluación, nos deben informar, tanto de los progresos y avances, como de los desajustes y vicisitudes del proceso de desarrollo del programa.

Evaluación final. Esta evaluación se aplica al final del proceso o periodo de realización de un programa. Implica la elaboración de una síntesis que se logra conjugando todos los elementos proporcionados por la evaluación inicial y de proceso, para llegar a la formulación global en que se ponga de manifiesto si se han conseguido o no los objetivos del programa y en qué medida. Hay que analizar los resultados que se han alcanzado y sus efectos en los usuarios. Es importante explicarlos a través de indicadores que ofrezcan una información relevante y objetiva. En este sentido conviene evaluar:

- Los efectos positivos y negativos producidos por el programa
- Las necesidades reales cubiertas por el grupo de incidencia.
- En que medida se han logrado los objetivos.
- Los resultados inesperados.
- La relación entre los efectos a corto, medio y largo plazo.
- La relación coste-beneficio del programa.
- Si funcionaron los profesionales como se tenía previsto.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Abarca Ponce MP. *La evaluación de programas educativos*. Madrid. Escuela Española. 1989.
- Aguilar MD, Ander-Egg E. *Diagnóstico social. Concepto y metodología*. Buenos Aires. Instituto de Ciencias Aplicadas. 1999.
- Ander-Egg E. *Metodologías de Acción Social*. Buenos Aires. Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas. 1997.
- Ander-Egg E. *Cómo hacer un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires. Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas. 1997.
- Anguera MT. *Metodología de la observación en las Ciencias Humanas*. Madrid. Cátedra. 1992.
- Ausubel DP. *Psicología educativa*. México. Ed. Trillas. 1976.
- Bartolomé M. *Concepción metodológica de la educación popular*. Madrid. Eje Cultural. 1989.

- Blanco F. *Evaluación educativa: Marco, concepto, diseño*. Salamanca. Cervantes. 1990.
- Bolívar A. *Los contenidos actitudinales en el currículo de la Reforma*. Madrid. Escuela Española.
- Boprich GD. *Evaluation educational programs and products*. New Jersey. Educat. Technology publ., 1974.
- Cabrera F, Espin J. *Medición y evaluación educativa*. Barcelona. PPU. 1986.
- Cembranos et al. *La animación Sociocultural: Una propuesta metodológica*. Madrid. Editorial Popular. 1998.
- Clifton B. Ch, Nelson Rivera Y. *Evaluación formativa para el docente*. Barcelona. Paidós Educador. 1991.
- Collado M. La Animación Sociocultural como educación no formal. En: Quintana, JM (ed.). *Fundamentos de Animación Sociocultural*. Madrid. Narcea. 1986.
- Cook TD, Richardt ChS. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid. Morata. 1986.
- Delors J. *La educación encierra un tesoro*. Madrid. Informe Unesco sobre Educación. 1997.
- Edwards AL. *Techniques of attitude scales Construction*. New York. Appleton Century Croffs. N. 1957.
- Espinoza Vergar M. *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires. Humanitas. 1986
- Espinoza Vergar M. *Programación. Manual para trabajadores sociales*. Buenos Aires. Humanitas. 1988.
- Forni E. *Formulación y evaluación de proyectos de Acción Social*. Buenos Aires. Humanitas. 1988.
- Gervilla A. *Proyecto educativo de carácter curricular*. Madrid. Magisterio. 1988.
- Gutiérrez FN. *Pedagogía de la comunicación en la Educación Popular*. Madrid. Popular. 1993.
- Lafourcade PD. *Evaluación de los aprendizajes en la enseñanza*. México. Pax-México. 1972.
- López-Barajas E, Perea R. *El proyecto pedagógico-didáctico*, Madrid. UNED. 1988.
- López-Barajas E. *Fundamentos de metodología científica*. Madrid. UNED. 1998.
- López-Barajas E. *Las historias de vida y la investigación biográfica. Fundamentos y Metodología*. Madrid. UNED. 1996.
- López-Barajas E. Planificación y evaluación de proyectos y programas para la resolución de problemas de salud. En: *Educación para la Salud*. Madrid. UNED. FUE. 1998
- Mager RF. *Análisis de metas*. México. Ed. Trillas, 1973.
- Marchioni M. *Planificación social y organización de la comunidad*. Madrid. Popular. 1989.
- Marín Ibáñez R. *Pedagogía social y sociología de la educación*. Madrid. UNED. 1984.
- Martinell Sempere A. Elaboración de proyectos y programas en animación sociocultural. En: Trilla J (ed.). *Animación sociocultural. Teorías. Programas y ámbitos*. Barcelona. Ariel Educación. 1997.
- Millán Pueyes A. *La formación de la personalidad humana*. Madrid. Rialp. 1969.
- Núñez C. *Educación para transformar, transformar para educar*. Lima. Tarea. 1986.
- Pérez Juste R. *El modelo evaluativo de la reforma educativa*. Madrid. UNED. 1997.

- Pérez Serrano G. *Animación Sociocultural IV. Técnicas de trabajo e investigación en Animación sociocultural*. Madrid. UNED. 1997.
- Pérez Serrano G. *Elaboración de proyectos sociales. Casos prácticos*. Madrid. Ed. Narcea. 1993.
- Petersen WH. *La enseñanza por objetivos de aprendizaje*. Madrid. Santillana. 1976.
- Pérez Juste R. *El modelo evaluativo de la reforma educativa*. Madrid. UNED. 1997
- Quintana Cabanas JM. *Fundamentos de animación sociocultural*. Madrid. Narcea. 1986.
- Quintana Cabanas JM. *Investigación participativa. Educación de adultos*. Madrid. Narcea, 1986.
- Quintana Cabanas JM JM. *Fundamentos de Animación Sociocultural*. Madrid. Narcea. 1986.
- Richmond ME. *Social diagnosis*. New York. The Free Press. Russell Sage Fundation. 1917.
- Rochón A. *Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona. Masson. 1991.
- Rodríguez Dieguez JL. La evaluación. Concepto y tipos. En: Medina Rivilla *et al.* (eds.) *Evaluación de procesos y resultados del aprendizaje de los estudiantes*. Madrid. UNED. 1998.
- Rogers C. *Libertad y creatividad en educación*. México. Paidós. 1983.
- San Martín H. *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid. Díaz de Santos. 1988.
- Sarrate ML. *Educación de adultos. Evaluación de centros y de experiencias*. Madrid. Narcea. 1997.
- Savater R. *El valor de educar*. Madrid. Ariel. 1997.
- Serrano González J. *Educación para la Salud y participación comunitaria*. Madrid. Díaz de Santos, 1990.
- Shaw M. *Dinámica de grupos*. Barcelona. Herder, 1983.
- Stufflebeam DL, Shinkfiield AJ. *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Madrid. Paidós/MEC. 1989.
- Stufflebeam D. *Educational evaluation and decision malking*. Phi Delta Kappa National Study Committee of Evaluation. Itasc, a I.F.E. Peacock. 1971.
- Trilla J. *Animación sociocultural. Teorías programas y ámbitos*. Barcelona. Ed. Ariel. 1997
- Tyler R. *Construting achievement Test*. Columues. OH. Ohio State University. 1974.
- Walton J. *Diseño y organización del programa*. Madrid. Anaya, 1980.
- Weiss CH. *Investigación evaluativa*. México. Trillas. 1975.
- Wittrock MC. *La investigación de la enseñanza*. I, II, III, Barcelona. Paidós. 1989.
- Zabalza Beraza MA. Evaluación de actitudes y valores. En: *Evaluación de los procesos y resultados del aprendizaje en los estudiantes*. Madrid. UNED. 1998.

Técnicas grupales

M^a Ángeles Hernando Sanz

INTRODUCCIÓN. LAS TÉCNICAS DE GRUPO Y SU UTILIZACIÓN. TÉCNICAS PARA LA FORMACIÓN DEL GRUPO. TÉCNICAS PARA ESTIMULAR LA PARTICIPACIÓN. TÉCNICAS PARA AFRONTAR LOS PROBLEMAS. TÉCNICAS PARA GENERAR CONSENSO. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

Trabajar en equipo favorece el impulso de ideas innovadoras y permite al grupo desenvolverse con vida propia e integrada, por lo que podemos decir que es fuente generadora de desarrollo. En este sentido, es importante resaltar que para que un equipo funcione de forma efectiva es importante conocer y aplicar distintas técnicas y estrategias. En definitiva, las técnicas de grupo juegan una función importante en el proceso de formación, desarrollo y cohesión de éste.

Las técnicas grupales son herramientas metodológicas que se ponen en práctica mediante la planificación ordenada de una serie de actividades cuyo objetivo es aportar soluciones a los problemas de los individuos mediante la participación activa en el proceso. Dichas técnicas varían según su finalidad, contexto y las características del grupo.

Para aplicarlas se necesita conocer algunos aspectos que servirán para elegir correctamente, la técnica más adecuada. Se deberán tener en cuenta los objetivos que se persiguen, la madurez y entrenamiento del grupo, el tamaño, el ambiente físico y las características de los integrantes y el entrenamiento del profesional que las debe aplicar.

■ LAS TÉCNICAS DE GRUPO Y SU UTILIZACIÓN

Estas técnicas son procedimientos sistematizados que se emplean para organizar y desarrollar la actividad del grupo. Considerado como una forma de asociación humana que comparte intereses y cultura, siendo estos aspectos la base para el desarrollo de procesos formativos en los cuales el aprendizaje tiene un papel central como fuente generadora de conocimientos.

Estas técnicas tienen como objetivo comunicarse e interrelacionarse para favorecer mejores relaciones humanas. Es importante subrayar que no todas las técnicas sirven para todos los objetivos, ni pueden realizarse en todos los contextos y por supuesto, son solo un medio, nunca un fin en sí mismas.

Cabe destacar también, que otorgan estructura al grupo, suponen una base de organización que facilita que el grupo funcione como tal, esta es la razón por la cual es necesario conocer y utilizar las técnicas más adecuadas. Como hemos indicado anteriormente la eficacia de estas técnicas grupales depende, en buena medida, de la habilidad del profesional de quien las aplica y de su espíritu creador.

Elección de la técnica adecuada

Seleccionar y elegir la técnica adecuada corresponde al coordinador o profesional de educación para la salud que lleva al grupo. Las distintas técnicas poseen características diferentes que las hacen aptas para determinados grupos en distintos momentos y contextos. En todo caso, seleccionar la más conveniente implica tomar en consideración los siguientes aspectos.

- *Los objetivos.* La elección de la técnica varía según los objetivos que se persigan, por ello debe hacerse siempre después de definirlos ya que estos son determinantes para el éxito del proceso.
- *La madurez y el entendimiento del grupo.* Las técnicas difieren en su complejidad, algunas son aceptadas por el grupo y otras provocan, sobre todo al principio, ciertas resistencias por su novedad, por ser ajenas a los hábitos y costumbres adquiridas por los miembros que integran éste. Para los grupos nuevos, no experimentados en la actividad grupal, convendrá seleccionar aquellas técnicas más simples, más acordes con la edad y las experiencias de los participantes.
- *Tamaño del grupo.* El grupo se comporta, en gran medida, por el número de personas que lo integran. En los grupos pequeños se da una mayor cohesión e interacción y existe más confianza, llegándose más rápidamente al consenso. Por el contrario, en los grupos grandes, al tener un mayor abanico de características, no se da fácilmente la cohesión e interacción. Normalmente los gru-

pos grandes se dividen en subgrupos, por lo que el coordinador necesita una mayor capacidad y experiencia para elegir la técnica y orientar le proceso.

- *Ambiente físico y temporal.* Es importante tener en cuenta la situación real del espacio y del tiempo, ya que algunas técnicas requieren un local amplio que favorezca la actuación de un grupo numeroso o el trabajo paralelo de varios grupos pequeños. La puesta en práctica de algunas técnicas lleva más tiempo que otras y el tamaño influye en la duración en ésta.
- *Características de los miembros.* Las diferencias entre los grupos están determinadas por las edades de sus componentes, nivel de instrucción, intereses, expectativas, actitud y experiencia. Las técnicas deben respetar estos niveles para que la experiencia resulte gratificante.
- *Formación del coordinador o profesional que las va a aplicar.* Para que la aplicación sea un éxito se requiere que la persona que las va a llevar a cabo, posea el entrenamiento y la experiencia necesaria en cada caso concreto, habiendo analizado, con anterioridad, cada una de ellas.

Normas generales para su uso

Cada técnica posee sus propias reglas, derivadas de su naturaleza, pero existen algunas que afectan al funcionamiento general, que tienen su origen en la dinámica de grupos y que son las siguientes:

- Antes de poner en práctica una técnica debe conocerse su teoría, estructura, dinámica, posibilidades y riesgo.
- Es importante que el coordinador siga, en la medida de lo posible, el procedimiento indicado en cada caso concreto. Únicamente, si este posee suficiente experiencia, podrá realizar adaptaciones y cambios justificados por las circunstancias y contextos.
- Se deben aplicar con un objetivo claro y bien definido. El grupo no debe trabajar para usar una técnica, sino por un interés común de conseguir un objetivo y que ésta sirva de instrumento.
- Las técnicas de grupo necesitan de una atmósfera cordial, distendida y democrática. La actitud de cooperación de sus miembros favorecerá la consecución de los objetivos. Un clima autoritario y de competición es negativo para alcanzar el éxito.
- La participación activa de todos los miembros, así como la toma de conciencia de que el grupo existe en y por ellos mismos, es importante para que el grupo funcione como tal. Este sentido de pertenencia al grupo hace pasar del individualismo al trabajar juntos para alcanzar un fin.

- Las técnicas de grupo llevan implícitas los siguientes aspectos: desarrollan el sentimiento de "nosotros"; ayudan a pensar activamente; desarrollan capacidades de cooperación, responsabilidad, creación; escuchar activa y compresiva; establecen sentimientos de seguridad venciendo los temores; incrementan las relaciones interpersonales, favoreciendo el desarrollo social de la persona.

En la Tabla 12.1 expresamos de forma resumida lo que el profesional que las va a aplicar, debe tener en cuenta.

Tabla 12.1. Aspectos a tener en cuenta por el coordinador.

Conocer los procesos de formación y desarrollo de los grupos, además de las técnicas, ventajas e inconvenientes.
Tener en cuenta que las técnicas solo son recursos que ayudan a impulsar y motivar al grupo para conseguir un trabajo relajado y creativo.
Aplicarlas en función de sus objetivos, nunca aplicar la técnica por la técnica. Las técnicas son eficaces si el coordinador tiene una gran preparación para aplicarlas.
El coordinador debe conducir al grupo no solo a la realización de la técnica sino a disfrutarla en sí misma, estableciendo un clima propicio para su desarrollo.

Inconvenientes y obstaculizadores para el trabajo en grupo

El primer inconveniente es la falta de metas: deben estar claros los objetivos para todos los miembros del grupo de trabajo, de lo contrario, el equipo no tendrá una visión clara e integrada del tema o problema a tratar.

Tratar el problema en abstracto, independientemente de la situación real es otro de los obstáculos para encontrar enfoque exacto del problema y como consecuencia, tomar una decisión errónea. Se deben analizar todas las causas que rodean la situación a la que se pretende dar una solución.

Se debe contar con el tiempo suficiente para consolidar el grupo y que funcione como tal, hasta que esto no esté conseguido, es importante que el coordinador ejerza de líder y procure evitar conflictos, sobre todo los referentes a las normas generales de funcionamiento.

Otro inconveniente puede ser causado por la incomunicación, es decir, la ausencia de canales adecuados que faciliten el entendimiento entre los participantes y el coordinador. Este problema puede aumentar la rumorología, el individualismo y el aislamiento.

La falta de transparencia de las informaciones que se trasmite al grupo de trabajo puede llevar a la falta de implicación y desmotivación de sus miembros.

La aparición de conflictos personales. Esto puede ser producido por la falta de comunicación entre sus miembros o la inadecuada conducción del grupo por parte del coordinador.

El trabajo en equipo necesita de una perspectiva global de cada miembro que evite que se centren en sí mismo. Esto puede llevar a la ruptura del grupo provocada por un exceso de individualismos.

■ TÉCNICAS PARA LA FORMACIÓN DEL GRUPO

Las técnicas para la formación y desarrollo del grupo son útiles para que éste comience su andadura como tal. Están encaminadas a desarrollar aspectos como facilitar la comunicación interpersonal y grupal, favoreciendo una mayor interacción e integración del grupo. Así como fomentar unas relaciones que tengan como base el respeto mutuo. Favorece la aceptación los objetivos elaborados por el propio grupo, partiendo de los que cada uno posee y favorece el desarrollo y la implicación de los miembros del grupo en una tarea común.

Técnica de las parejas rotativas

El conocimiento mutuo de las personas que integran del grupo, siempre es un primer paso imprescindible para afrontar la consecución de los objetivos.

Con esta técnica se favorece la creación de un clima de comunicación e integración, especialmente en las primeras reuniones. Permite, a partir del conocimiento de ciertos datos de los demás, hablar de otros aspectos con más facilidad, desvanecer tensiones iniciales y crear un ambiente relajado y desinhibido para que los integrantes que quieran, puedan darse a conocer más a fondo.

Facilita el intercambio de ideas e informaciones entre los miembros del grupo, acerca del problema que se ha suscitado o que vaya a ser debatido. Resulta de gran utilidad para despertar el interés sobre un tema y proponer las ideas que surjan en torno a él.

El *objetivo* es lograr una mejor interacción del grupo. Para que esto suceda, es imprescindible crear un clima de confianza y que mejor que empezar por compartir algunos datos personales como el nombre, gustos o proyectos futuros.

El coordinador se presenta de una forma breve diciendo su nombre y algunas informaciones básicas, invitando a continuación a los presentes a hacer lo mismo. Esta presentación a una mayor presencia a cada miembro, resalta su valor individual y su dignidad como persona.

Para comenzar, se entrega a cada componente del grupo una ficha y un lápiz. Se les indica que escriban el nombre por el que les gustaría que les llamase en el grupo. En la parte superior derecha, deben escribir dos adjetivos que a su juicio, les describan; en la superior izquierda, deben escribir palabras que expresen lo que les gustaría hacer. En la inferior deben escribir un proyecto de futuro.

A continuación, el coordinador de la técnica puede proponer un tema general, e invitar a que se reflexione sobre él y se escriba en la tarjeta los aspectos que, desde el punto de vista individual, deben ser tratados después en el grupo.

El proceso de desarrollo de la técnica es el siguiente:

1. Se les indica que deben numerarse y colocarse en círculo.
2. Los números impares forman un círculo concéntrico, interno, formando pareja cada uno de ellos con el número par siguiente del círculo externo. Es decir el 1 con 2, el 3 con 4, etc.
3. Las parejas se sientan frente a frente. Los del círculo exterior, mirando hacia el interior y viceversa.
4. Cada pareja dialoga, para intercambiarse información y contrastar ideas durante un tiempo no superior a cinco minutos (el tiempo irá en función del tamaño del grupo, el objetivo y el tiempo del que se disponga).
5. Cada cinco minutos, y a una señal previamente establecida, los miembros del círculo externo avanzan un puesto. Así sucesivamente hasta completar la vuelta.
6. La nueva pareja dialoga durante cinco minutos.
7. Una vez completada la vuelta, se forma un gran círculo entre todos y se pasa a evaluar el ejercicio. Es importante que los participantes puedan decir libremente sus impresiones.

En esta técnica, se debe tener en cuenta que si las personas no están acostumbradas a trabajar en grupo, será conveniente que las sillas estén previamente colocadas antes de su llegada. Por otra parte, conviene que la técnica esté dibujada, con anterioridad, en la pizarra o cartel. El coordinador no debe preocuparse por que al principio exista un clima de poca seriedad o desconfianza, ya que las personas no tardan mucho en orientarse debidamente. No debemos dilatar el tiempo aunque los participantes se lamenten de la brevedad de éste, podríamos provocar cansancio.

Grupo de formación (*training group*)

Es una técnica no directiva que tiene como objetivo favorecer la autonomía y el perfeccionamiento de la persona. Se trata de grupos pequeños y un coordinador. Se reúnen de forma regular durante el tiempo establecido con anterioridad la diferencia

con otros grupos es que este no tiene otra finalidad que la de convertirse en grupo, es decir, aprender a ser un grupo con todas sus implicaciones. Los participantes no se conocen con anterioridad y no poseen más que sus propios recursos.

Con este planteamiento, el grupo se encuentra con todas las dificultades de cualquier organización o comunidad nueva. No hay, a priori, ni reglas ni estructuras, esto dificulta la toma de una simple decisión para resolver cualquier problema por pequeño que éste sea. Todo está por establecer, se necesita fijar unas metas y unos procedimientos para conseguirlos, pero todo esto no pueden hacerlo sin antes conocerse. En consecuencia, es un aprendizaje de cómo ser y funcionar como grupo.

A medida que pasa el tiempo y resuelven sus problemas, las personas participantes, pasan por momentos de tensión y frustración, ello es debido a las luchas que se originan por alcanzar el rol que cada uno ansía, por los niveles de competencia o por la participación en sí misma. Todo ello debe ser resuelto de forma positiva por el coordinador para que el grupo salga adelante.

Es importante subrayar que esta técnica además de facilitar el aprendizaje del funcionamiento como grupo, los participantes, en un clima de libertad, son aceptados por los otros y experimentan nuevas conductas que pueden serles útiles para desenvolverse en otras situaciones similares. Está especialmente indicada para la formación de grupos que no tienen experiencia en comportamientos adecuados para formar parte de ellos.

Técnica de las *tres r*

Esta técnica puede demostrar que el conflicto tiene solución, sobre todo cuando no se sabe exactamente qué es lo que le ha provocado o es inesperado. *Su objetivo* es desarrollar actitudes tendentes a la solución de problemas mediante la comunicación, confianza, escucha del punto de vista contrario y deseo de superación, sobre todo para que se resuelva sin vencedores ni vencidos.

El proceso es el siguiente:

- *Resentimiento*. En primer lugar una de las partes expresa lo que le hace sentirse a disgusto. La parte contraria escucha sin interrumpir. A continuación se invierten los papeles.
- *Requerimiento*. Este paso consiste en que cada grupo o persona solicita al otro algo que podría hacer y que le ayudaría a sentirse mejor y a solucionar el problema.
- *Reconocimiento*. Es el paso final en que el coordinador debe evitar planteamientos de vencedores y vencidos y consta de dos partes:
 - Cada una de las partes indica que solicitud estaría dispuesta a cumplir, si con ello contribuye a la solución del conflicto.

- Por otro lado, cada parte debe expresar cuáles son las cualidades positivas que valora de la otra parte, sin tener en cuenta el conflicto.

La aportación de esta técnica a la hora de solucionar conflictos entre los componentes de grupo, puede ser de gran valor en un momento determinado del trabajo en equipo. El desarrollo de los grupos pasa por momentos difíciles y la consecución de los objetivos puede ponerse en peligro. El coordinador debe prever estas situaciones y poner en marcha estrategias que lleven al grupo a su total normalidad.

■ TÉCNICAS PARA ESTIMULAR LA PARTICIPACIÓN

La participación activa de los componentes de un grupo es una estrategia que facilita el desarrollo de un clima de confianza y favorece la convivencia, despertando en los participantes el interés por el trabajo en grupo y ayudando a compartir conocimientos.

Son técnicas apropiadas para estimular y dar participación a los miembros más tímidos que tienen dificultades para intervenir y expresar sus opiniones en el grupo. Son útiles cuando el grupo se está formando y en la elaboración de los objetivos, ya que favorece que todos los miembros participen en esta tarea y sean conscientes del funcionamiento como grupo.

Discusión dirigida

Esta técnica consiste en un intercambio de opiniones o ideas entre los integrantes del grupo que, a priori, han trabajado sobre un tema o problema que es susceptible de analizarse desde distintas ópticas. Es apropiada para grupos de no más de veinticinco personas.

El *objetivo* de esta técnica se centra en analizar, con profundidad, todos los aspectos implicados en el asunto a tratar, con un sentido crítico, estimular la comunicación entre los participantes y aprender a trabajar en equipo de una forma tolerante.

El proceso es el siguiente:

- Con anterioridad a la puesta en marcha de la técnica, el coordinador establecerá el tema a tratar de acuerdo con los intereses del grupo y se confeccionará una información con todos los datos pertinentes para que pueda ser utilizada por los participantes. Además, se les facilitará una ficha con una serie de preguntas preparadas para comenzar y guiar la discusión, junto con la fecha de celebración.
- El proceso de esta técnica facilitará la participación, ya que el profesional que la conduce debe pedir sus opiniones, concediendo los turnos de palabra

y permitiendo hacer preguntas para que se aclaren todas las inquietudes que vayan surgiendo. Cuando el coordinador considere que los comentarios se van agotando, realizará un resumen de lo expuesto, para terminar con una visión de conjunto, siendo totalmente imparcial, es decir, sin dar más valor a unas u otras ideas.

Phillips 6/6

El creador de esta técnica fue Donald Phillips, del Michigan State College, y se caracteriza por que seis personas discuten un tema durante seis minutos, con objeto de facilitar una discusión y con el *objetivo* de analizar un problema a partir de una serie de preguntas. Permite ampliar la comunicación y la participación de los componentes del grupo. Es apropiada para grupos grandes de más de veinte personas. Los objetivos que persigue son:

- Favorecer la participación activa de todas las personas participantes, por muy numerosas que sean.
- Recabar las opiniones de todos los que integran el grupo en un tiempo mínimo, y desbloquear situaciones de punto muerto.
- Llegar a la toma de decisiones a través de un gran número de puntos de vista a cerca del problema que se analiza.

El gran grupo se divide en otros más pequeños de seis personas. El tema o problema por discutir puede ser previsto o bien surgir dentro del desarrollo de una reunión del grupo. La técnica es sencilla de aplicar y su proceso es el siguiente.

- Comienza en el momento que el coordinador formula el tema y explica a los integrantes cómo han de formar los grupos de seis, así como el planteamiento de trabajo de cada persona.
- Cada subgrupo debe designar un coordinador y un secretario y una vez hecho esto, el coordinador marca el tiempo de los seis minutos. Un minuto antes de que éste termine, advierte a los subgrupos que pueden realizar el resumen del trabajo realizado.
- Cada coordinador designado es el encargado de controlar el tiempo y permitir que cada miembro exponga sus ideas durante un minuto. El secretario anotará las conclusiones.
- A continuación, cada secretario llevará sus conclusiones al grupo grande y el coordinador las anotará en una pizarra en presencia de todos, de forma que sea posible extraer las conclusiones generales pertinentes.

Esta técnica favorece del desarrollo de la capacidad de síntesis y concentración y ayuda a superar las inhibiciones para hablar delante de los demás. Estimula el sentido de la responsabilidad, permitiendo una participación democrática entre los componentes del grupo.

El grupo de discusión

Esta técnica se adapta a un grupo reducido de personas que participan activamente en un proceso de intercambio de opiniones e ideas, sobre un tema o problema, que ha sido seleccionado y definido con anterioridad y que interesa a todos los participantes.

Es útil para alcanzar *objetivos* de aprendizaje orientados a la adquisición de habilidades sociales e intelectuales tales como la reflexión, la comunicación, responsabilidad, colaboración y tolerancia. La interacción es la piedra angular del grupo de discusión.

Una vez definido el tema o problema a tratar y comprendido por todos los participantes, el debate debe centrarse en él y procurar que no se desvíe en ninguna dirección que pueda apartarse del objetivo previsto, que es llegar a conclusiones que permitan tomar decisiones acertadas. Los participantes debe tener características e intereses comunes, para que sea más fácil el intercambio de opiniones. Se aconseja que el grupo de personas que lo conformen sea de 7 a 10.

El proceso es el siguiente:

- En primer lugar se define el problema, que puede ser consensuado por todos los participantes. Debe estar lo suficientemente claro para que la discusión sobre el tema no se desvíe y, a continuación, se delimitan los objetivos con la misma nitidez, ya que son los que orientan el debate.
- Se debe hacer un esfuerzo por llevar a cabo esta técnica de una forma controlada, es decir, marcar un tiempo para cada punto que se ha fijado, de lo contrario, los primeros aspectos a tratar consumirán todo el tiempo del que se dispone. También el espacio físico cuenta, es importante que los participantes no tengan problemas para desarrollar la técnica. La funcionalidad del espacio es un aspecto que favorece la fluidez y la versatilidad de la discusión, por lo que debe ser tenido en cuenta por el coordinador.
- Las normas para el buen funcionamiento de la técnica son imprescindibles: ninguna persona debe monopolizar la discusión, todas ellas deben participar por igual; los participantes deben procurar llevar el debate en un clima distendido y participativo; se debe tener siempre presente el tema de discusión y los objetivos marcados, para no desviarse o terminar hablando de temas que no tienen que ver con el seleccionado.

- Si es un grupo numeroso, se dividirá éste en subgrupos de 6 o 7 personas, las cuáles nombrarán un moderador y secretario que ejercerán sus funciones durante todo el proceso de discusión. El papel del moderador es dirigir el debate, favoreciendo la participación. La persona que asuma el rol de secretario, tiene como tarea tomar nota del sentido general de todas las opciones y de redactar el resumen final.
- El paso siguiente es la introducción del tema o problema por parte del coordinador de la técnica y los objetivos que se pretenden alcanzar, permitiendo a los participantes que expongan sus dudas y pidan aclaraciones sobre ello. A continuación se establece el tiempo del que se va a disponer.
- Para finalizar, se realiza un resumen y unas conclusiones. Se trata de acometer un análisis de lo que se ha dicho en el debate y una recapitulación de los principales puntos que se han tratado para poder extraer las conclusiones que reflejen los principales puntos de vista tratados.

Esta técnica adecuada cuando se necesita incrementar la participación y comprensión de algunos temas o problemas. Así mismo facilita el aprendizaje de cómo intervenir en un debate sobre algún problema de interés común. Desarrolla la capacidad de comunicarse y expresarse de forma coherente. Ayuda a las personas a implicarse, con una actitud crítica y reflexiva.

■ TÉCNICAS PARA AFRONTAR LOS PROBLEMAS

En este apartado hemos incluido técnicas para resolver problemas que los componentes de los grupos tienen en común y que, a través del trabajo en grupo pretenden solucionar. Su objetivo es facilitar la interacción del grupo de personas con el fin de promover y estimular la producción de ideas creativas e innovadoras.

También ofrecemos una técnica muy útil para el coordinador en el caso de que surjan conflictos entre los miembros del grupo. Cuando la participación es amplia se ponen de manifiesto diferentes puntos de vista y posiciones encontradas que son causa de enfrentamientos. Una vez superados, el grupo comienza su maduración y eficacia.

Juego de las clasificaciones y clarificaciones

Esta técnica es utilizada para la orientación del grupo, puede ponerse en práctica en cualquier momento que el coordinador entienda que puede ser útil. También es útil para que las personas se acostumbren a analizar las situaciones y los acontecimientos antes de emitir una valoración. El *objetivo* es reflexionar sobre algún tema de interés común.

El material que se puede utilizar para su realización, son noticias publicadas en periódicos, revistas o cualquier medio escrito. En esta técnica pueden intervenir todos los miembros del grupo, trabajando sobre el mismo material, si este es abundante, pueden clasificarlo y organizarlo.

El desarrollo de la técnica es el siguiente:

- A partir de publicaciones recogidas, se seleccionan las que traten el tema objeto de análisis. A continuación se colocan en dos columnas, una de ellas podría llamarse "beneficios" y otra "inconvenientes". Una vez completadas las columnas, dar al periódico o revista una clasificación del 1 al 5 puntos positivos, según el nivel de "beneficios" que se considere que tiene y, por otra parte, se da del 1 al 5 puntos negativos dependiendo del nivel de "inconvenientes". Esta técnica se puede adaptar también para analizar los programas de televisión o de radio.

Una vez realizado este primer paso de recogida de información, los participantes, a partir del trabajo realizado como equipo, pueden responder a estas preguntas:

- ¿Qué fenómenos me afectan?
- ¿Cómo me influyen?
- ¿Qué aptitudes adopto?
- ¿Cuáles podría o debería adoptar?

Brainstorming

Es una técnica grupal intencionalmente desinhibida, para generar el mayor número posible de ideas creativas. Esto significa que los componentes del grupo deben desarrollar una actitud motivada, pero relajada y exenta de presiones. Dicha actitud logrará liberar las ideas que subyacen en la mente y, allí donde los esfuerzos individuales no consiguen los resultados deseados, una sesión con esta técnica, adecuadamente conducida, favorecerá la creación de ideas originales y logrará liberarlas.

El *brainstorming* parte del principio que afirma que dejando a las personas actuar libremente en un clima relajado e informal, éstas son capaces de expresar sus ideas, por extravagantes que sean, propiciando soluciones brillantes a las situaciones que se pretenden mejorar.

El *objetivo* principal es producir el máximo número de ideas para propiciar el descubrimiento de nuevas soluciones a los problemas planteados. No existe un criterio común acerca de la duración de la sesión. Lo que sí se ha demostrado es que no es conveniente buscar soluciones de "urgencia", pues esto provoca una tensión en el grupo con efectos negativos en el clima de relajación que necesita.

Se han desarrollado distintas opciones metodológicas para la puesta en práctica del *brainstorming*, cada una de ellas está determinada por su aplicación específica a determinados campos de la actividad humana.

Existen unas normas que se deben tener en cuenta para una aplicación correcta:

- No se debe temer a emitir una idea, por atrevida que parezca, pues nunca puede ser criticada.
- Los participantes intervienen de forma rotatoria exponiendo una sola idea.
- Se dan tantas vueltas como sea necesario para que todos los participantes intervengan, puede darse el caso de que un participante no se le ocurra nada cuando le toca el turno, sin embargo puede intervenir en la siguiente vuelta.
- Se trata de buscar ideas nuevas a un problema real, lo más simple posible, y que conozcan todos los integrantes del grupo.
- El coordinador debe centrar el problema y explicar el procedimiento a seguir, las normas que se deben respetar y propiciar un clima distendido y agradable. No debe participar en la discusión y menospreciar ninguna de las ideas que van apareciendo. El desarrollo de esta técnica solo le permite dar pistas para orientar las ideas en un camino determinado, sobre todo si considera que éstas pueden ser una vía aceptable para encontrar la mejor solución.
- Conviene que se haya informado al grupo, con anterioridad, del proceso de la técnica.

El desarrollo del proceso implica los siguientes pasos:

1. El coordinador expone el problema en diez o quince minutos, finalizando con un resumen corto y claro de éste.
2. Antes de comenzar el segundo paso (fase productiva), el coordinador explica cuál será su función, así como lo que se espera de ellos. Es conveniente escribir las reglas en una pizarra o cartel, con objeto de tenerlas presentes a lo largo del proceso: deben exponer todas las ideas que se les ocurran con toda libertad; cuantas más ideas aparezcan en menos tiempo mejor; no se puede criticar ninguna de ellas; se debe escuchar a los compañeros para poder asociar las ideas.
3. La última fase se dedica a seleccionar las ideas surgidas, para ello se recogerán todas en una lista asignándolas un número. El criterio a seguir es quedarse con la mejor, evaluando primero todo lo que ha salido. Se confeccionará un nuevo listado con ellas y se entregará al jurado compuesto por el coordinador y tres o cuatro personas interesadas en el tema que no pertenezcan al grupo que ha realizado la técnica. Teniendo en cuenta los criterios de calidad, ori-

ginalidad, realismo y eficacia, el jurado comienza su trabajo seleccionando las ideas o incluso combinándolas, con el objetivo de conseguir los que se buscaba.

Diagramas de afinidad

Esta técnica es muy útil para organizar la información que se ha reunido en el *brainstorming*. Está diseñada para recopilar hechos e ideas sobre ámbitos que tienen un problema de desorganización. El *diagrama de afinidad* favorece la agrupación de aquellos aspectos que están relacionados con él. Es un proceso creativo que desemboca en un consenso a través de la clasificación que hace el grupo. Es un método en el que los participantes clasifican los conceptos o aspectos del problema en diversas categorías. Se trata de escribir cada aspecto o concepto en una nota *Post it* y pegarla en el tablón. Los participantes mueven u organizan las notas en grupos, basándose sobre todo en las relaciones y asociaciones que estos poseen entre ellos.

Esta técnica de categorización se aplica cuando el problema es complejo y complicado de entender, bien por qué está desorganizado o por qué requiere participación y ayuda de un grupo concreto. El *objetivo* principal es abordar un problema de forma directa o se necesita organizar una serie de datos.

El *diagrama de afinidad* promueve la creatividad de los participantes en todas las fases de su desarrollo. Termina con las barreras de comunicación y facilita las conexiones entre aspectos del tema a tratar.

El proceso es el siguiente:

- El coordinador forma el grupo de personas (de 4 a 6 p.), teniendo en cuenta los niveles de experiencia y variedad de perspectivas de éstas, con el fin de llevar la sesión creativa.
- Una vez formado el grupo de trabajo, se plantea el problema de forma clara y concreta.
- A continuación se debe plantear el objetivo que se quiere conseguir. Debe tener un carácter amplio, neutral, y sobre todo, debe ser comprendido y acordado por todos los participantes.
- Se reúnen las ideas sobre éste, mediante alguna técnica que tenga este objetivo, como por ejemplo el *brainstorming*. Cada una de ellas, una vez desglosadas, se anotarán en una tarjeta *Post it*, en forma de frases independientes con significado propio. También pueden servir los datos que hayamos recogido mediante alguna técnica de observación directa.
- Se pegan las notas en el tablón para que puedan leerse fácilmente.
- Se agrupan las ideas reflejadas en los *Post it*, en varias categorías similares, cuando existe esta similitud se les llama de "afinidad mutua".

- Se busca, de forma consensuada, un nombre a cada grupo que englobe su significado en pocas palabras. En caso de que un *Post it* no encaje en ningún grupo, se crea otro con un nombre apropiado para diferenciarle.
- Se clasifican las tarjetas en grupos de forma intuitiva. Se debe hacer en silencio para evitar influencias entre decisiones. Si algún participante no está de acuerdo con el lugar que ocupa una de estas tarjetas puede cambiarla, no se debe perder el tiempo discutiendo por el lugar que ocupa una determinada frase.
- Para dibujar el diagrama de afinidad definitivo, como último paso se deben pegar los *Post it* en un tablón, colocando los títulos en la parte superior de los grupos. A continuación, se debe discutir, en equipo, la relación de los grupos y los aspectos correspondientes del problema. Una vez llegado el consenso se deben dibujar las líneas que deben unir cabeceras con grupos o subgrupos.

Ejemplo:

¿Cuáles son los aspectos que tienen que ver con la falta de rendimiento de los alumnos?

Problemas relacionados con el alumno	Problemas relacionados con los docentes
Falta de estudio	Corrección inadecuada
Poco tiempo de estudio por motivos laborales	Propuesta no acorde con los contenidos
Insuficiente planificación	Insuficiente información

Si el alumno quiere una información adicional sobre esta técnica, puede consultar el siguiente material de referencia.

- The Memory Coger Plus +, GOAL/QPC, 1996
- Coach's Guide To The Memory Jogger II GOAL/QPC 1995.
- Quality improvement Pocket Guide, Juran Institute, 1993

■ TÉCNICAS PARA GENERAR CONSENSO

Son instrumentos metodológicos que facilitan un acuerdo general sobre una cuestión determinada. Este acuerdo se alcanza cuando todos los participantes aceptan una decisión. El culminar este proceso es un avance importante para la solución de problemas. En la mayoría de las fases del proceso, es necesario que el grupo

esté de acuerdo. Ya sea en la definición del problema, en las causas fundamentales que lo han provocado o en la decisión última.

Brainwriting

Es una técnica creativa que tiene como *objetivo* promover y recoger ideas innovadoras de un grupo, sobre la forma de resolver un problema o mejorar una situación deficitaria. El coordinador debe procurar que cada participante, de forma individual, genere ideas a partir de las de los otros participantes.

El proceso comienza con la exposición, por parte del coordinador, del problema o tema del que se va a tratar y asegurándose de que ha sido entendido por los participantes. Se reparten hojas de papel con el objetivo de que cada miembro escriba las primeras ideas que se le ocurran. El primero en escribirlas servirá de base para que el siguiente escriba otros aspectos sobre ellas, y así sucesivamente hasta completar las ideas de todos los integrantes. A continuación se discutirán y analizarán las ideas recogidas por el grupo.

La base de esta técnica es que a partir de las primeras ideas los participantes reaccionan generando otras nuevas, es decir, las primeras funcionan como refuerzos creativos. También hay que subrayar que es más fácil escribir que hablar en público lo que facilita el funcionamiento del grupo.

Esta técnica permite la aplicación por correo electrónico, aunque el proceso es más lento. En esta forma de ponerla en práctica, es fundamental que el coordinador del grupo de trabajo escriba la primera idea en la o las hojas y se las envíe a cada participante para que este añada la suya. Es importante que éste confeccione una hoja con todas las ideas recogidas, guardando la confidencialidad de los autores, facilitando así las ideas creativas. Esta forma es útil y sencilla pero pierde parte de la interacción personal, que en muchos casos es fuente de riqueza.

Grupo nominal

La finalidad de la técnica del grupo nominal es tomar decisiones sobre un problema o tema, recabando informaciones e ideas de forma tan sistemática, que provoque la participación de todas las personas que forman parte del grupo, incluso las más tímidas.

Los *objetivos* están orientados a intercambiar informaciones, tomar decisiones en común a partir de un alto grado de consenso y equilibrar el nivel de participación entre los participantes. También permite organizar reuniones con buenos resultados, ya que la sistematización de la comunicación favorece la solución de problemas, la participación de sus miembros y la planificación de proyectos de forma acertada y efectiva.

Es útil cuando se deben tomar decisiones en el ámbito escolar y laboral. Los grupos deben de ser de diez o doce personas y no tienen porque poseer mucha experiencia en su funcionamiento. Si éste es grande se debe subdividir en subgrupos. El desarrollo de esta técnica es el siguiente:

- En primer lugar, el coordinador expondrá, claramente, el objetivo de la misma y el tema o problema que se trate.
- Es importante fijar las reglas para su correcto funcionamiento. Se debe respetar el silencio durante el espacio que se establezca, sin expresar las ideas a otro participante hasta que el coordinador no lo indique.
- Se establecerá un espacio de tiempo, no superior a cinco minutos, para que los integrantes del grupo, de forma individual, anoten, los datos y sugerencias que tengan sobre el problema.
- El responsable pide a los miembros de grupo que expresen sus ideas de forma ordenada, anotándolas en una pizarra para que lo puedan ver todos. Debe aclararles, con anterioridad, que si alguno de los participantes no desea exponer su idea en la primer ronda, debe esperar a la segunda para hacerlo, también informará que la persona que tiene anotadas dos ideas, las expondrá en distintas rondas. En esta técnica lo importante son las ideas, no quién las formula.
- Una vez agotadas las rondas y recogidas las ideas, el coordinador pregunta si existe alguna duda sobre las ellas y, si este fuera el caso, debe dar las aclaraciones pertinentes, no consintiendo ninguna crítica sobre ellas. Todas las ideas se anotan por orden alfabético.
- A partir de este momento, los participantes comienzan, de forma consensuada, su jerarquización, mediante una puntuación del uno al 10. El coordinador debe aclarar que no se puede dar la misma puntuación a dos ideas.
- Una vez realizada esta tarea, el coordinador junto con el grupo, cuentan las puntuaciones obtenidas por cada una de las ideas.
- Para finalizar se resumen los resultados y si es necesario tomar una decisión, se consensúa la mas votada.

Es una técnica de fácil aplicación que requiere poco tiempo. Las ideas son anónimas ya que se ofrecen a través del coordinador. No permite comentarios ni valoraciones hasta el final, hecho que agiliza el proceso. Permite que las conclusiones sean del grupo, no de personas concretas.

El voto ponderado

Es una técnica que sirve para cuantificar las posiciones y preferencias de los componentes del grupo. Se puede poner en práctica en la etapa de selección del

problema como en la de selección de la mejor solución. El *objetivo* principal del voto ponderado no es determinar una decisión, sino ofrecer una información muy valiosa sobre la posición de cada participante y su solidez. Facilita el conocimiento de los distintos puntos de vista opuestos, que se deben tener en cuenta para llegar al consenso.

El procedimiento a seguir en esta técnica es el siguiente:

- Se plasma en un soporte visible para todos, un modelo cuadriculado en el que las filas corresponden a nombres de los miembros del grupo y las columnas a las opciones, ya sean problemas o soluciones.
- El coordinador asigna un número de votos a cada miembro del grupo que puede distribuir según sus preferencias.
- Como regla general, el número de votos debe ser $\frac{1}{4}$ de veces el número de opciones.

Es importante aclarar al grupo, que los participantes deben distribuir sus votos en cada opción según su preferencia relativa y no deben concentrarles todos en la que prefieren.

Ejemplo: un grupo de cinco amigos trata de lograr consenso sobre donde ir el sábado por la tarde y está compuesto por: Carmen, Patricia, Elena, Alejandro y David. Y las opciones son: cine, teatro, bolera y piscina. De acuerdo a la regla establecida, cada uno posee seis votos a distribuir entre las opciones y el resultado de la votación es el siguiente:

Grupo	Opción A	Opción B	Opción C	Opción D
Carmen	2	2	1	1
Patricia	0	1	1	4
Elena	1	1	3	1
Alejandro	1	1	4	0
David	1	1	1	3
Totales	5	6	10	9

De acuerdo con la cuadrícula, la opción más votada es la C, pero hay miembros del grupo que le dieron más puntos a otras opciones. Lo que está claro es que no existe consenso, solo se puede observar la tendencia del grupo y la posición en que se encuentra cada uno de ellos. Esto quiere decir que se debe seguir las discusiones y argumentaciones hasta lograr el consenso general.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Alguacil Titos R. Técnicas de toma de decisiones en <http://educarm.es>
- Anguera MT. *Metodología de la observación en las Ciencias Humanas*. Madrid. Cátedra. 1982.
- Cañada Ayllón JA. Técnicas grupales. En: <http://psicologiasocial.uab.es/campus>
- Castillo S, Sánchez M. *Animación y dinámica de grupos*. Barcelona. Altamar. 2003.
- Cirigliano G, Villaverde A. *Dinámica de grupos y educación: fundamentos y técnicas*. Buenos Aires. Editorial Humanitas. 1976.
- Comoglio M. *El ciclo vital del grupo juvenil*. S.B.D. Madrid. Centro Salesianos de Estudios San Juan Bosco. 1994.
- Espinoza Vergar M. *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires. Humanitas. 1986.
- Fabra MU. *Técnicas de grupo para la cooperación*. Madrid. Ediciones Ceac. 2003.
- Fuentes P et al. *Técnicas de grupo individual y de grupo en el aula*. 2ª ed. Madrid. Pirámide. 1998.
- Garrido Hernández M. Las técnicas grupales. CFGM Atención Sociosanitaria 2009. En: <http://slideshare.net>
- Gutiérrez FN. *Pedagogía de la comunicación en la Educación*. Madrid. Popular. 1993.
- Gutiérrez V. Técnicas de solución de problemas. En: <http://lukasnet.8k.com>
- Instituto de Directivos de Empresa. *Teorías modernas de aprendizaje y dinámica de grupo*, 2007. En: <http://www.redconsultoras.com>
- Klingberg L. *Introducción a la didáctica general*. La Habana. Editorial Pueblo y Educación. 1978.
- López-Barajas Zayas E. Planificación y evaluación de proyectos y programas para la resolución de problemas de salud. En: *Educación para la Salud*. Madrid. UNED. FUE. 1998.
- Mager RF. *Análisis de metas*. Madrid. Ed. Trillas. 1973.
- Marchioni M. *Planificación social y organización de la comunidad*. Madrid. Popular. 1989.
- Pérez Serrano. *Animación Sociocultural IV. Técnicas de trabajo e investigación en Animación sociocultural*. Madrid. UNED. 1997.
- Rochon A. *Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona. Masson. 1991.
- Rogers C. *Libertad y creatividad en educación*. México. Paidós. 1983.
- Shaw M. *Dinámica de grupos*. Barcelona. Herder. 1983.
- Stufflebeam D. *Educational Evaluation and Decision Making*. Phi Delta Kappa National Study Committee of Evaluation. Itasc, a I.F.E. Peacock. 1971.
- Tyler R. *Constructing Achievement Test*. Columues. OH. Ohio State University. 1974
- Wikilearning. Monografías de técnicas grupales. En: <http://www.wikilearning.com/monografias>

La investigación científica y la Educación para la Salud

Emilio López-Barajas Zayas

INTRODUCCIÓN. EL SENTIDO Y LA ESTRATEGIA DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA. LOS NIVELES DE INVESTIGACIÓN. MODELOS GENERALES DE INVESTIGACIÓN. GLOSARIO. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

■ INTRODUCCIÓN

La investigación es la "herramienta" que los seres humanos tienen para avanzar en el conocimiento científico. La Educación para la Salud encuentran en la investigación las referencias necesarias acerca de nuevas formas saludables de vida. Pero la investigación en la Educación para la Salud requiere el conocimiento de los paradigmas de investigación y la naturaleza, estructura, y finalidad de la metodología que le es propia. Razón por la cual hemos de definir los conceptos clave, y establecer las referencias teóricas imprescindibles para que se puedan encontrar los fundamentos de lo que se investiga, se enseña más tarde y se aprende, pero también pautas de tipo práctico que permitan una aplicación práctica para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos. La investigación en Educación para la Salud necesita de la experiencia del formador pero sobre todo de un conocimiento mínimo acerca del camino más valioso e innovador por el que deben discurrir las etapas de la investigación en cada contexto o entorno concreto. Los contextos culturales manifiestan hoy un interés y una gran relevancia cuando del establecimiento de formas vida saludables se trate.

El sentido mismo de la investigación afecta a los resultados que se incorporan a nuevos estilos de vida más saludables. La profundización en el conocimiento de la

realidad de la educación requiere un trabajo cuidadoso y no solo el sentido común. La investigación en Educación para la Salud permite posteriormente que los programas que se diseñen sean realmente interesantes a los usuarios, ya que los estudios previos ponen en claro cuáles son las necesidades de las personas en cada contexto social. Se han de conocer los grandes paradigmas de investigación, y los niveles posibles en los que podremos investigar en cada caso. Las fuentes bibliográficas y no bibliográficas son necesarias para conocer el estado de la cuestión en cada caso. También hemos de analizar los modelos de investigación más frecuentes utilizados en Educación para la Salud. Son referencias concretas, indicadores del proceso investigador, a fin de que cada discente o usuario tenga una visión global de todas las posibilidades que se le ofrecen. Un "inventario" de procedimientos o modelos de investigación permite recurrir, en cada proyecto o programa de investigación, a aquél que sea más adecuado a la naturaleza y el grado de exigencia de lo que queremos investigar. Por ejemplo, si pretendemos conocer el nivel de conocimiento en salud que tienen unos ciudadanos, la significación que determinados conceptos clave de salud tienen en su entorno de vida o de trabajo, o tal vez la valoración de la salud de un grupo de alumnos en una localidad concreta, deberá realizarse un "análisis de contenido" teniendo en cuenta el lenguaje usual, común y fundamental correspondiente a ese contexto. Si desea conocer, por otra parte, la posible correlación entre formas de vida y salud personal deberá establecerse un diseño de investigación que permita determinar el grado de relación entre dichas variables. Las bases de datos informatizadas o no, la bibliografía, en cualquier caso que se estudia, permitirá profundizar a quien lo desee en el futuro de aquel modelo que sea de mayor interés para su entorno.

EL SENTIDO Y LA ESTRATEGIA DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

El sentido etimológico de la investigación hace referencia a seguir el rastro a cuestiones que son interesantes. Proponemos como hipótesis de trabajo que la investigación en Educación para la Salud ha de ser el procedimiento metodológico, la "herramienta" si me permiten la metáfora, que permita convertir el trabajo profesional o docente en investigación sin que esto suponga una tarea añadida en el entorno de trabajo. El formador que investiga es una persona que reflexiona sobre su propio quehacer diario con la finalidad de mejorar los resultados de su trabajo a través de una retroinformación científica. Describir lo que ocurre en el ámbito de trabajo (aula o centro de salud), identificar necesidades que pueden satisfacerse con formación, priorizarlas, explicar los factores que condicionan los resultados, y comprender la naturaleza y estructura de los problemas que surgen a diario, y de las relaciones dinámicas y funciones que se producen en dichos espacios, son tareas propias de la investigación en Educación para la Salud.

Un hecho es patente, cuando de investigación social se trate, siempre será conveniente especificar los grupos de incidencia crítica (caracterización étnico-cultural) y la contextualización de los mismos en el entorno que se desea realizar la investigación. Un ejemplo sencillo en los usuarios de un centro sanitario se pueden señalar diferentes grupos, que aun perteneciendo al mismo barrio, tienen comportamientos diferentes.

Algunas macroáreas de investigación social que tienen una gran incidencia educativa pueden ser las siguientes:

- Entornos de trabajo.
- Grupos étnicos.
- Animación sociocultural (participación y acción social).
- Investigación para el desarrollo personal.
- Investigación general o de base en formas de vida saludables.
- Instituciones sanitarias.
- Grupos de personas en situación de marginación.

Los elementos esenciales del quehacer científico son el objeto, método, y estructura teórica. Por tanto, cuando hablamos de investigación deben diferenciar de forma clara el objeto o área de la realidad de la Educación para la Salud que deseamos investigar, y por otra parte, el método que vamos a seguir en el proceso de la investigación. Los dos elementos esenciales de cualquier ciencia son el objeto o cosa (campo de estudio) y el método. La estructura sistemática surgirá del proceso investigador. Una última observación: el método, además de la vertiente heurística propia del trabajo investigador, tiene otra que le es propia, la didáctica. Nos ocuparemos principalmente de la vertiente investigadora aunque haremos algunas anotaciones respecto de la vertiente didáctica de la formación. El método de investigación es considerado como el camino que vamos a seguir para profundizar en el conocimiento de la Educación para la Salud. Así pues, la metodología de la investigación será el "instrumento" que utilizamos en cada caso con el propósito de descubrir o profundizar en el conocimiento de algo relacionado con las formas saludables de vida. Conviene no olvidar esto, ya que con frecuencia se confunde la metodología de la intervención social o didáctica con la metodología de la investigación. Confusión que a veces hemos propiciado los profesores como más adelante comentaremos.

Otra cuestión que debe comentarse: que la realidad formativa de la Educación para la Salud acoge en su seno elementos de naturaleza muy diversa. Por consiguiente, el método también será variado, múltiple, ya que la metodología de la investigación está siempre al servicio de la investigación, de la realidad que estudia, y no a la inversa. Debemos utilizar una gran diversidad de técnicas metodológicas según el contexto social donde investiguemos, y las posibilidades técnicas que tenemos en cada momento.

Los grandes "caminos estratégicos" por lo que podemos adentrarnos para indagar, para seguir el rastro, para investigar algún aspecto de la Educación para la Salud, reciben el nombre de paradigmas. Estas estrategias o paradigmas de investigación son las siguientes:

- *Paradigma del realismo*. Que organiza su estrategia alrededor de la deducción (proceder desde lo general a lo particular, y trata de establecer la veracidad de las formas de vida verdaderamente humanas a través de la argumentación o deducción lógica). Uno de sus principios más emblemáticos es el de la "no contradicción", ninguna forma de vida puede ser y no ser en la naturaleza humana y social al mismo tiempo y en un mismo momento concreto.
- *Científico tecnológico*. Este paradigma de naturaleza empírico experimental orientará su estrategia heurísticas a través de la inducción (analizar desde lo particular hacia lo general). Aunque una variante de actualidad es el modelo hipotético deductivo experimental, que trabaja con hipótesis que deben ser verificadas. La metodología científico experimental que de este paradigma se deriva ha sido central en la investigación médica.
- *Hermenéutico interpretativo*. Este paradigma trata de comprender las formas de vida desde la perspectiva histórica y cultural de los pueblos. Analiza el mundo simbólico de los grupos étnicos con la finalidad de organizar mejoras cualitativas desde la comprensión e interpretación de los valores y símbolos vigentes en dichos grupos. La intuición es su herramienta metodológica (conocer de modo directo la evidencia de lo real). La propuesta fenomenológica clásica nos habla de la reducción "eidética", la reducción de lo aparente para captar la *quiddidad* del fenómeno que se estudia, es decir, el verdadero significado de determinada forma de vida saludable. La metodología que de este paradigma se deriva pertenece a lo que ha venido a llamarse una "nueva cultura de la salud".
- *Paradigma crítico*. La estrategia de este paradigma científico es la dialéctica. En el frente a la tradición clásica del realismo que preconizaba el principio de "no contradicción", eleva o levante como estandarte "la contradicción" como principio que puede permitir explicar los fenómenos humanos y sociales. La dialéctica considera que la contradicción permite la explicación de los hechos sociales y las diversas formas de vida.

Hemos simplificado quizá en exceso con objeto de ilustrar a los menos iniciados en los procedimientos heurísticos. La complejidad de los términos con los que hemos nombrado a los paradigmas puede ser apreciada consultando dichas voces (vocablos) en cualquier diccionario o enciclopedia. Un hecho nos parece claro, la falta de correspondencia entre los elementos que constituyen la realidad de la Educación para la Salud, por ejemplo la vida en un centro de salud y los hechos que fueron "descubiertos" invalidarían la investigación. La investigación en Educación

para la Salud, cualquiera que sea la estrategia que se elija en cada caso requiere del conocimiento y la inmersión en los contextos objeto de estudio.

La ruptura que propició el dualismo cartesiano al abrir dos mundos antagónicos: racionalismo (deducción) y empirismo (inducción) introdujo de la mano ciertos reduccionismos metodológicos que han impedido una investigación más completa al menos durante los dos últimos siglos. El racionalismo tendrá su continuación en las diversas formas de idealismo, y el empirismo en el positivismo y el neopositivismo. Aquí están las raíces de la controversia entre metodología cuantitativa y cualitativa.

■ LOS NIVELES DE INVESTIGACIÓN

Otra diferenciación conceptual que debe tenerse en cuenta en la planificación de la investigación en Educación para la Salud hace referencia a los niveles de investigación, que se establecen según la finalidad de la investigación que nos proponemos realizar.

Si se trata de desarrollar una teoría de la Educación para la Salud, que nos permita sistematizar el conocimiento acerca de dicha disciplina, nos encontramos en el nivel de *investigación básica* (pura o fundamental). Si la finalidad es el desarrollo de modelos de intervención social o educativa en Educación para la Salud, que resuelvan problemas, la investigación estará en un nivel *tecnológico u operacional*. Y, en tercer lugar, si la finalidad de la investigación es la mejora de la práctica social en Educación para la Salud estaremos en el nivel de *investigación-acción* al que más adelante nos referiremos con detenimiento, dada la importancia creciente en el momento actual de la Educación para la Salud. Este último, pues, no solo no es un nuevo "paradigma" (como algunas veces se ha dicho), sino que con toda la importancia que tiene en la actualidad es solo un nivel posible de investigación pedagógica o social.

En suma los posibles niveles de investigación educativa o social son:

- Básica, pura o fundamental, cuya finalidad es el desarrollo de teorías científicas.
- Tecnológica u operativa, cuya finalidad es la resolución de problemas.
- La investigación-acción, cuya finalidad es la mejora de la práctica educativa o social.

■ MODELOS GENERALES DE INVESTIGACIÓN

Hemos hablado hasta aquí de estrategias investigadoras en Educación para la Salud (paradigmas) y de niveles posibles donde desarrollar nuestro trabajo. Ahora

debemos caracterizar el significado de modelo general de investigación. En primer lugar habrá que advertir que no debemos confundir los términos *teoría* y *modelo*, ya que a veces se usan como sinónimos. La *teoría* es la sistematización del *corpus* del conocimiento científico, en nuestro caso, de la Educación para la Salud. El modelo científico, por su parte, tiene una pretensión más modesta, es solo un constructo, una representación simplificada de la realidad que necesita ser demostrada o verificada. Tiene pues un valor instrumental, es como un recurso que se utiliza en la elaboración científica para formular o mejorar la teoría. Se podría decir que teoría y modelo se diferencian en el grado de utilidad y por tanto de provisionalidad. El modelo es más perecedero que la teoría. Nosotros, por ejemplo, podemos tener como base de nuestro trabajo investigador una teoría culturalista o historicista (considerar que los seres humanos son explicable desde la evolución cultural e histórica de un pueblo), y sin embargo diseñar un modelo nuevo que intente incorporar algunos otros factores explicativos como pueden ser la libertad y la responsabilidad humanas. Los modelos de investigación son también constructos científicos, representaciones simplificadas, de las fases o etapas que deben seguirse en el proceso investigador, pero que estarán sujetos a contraste, comprensión o demostración posterior.

La clasificación de los modelos de investigación en Educación para la Salud no es tarea fácil. Una relación o inventario provisional que podríamos presentar de las modalidades más usuales a emplear en Educación para la Salud podría ser la siguiente:

El método histórico

El ser humano, la especie humana si se prefiere, tiene en su naturaleza un componente histórico. La historicidad es característica humana que permite identificar la evolución de las formas de salud a través de la historia humana. El método histórico estudia el proceso recorrido por los humanos en el tiempo a través del cual surge o sobreviven determinados hechos o fenómenos que permiten la explicación o comprensión de las formas de vida. El método histórico puede utilizarse en la Educación para la Salud cuando la finalidad de la investigación es el conocimiento del origen y evolución de ciertas formas de vida saludables, por ejemplo, las formas de vida y la salud en la cultura Inca. O simplemente el estudio de la salud en las formas de vida de un subgrupo social o étnico en una ciudad moderna. La perspectiva antropológico-interpretativa resulta especialmente adecuada.

Las fuentes primarias o directas tienen generalmente más valor que aquellas que proceden de forma indirecta o secundaria. El testimonio directo y los objetos reales utilizados en dicho momento histórico resultan especialmente valiosos. La metodología histórica utiliza frecuentemente archivos, ya sean de ideas, contextos, y hechos pasados. Los archivos oficiales permiten obtener informaciones procedentes

de documentos legislativos, judiciales o ejecutivos de carácter local, autonómico y nacional, tales como constituciones, leyes, decretos y órdenes ministeriales. La dificultad está en la falta de control del proceso por el que surgen y sobreviven determinados hechos o narraciones históricas. Otras fuentes utilizadas que pueden aportar información valiosa son las siguientes:

- Cartas, diarios, narraciones, mitologías, artículos, libros, biografías, notas de conferencias, discursos, etc.
- Tradiciones orales: leyendas, fiestas populares, juegos, ceremonias religiosas, danzas, cuentos, mitos, etc.
- Fuentes figurativas: litografías, dibujos, pinturas, mosaicos, ánforas, murales, esculturas, fotografías, microfilmínas, diapositivas, etc.
- Grabaciones: películas, cintas, discos, CD, etc.
- Impresas: prensa diaria, revistas y publicaciones periódicas, trabajos literarios, científicos y filosóficos, etc.
- Objetos y utensilios: manuscritos, instalaciones, muebles, joyas, restos humanos, etc.

Las fases o etapas del método histórico podrían especificarse, de forma abierta, en las siguientes:

- a) *Definición del problema.* Evitando cualquier a priori injustificado, desconfiando incluso de formulaciones rígidas o ideologizadas. Si el problema se plantea de forma incorrecta difícilmente podrá solucionarse.
- b) *Identificar fuentes.* El descubrir materiales desconocidos hasta la fecha exige un plan sistemático cuidadosamente previsto. Se ha de conocer si la fuente es deliberada o accidental.
 - *Definición de universo.* Este es inestable, varía con relación al cambio de ideas de las generaciones sobre qué datos son importantes respecto de una cuestión concreta: por ejemplo los datos psicológicos y sociológicos no se consideraron relevantes hasta mediados del siglo xx.
 - *Definición de las categorías* o variables propias de las formas de vida que se estudian en los grupos. Situar los hechos en su contexto histórico exige preguntarse por el significado mismo. Defectos de transcripción, o interpretación pueden sesgar el sentido.
 - *Verificación.* Identificada la naturaleza de las fuentes, los datos se han de corroborar por triangulación, es decir, a través de al menos tres fuentes independientes, de las cuales una ha de ser independiente y otra primaria y no debe haber fuentes fidedignas que mantengan una opinión contraria sobre los acontecimientos.

- *Inferir hipótesis unificadoras.* La reinterpretación, ante un descubrimiento de un hecho fundamental, somete a la historia a una reformulación constante.

En suma, los principales inconvenientes o limitaciones de la metodología histórica se refieren al sesgo original posible, al grado de representatividad de los datos respecto del hecho que se intenta comprender, y desconocimiento, en muchos casos, del proceso por el que surgen o sobreviven los mismos.

El método semiótico

El dominio de la lengua propia de una comunidad humana es supuesto básico para poder estudiarla. Los significados del lenguaje en cada comunidad pueden ser, y de hecho así ocurre, muy diferentes. El lenguaje es central en la comprensión de la cultura de los pueblos y sus formas de vida. En este modelo pueden realizarse: análisis de contenido, bibliométricos, diferenciales semánticos, estudios de catalogación, etc. El método semiótico trata de indagar del sentido de la comunicación, de la significación e intencionalidad del lenguaje, y la realización práctica en contextos específicos y diferenciados. La Educación para la Salud en cada caso debe conocer la identidad de los usuarios en su proyecto o programa de formación. En este sentido pueden diferenciarse tres niveles distintos en la formación e investigación de la identidad étnica:

- Psicolingüístico.
- Sociolingüístico.
- Pedagógico.

La investigación psicolingüística estudia los procesos por los que se adquiere, emite o comprende el mensaje verbal. La investigación sociolingüística trata de establecer la relación entre el medio socionatural. Las características socioambientales de la vida familiar han de relacionar tres áreas: familiar-educativa-trabajo. La relación de la formación de la identidad está relacionada, a nuestro juicio, con los niveles anteriores, ya que ésta implica un proceso de aprendizaje social, en el que el lenguaje es un instrumento básico de socialización. Pero también necesita de la investigación pedagógica, en sentido estricto, ya que la indeterminación de la persona humana se ve en cierto modo prefigurada en su desarrollo y realización al encontrarse en el ámbito de un lenguaje específico. Nacemos con unas determinadas posibilidades en su vida. La búsqueda de la identidad en el ser humano es un proyecto tan necesario como atractivo. La Educación para la Salud se interesa por el proceso biográfico sufrido en este sentido por cada uno de sus aprendices.

El *análisis de contenido*, que se tratará en temas posteriores es, como su nombre indica, un modo de análisis del contenido del lenguaje muy interesante. El análisis de contenido se considera metodología "cualitativa" de la investigación en Educación para la Salud. Los descriptores verbales, recogidos a través de preguntas, plantean problemas que exigen un proceso intermedio antes de proceder al análisis definitivo. Esta técnica se llama análisis de contenido ya que permite la categorización de los datos verbales o de expresión. El contenido puede presentarse a un nivel explícito o manifiesto, transcripción directa de lo expresado, o también a un nivel no explícito o latente, propio del currículum oculto. Se puede analizar, por ejemplo, la personalidad de un autor, a través de su obra escrita. La manipulación del lector también podría ser analizada. La tarea básica para el análisis de contenido es la elaboración de un código. Se aconseja realizar un estudio previo a modo de prueba de ensayo para poder corregir dificultades o carencias en el proyecto de investigación. El estudio previo permite matizar las categorías y mejorar la aptitud codificadora, y los modelos de registro para quienes tienen esta tarea. Sea cual fuere la modalidad de análisis se han de tomar, al menos tres decisiones que se consideran tareas primarias:

- Definir la unidad de contenido.
- Identificar el conjunto de categorías.
- Criterio lógico para asignar las respuestas a las categorías.

La unidad de contenido puede ser la respuesta considerada de forma holista, total, o identificar proposiciones (expresiones dotadas de sentido) o palabras aisladas. Las categorías pueden ser diversas, pero en investigaciones o estudios de carácter general pueden considerarse las siguientes: qué, para qué, por qué, con qué incidencia, cómo, cuándo.

El *diferencial semántico*, por otra parte, es una metodología (considerada "cuantitativa") de observación y medición del significado psicológico de los conceptos de los adultos. La evaluación de los significados connotativos de los conceptos, se puede representar en un "espacio semántico", al sustituir los conceptos por punto es un espacio bi o tridimensional.

El *análisis bibliométrico*, por otra parte, cuenta con una gran tradición en el área de salud. Y permite, por ejemplo, investigar la producción científica en Educación para la Salud en la década de los noventa. Esta modalidad de investigación se basa en los procedimientos estadísticos-matemáticos, superando la descripción bibliográfica tradicional. Los principales objetivos son los siguientes:

- Estudiar el tamaño, crecimiento y distribución de los documentos científicos de Educación para la Salud.
- Indagar la estructura y dinámica de los grupos que producen y consumen dichos documentos y la información que contienen.

La primera secuencia hace referencia a la catalogación de obras y autores. Las variables a estudiar en la recensión de libros y revistas son:

1. Apellidos y nombre del autor (1, 2, 3, 4,... autores).
2. Título de la obra.
3. Lugar de edición.
4. Entidad o institución en que se origina.
5. Editorial o imprenta.
6. Fecha o año de edición.
7. Transcripción del título.
8. Traductor.
9. Prólogo (prologador).
10. Lengua original.
11. Número de capítulos.
12. Apéndices.
13. Número de páginas.
14. Número de edición.
15. Tipo de encuadernación.
16. Tema o contenido (principal, secundario y otros).
17. Comentario crítico.
18. Nivel teórico (social, institucional, aula o personal).
19. Dimensión teórica (Finalidad, Organización, Metodología, Recursos o medios, Docente, Discente, Contexto y Evaluación).

El método comparado

Estudia, como su nombre indica, las diferencias entre las formas de vida de diferentes pueblos, señalando algunas categorías de comparación que nos permitan analizar los hechos y fenómenos semejantes y diferenciadores en las formas de vida saludables.

El *método comparado* trata de investigar la Educación para la Salud en diferentes regiones o países con objeto de establecer conclusiones para mejorar las formas de vida sana.

Lo importante es que, junto a los hechos que se comparan, existe un tercer elemento: el *Tertium comparationis* o criterio de comparación. La comparación por ejemplo de proyectos o programas de Educación para la Salud podría seguir los siguientes criterios. La taxonomía del IBE es muy sencilla. Los criterios previamente establecidos, por ejemplo para el estudio de un Centro de Salud, que permiten incorporar la información a las categorías o apartados principales son los siguientes:

- Finalidades y estrategias de Educación para la Salud.
- Forma de administración.
- Financiación.
- Organización y estructura.
- Currículum: proyectos y programas de Educación para Salud.
- Formación pedagógica del personal sanitario.

La descripción comparativa en la Educación para la Salud, por ejemplo entre comunidades étnicas, implica tres operaciones o tareas:

- Ver qué hay.
- Analizar elementos y relaciones.
- Ordenarlos, encontrar el sentido.
- Comparación propiamente dicha.
- Conclusiones.

Por otra parte, el método comparado tiene dos modalidades claramente diferenciadas: los estudios de campo o área, propios de un país, región o comarca, y los estudios comparativos de zonas geográficas y políticamente distintas. No obstante, se pueden especificar unidades de comparación para los estudios de Educación para la Salud. Estas pueden ser las siguientes:

- Internacionales: estado, nación o país.
 - Entre naciones globalmente consideradas.
- Intranacionales.
 - Especiales: político-administrativas (ejemplo, provincias).
 - Étnicas: origen lingüístico.
 - Ideas, valores y creencias
 - Sectoriales: servicios públicos o de iniciativa social.
 - Institucionales: escuelas de adultos.
- Supranacionales: Sistemas de países vecinos que se asemejan.
 - Geográficas: América Latina...
 - Culturales: angloparlantes...
 - Económicas: países desarrollados...
 - Políticas: Primer Mundo...

Por último insistir, que si bien es necesario el trabajo interdisciplinar en cualquier investigación científica, lo es especialmente en la metodología comparada, por la complejidad de los factores que intervienen, no siempre explicativos.

El método reflexivo o lógico

Algunas comunidades humanas modernas han perdido los valores permanentes, los valores propios de la antropología profunda, por la influencia de una perspectiva idealista que fue desplazando los supuestos de la perspectiva del realismo.

Una sociedad donde son solo apreciados los valores históricos y culturales en un momento puntual de la evolución humana desarrolla en la práctica una especie de "agujero negro" que absorbe y destruye los valores ahistóricos de la naturaleza humana, es decir, es una sociedad asentada sobre la relatividad gnoseológica y ética, es una nave que sigue una ruta azarosa y que, en muchos casos, perecerá en el ojo del huracán, sin tener conciencia que entraba en una "tormenta perfecta".

El método reflexivo o lógico permite la identificación de conceptos y esencialidades que se integran o están ausentes en las formas de vida de los grupos sociales o étnicos. La ausencia de conceptos en los programas de Educación para la Salud, consecuencia de un prejuicio moderno acerca de la tradición clásica, impide encontrar valores de naturaleza permanente en los proyectos de formación, valores que permiten un orden de formas de vida basado en la identidad propiamente humana, y no solo en sus vertientes psicológica y social.

El método reflexivo es necesario en la investigación de Educación para la Salud cuando se desea conocer el sentido antropológico y social que subyace en un proyecto o programa de formación. Es necesario conocer el orden lógico general de nuestros actos intelectuales con anterioridad a los esfuerzos que desarrollaron los científicos para conocer con más precisión un ámbito de realidad. El sentido esencial de lo humano no lo da la ciencia, por la sencilla razón del reduccionismo de la metodología experimental que utiliza. De los tres grandes paradigmas señalados al comienzo del tema, el más apropiado para conocer el sentido profundo del ser humano es el deductivo.

El hombre sigue en los procesos de conocer un orden. Esta capacidad común a todos los hombres es denominada lógica espontánea. El método reflexivo se apoya en la lógica, es herencia aristotélica, que tiene una finalidad ordenadora, ya que de algún modo penetra todas las ciencias, da rigor y estabilidad a nuestros conocimientos.

La lógica, como tantas otras cosas, es un precioso instrumento heredado del periodo clásico griego, que posibilitó gran parte de la filosofía medieval, y que permite un análisis riguroso del lenguaje y la forma del pensamiento. Posibilita estudiar las nociones o conceptos (naturaleza, relación, etc.), la estructura del juicio, condiciones de validez del raciocinio, la lógica de la ciencia o epistemología, etc.

Por su parte, las exigencias metodológicas, para un sistema deductivo o axiomático, podrían resumirse en:

- Independencia de los axiomas.
- La no contradicción de los axiomas.

- Complejidad del sistema (supone que todos los enunciados verdaderos del sistema puedan ser deducidos de los axiomas).
- La formalización.

Las reglas fundamentales del raciocinio son cuatro principalmente:

- Las conclusiones serán necesariamente verdaderas, si las premisas lo son.
- La conclusión puede ser verdadera (accidentalmente) o falsa, si las premisas son falsas.
- Una conclusión falsa implica necesariamente alguna falsedad en el antecedente.
- Una conclusión verdadera no significa que las premisas tengan que serlo.

Los valores esenciales de las formas de vida saludables de los grupos humanos han de identificarse por esta vía reflexiva.

El método ecológico

La agresión al medio ha venido de la mano de una cultura científicista de naturaleza tecnológica que ha desconocido el orden del universo. Por otra parte, los modelos idealista de naturaleza constructivista que consideraban la imposibilidad del conocimiento del mundo exterior, propusieron formas de organización social que podríamos llamar benévolamente *ex novo*. Las consecuencias de algunas de ellas fueron verdaderamente trágicas. Lo que no impide en los momentos actuales el surgimiento de nuevas y atrevidas "construcciones" sociales. Pues bien, la ecología ha puesto de manifiesto que los espacios o entornos físicos y sociales deben ser reconocidos en su orden genuino. La teoría de la complejidad ya advierte que bajo el "caos" aparente subyace un orden que hemos de investigar. Se trata de considerar el carácter dinámico de los ecosistemas y el carácter auxiliar que el trabajo humano en ellos ha de tener. El deterioro de los ecosistemas ha propiciado numerosas epidemias que no proceden de las formas originales de vida en determinados grupos sociales.

La investigación ecológica en Educación para la Salud considera la importancia del contexto como variable independiente, lo que supone una posición decidida por alcanzar una explicación fenomenológica del aprendizaje y la formación de los adultos.

El crecimiento y desarrollo se produce, entre otras razones, por el cambio producido en las interacciones con el medio. De aquí la necesidad de conocer la estructura y variables del espacio ecológico, entendiendo que estas estructuras son caracterizadas de forma concéntrica y anidada. El medio ecológico es un conjunto de estructuras físicas, psíquicas, espirituales y sociales que caracterizan los modos y procedimien-

tos de las relaciones e intercambios de las personas con la naturaleza, la creación, los objetos artificiales y los organismos que cohabitan dicho entorno.

Las estructuras reales son, en último lugar, las responsables de los esquemas internos que matizan la experiencia subjetiva del medio ecológico. Es imposible comprender el comportamiento humano solo desde las propiedades objetivas del contexto, sin referencia a los significados que los individuos les confieren.

Las características más significativas del método son:

- Observación participante.
- Respeto de la complejidad natural.
- Enfoque, adaptación y flexibilidad progresiva de la metodología.
- Nivel de investigación acción.
- El proceso de triangulación para la validación de la investigación.

El método fenomenológico

El término "fenomenología" fue empleado por primera vez por J. H. Lambert, en *Neues Organon* (1714), y más tarde por Kant (1786). La crítica kantiana situó el proceso del conocimiento ante la imposibilidad del conocimiento directo e inmediato del "mundo exterior", no se negaba la existencia del mundo exterior pero sí la imposibilidad del conocimiento de las cosas de dicho entorno exterior. Desde entonces diversas formas de racionalismo e idealismo preconizan que solo es posible el conocimiento de los "fenómenos" del mundo exterior. Esta afirmación no es ingenua ni intrascendente, se sustituye el término "cosa" por el vocablo "fenómeno". El proceso que la gnoseología moderna en gran parte seguirá camina enclaustrada en este inmanentismo que acaba siendo mentalismo, subjetivismo o relativismo. Una cosa es positiva para la Educación para la Salud, la advertencia de que no toda percepción de las formas de vida del "mundo exterior" es como parece ser.

El método fenomenológico trata de encontrar el verdadero significado de un comportamiento más allá de su apariencia problemática. El objeto de la investigación fenomenológica es el "fenómeno", en nuestro caso, de la Educación para la Salud, entendido éste como "aquello que se muestra a sí en sí mismo, lo que se muestra tal como es, lo que está claramente ante nosotros (Bochenski, 1981) por tanto no como ficción, ilusión, apariencia, ni proceso que se observa de forma sensible". No es fácil establecer las reglas metodológicas, aunque ningún método puede prescindir de ciertos presupuestos de contenido. El rasgo característico del método fenomenológico es la reducción. Las reglas para proceder pueden resumirse en:

- *Regla principal*: vuelta a las cosas mismas (*Zürück zu den sachen selbst!*). Esta exige una triple eliminación o reducción, llamada *epoche*. Es decir, se

trata de "reducir en primer lugar todo lo subjetivo", posición rigurosamente objetiva. En segundo lugar (Bochenski, 1981) excluir todo lo teórico, ya sean hipótesis, ya demostraciones, ya cualquier saber adquirido. Solamente después de esta fundamentación fenomenológica se admitirá el conocimiento indirecto. En tercer lugar, excluir toda la tradición, lo que se ha enseñado hasta ese momento, desoir el estado actual de la cuestión, "solamente atender a los fenómenos tal como se presentan". Aún cabría, desde el propio objeto, una mayor reducción: de la existencia, "para atender solo a la "quididad" (lo que el objeto es) y, también, separar de ésta todo lo accesorio. Bastantes de los estudios psicoanalíticos de la salud psicológica y social en general son una muestra del análisis con esta metodología.

- *Segunda regla*: la investigación debe orientarse, el pensamiento mismo, "hacia el objeto, excluyendo lo subjetivo (lo que provenga de los sentimientos, deseos, inclinaciones, etc.) y manteniendo una actitud contemplativa (cómo es) sin referencias prácticas" (Bochenski, 1981). Resulta interesante subrayar que la reducción eidética no es negación, no es juicio valorativo acerca de otros procedimientos metodológicos, es decir, no renuncia al posterior empleo de otros métodos.

Método descriptivo

El *método descriptivo* nos dice que hay en esa realidad objeto de estudio, cuales son las categorías, variables y factores principales de determinadas formas de vida en un grupo étnico. El término descripción proviene del latín *descriptio-onis*. Describir significaría definir imperfectamente una cosa, no por sus predicados esenciales, sino dando una idea general de sus partes o propiedades. En el método descriptivo cabe a su vez diferenciar varias modalidades prácticas que puede utilizarse en la investigación: investigación por encuesta, análisis profesiográfico, estudio de campo, estudios correlacionales, estudio de casos, estudios causales comparativos, estudios lineales, estudios transversales, identificación de tendencias, etc.

El método descriptivo coincide con la observación sistemática, cuando la observación se realiza siguiendo unos criterios específicos, acerca de unas categorías que constituyen la variable objeto de estudio. El método descriptivo intenta una observación sistemática, focaliza una realidad (por ejemplo las formas de vida de un grupo familiar) intentando identificar las dimensiones y factores más relevantes. El método descriptivo es un examen (*survey*) que se orienta hacia la acción misma, se podría decir que actúa en los niveles de investigación aplicada y activa.

La investigación descriptiva en Educación para la Salud se dirige hacia el presente, y por lo tanto resulta adecuada para los problemas en los que sin tener los datos necesarios, y sus interrelaciones, para responder a las cuestiones, existe un

contexto en el que se pueden generar aquellos. Son numerosos los trabajos de investigación realizados en educación con este enfoque, pero los datos necesarios, y la identificación de la naturaleza de estos, son menores. La aproximación descriptiva trata de identificar qué hay en un conjunto específico de hechos o fenómenos en un momento dado, tratando de verificar, incluso, los valores o categorías óptimos que se dan en las variables objeto de estudio. La investigación evaluativa trata de verificar algún aspecto de un proyecto investigador, en función de criterios preseleccionados. Tiene, sin embargo, un indudable valor en las investigaciones que tratan de estudiar por primera vez una cuestión específica, lo que suele denominarse "estudio exploratorio". Y, esto es así, porque la descripción tiene por objeto realizar un a modo de "geografía de los datos", que son relevantes para un hecho específico, al seleccionar y recopilar cualquiera que sea significativo. El análisis educativo, psicológico y social permite encontrar elementos y relaciones importantes del sistema, a veces ocultas o no explícitas, tanto en los aspectos estructurales, como en sus realizaciones prácticas. Las etapas del proceso son:

- Definición del problema a observar.
- Descripción del mismo.
- Evaluación.
- Interpretación.

El método descriptivo ha de cuidar el empleo de instrumentos y técnicas de gran fiabilidad y validez. Se debe considerar asimismo, que la evaluación o "examen" de carácter descriptivo debe ser multidimensional porque todo fenómeno educativo o social es resultado de numerosos factores o variables. La diversidad instrumental es necesaria. Cualquier elemento cultural debe ser cuidadosamente verificado y calibrado su peso específico. Los estudios de tipo encuesta son muy usuales en Educación para la Salud. La utilización del cuestionario es casi universal.

Esta modalidad de investigación permite no solo la descripción de los fenómenos, sino la relación existente, la comparación respecto de un modelo, o la identificación de valores óptimos aún desconocidos. La información puede ser referida a un problema específico o también a unidades problematizadas.

Las técnicas de *análisis profesigráfico* analizan perfiles y funciones, naturaleza y factores del nivel de capacitación también fueron objeto de estudios descriptivos mediante encuestas. Este procedimiento permite identificar algunas carencias reales, y permiten procesos de retroinformación general y específica, ya sea el nivel de los proyectos o de los programas de Educación para la Salud.

Las *encuestas* permiten conocer el estado de opinión de los agentes sociales acerca del entorno de la Educación para la Salud. Las encuestas sociales, además, permiten identificar carencias de Educación para la Salud en el barrio, ciudad o región, y también, las potencialidades y problemas de la organización, que están aún escondidas.

Los factores económicos, laborales, geográficos y culturales son necesarios para una organización curricular que responda a necesidades e intereses de los alumnos.

Se denominan *estudios de campo* a los que se realizan directamente en el lugar que se estudia y con los sujetos de ese contexto social. Suponen una observación directa, un compromiso social con los grupos que se estudian, y una consideración del sentido de la realidad que los sujetos tienen.

Los *estudios correlacionales* pueden intentar la identificación de las relaciones existentes. La relación entre factores o elementos en las unidades de campo permiten una caracterización más precisa de la situación de la Educación para la Salud. La misma estructura organizativa, en cada contexto sacionatural, adquiere una caracterización genuina, diferente. La investigación exploratoria permite estas descripciones que facilitan idear modelos científicos que deberán ser verificados. La relación posibilita la formulación de hipótesis de trabajo "fértiles".

Baste decir por el momento que la investigación intensiva de un discente o de una unidad social recibe el nombre de estudios de casos, individuo, familia, grupo o equipo educador, ciclo, centro, institución social o comunidad social. La experiencia, maduración o transmisión social recibida suelen ser condiciones o factores a tener en cuenta. La interacción de los factores sociales permite una mayor descripción. El tratamiento interdisciplinario es necesario y la naturaleza de las fuentes para la recogida de los datos muy diversa.

Los *estudios causales comparativos* se emplean cuando no puede establecerse control sobre las variables mediacionales, sobre todo aquellas que atentan contra la validez de la investigación. Se origina en el método de la concordancia y las diferencias.

Las *técnicas de correlación* propiamente dichas permiten descripciones precisas acerca de relaciones estocásticas (probables) de los hechos de Educación para la Salud que se investigan. Las correlaciones pueden ser positivas o negativas, y desde muy significativas a nada significativas. Un caso particular son los estudios predictivos. La relación puede ser perfecta, directa (+1,00); moderada, directa (aproximadamente +0,50); nula (0,00); moderada inversa (aproximadamente, -0,50), perfecta, inversa (-1,00).

Los *estudios de desarrollo* tratan, no tanto de identificar los factores o variables que propician los fenómenos de la Educación para la Salud, sino de evaluar las transformaciones sufridas, el desarrollo que experimentan las variables estudiadas en un periodo de tiempo. Las modalidades clásicas son los *estudios de crecimiento y de tendencia*. Las técnicas lineales o transversales exigen realizar una serie de observaciones. Los estudios *lineales o longitudinales* permiten estudiar a un grupo de usuarios durante un largo periodo, evaluando cíclicamente el desarrollo que se va alcanzando. Los estudios de corte transversal registran en un momento dado medidas de diferentes sujetos de un mismo grupo de incidencia crítica. Los *estudios*

transversales son más económicos, la descripción de los rasgos comunes exige menos tiempo, sin embargo las técnicas lineales son por su propia naturaleza más pertinentes para el desarrollo humano. La posibilidad de evaluar cuidadosamente a los alumnos seleccionados durante un largo periodo de tiempo no supone validez externa de la investigación descriptiva, no permite sin más generalizar a la población a la que pertenecen. Las técnicas lineales no pueden modificarse cuando el estudio ya ha comenzado, no es posible interrumpir los procedimientos de observación y modificar las técnicas de recogida de datos. Los procesos de maduración, experiencia y formación recibida por los sujetos pueden también modificar con el tiempo las diferencias de progreso observadas. No obstante, los procedimientos de investigación lineal son los pertinentes para identificar procesos de desarrollo y cambio de actitudes.

La identificación de tendencias permite predecir hechos que ocurrirán en el futuro. Por ejemplo el número de personas de tercera edad en el año 2050, y las correspondientes demandas sociales.

El método experimental

El método experimental ha sido el procedimiento por excelencia de la medicina científica y sigue siéndolo. La finalidad del diseño experimental es triple: Maximizar la varianza sistemática primaria, por ejemplo, encontrar los factores principales de la vida sana en un entorno social concreto; minimizar la varianza del error (mejorar las muestras y los instrumentos de recogida de datos) y controlar la varianza sistemática secundaria (evitar que se introduzcan variables extrañas en el estudio que se está llevando a término). El método experimental se caracteriza por el control que se ejerce sobre las variables extrañas. El control de estas variables mediacionales para que no desvirtúen la consistencia de las relaciones que se estudia, exige, en primer lugar, la identificación de las mismas, y en segundo lugar, la utilización de una técnica de control adecuada en cada caso. Claro que en su potencia está su debilidad, ya que solo lo biológico, lo psicológico, lo social y lo étnico puede ser sometido a contraste (control) y más tarde a réplica. Lo esencial del hombre queda "triturado" por la "bondad" del método. Un modelo hacia el que ha derivado el método experimental, y que recibe el nombre de *Modelo hipotético deductivo* establece las etapas del proceso siguientes:

- Definición del problema.
- Estado de la cuestión.
- Formulación de hipótesis.
- Definición de variables.
- Población y muestra. Técnica de muestreo.

- Instrumentación.
- Diseño.
- Recogida de datos. Expresión numérica y gráfica.
- Interpretación. Cuantitativa y cualitativa.
- Contraste de hipótesis. Conclusiones.

Siempre se ha de definir qué hay que controlar, tener posibilidad técnica, y mantener el control a través de todo el proceso.

El método epidemiológico

La medicina clínica tradicionalmente enfocó el paciente de forma individual. La práctica clínica se orienta a la caracterización personal, y de los factores o circunstancias relacionados con su situación. La epidemiología, por su parte, tiene por objeto el estudio de los grupos humanos.

El significado etimológico de "epidemiología" deriva de los vocablos griegos *epi* (sobre), *demos* (pueblo), *logos* (ciencia). La epidemiología, por tanto, es el estudio de las epidemias, es decir, de las enfermedades que afectan en un momento dado a muchas personas en un entorno concreto. También puede definirse en un sentido más amplio como el estudio de la distribución y variables más importantes relacionadas con el estado de salud de comunidades concretas que se espera someter a control y prevención.

La epidemiología, como disciplina que también es, tiene un objeto y método. El objeto es la descripción, explicación y comprensión de las variables y factores que confluyen en las epidemias. El método epidemiológico, por su parte, es sencillamente una aplicación particular del método científico. Por tanto, el método epidemiológico es primariamente descriptivo y explicativo; y actualmente en la llamada nueva medicina, además comprensivo interpretativo.

La descripción epidemiológica, ya sea de naturaleza sistemática o participante, establece primariamente tres categorías de análisis, que a veces se llaman variables epidemiológicas:

- Tiempo.
- Lugar.
- Grupos humanos.

El modelo principal en el que se inspira el método epidemiológico es el hipotético deductivo experimental, en el que la descripción inicial, y más tarde en la formulación de hipótesis, trata de contrastar, a través de un proceso metodológico,

las hipótesis de trabajo y las propuestas de diagnóstico y solución iniciales que de sus resultados se deriven.

Las fases del método epidemiológico son las siguientes: definición del problema, estado actual de la cuestión, formulación de hipótesis, definición de variables y factores, población y técnica de muestreo, expresión de los datos, contraste de hipótesis y conclusiones. Los entornos, y las variables suelen derivarse de cuatro grandes áreas:

- Biogenéticas.
- Ambientales.
- Servicios de salud.
- Estilos, condiciones y modo de vida de los grupos y las comunidades sociales.

La Educación para la Salud, a través del método epidemiológico, trata en numerosos modelos básicamente de:

- Comparar indicadores básicos de salud.
- Definir necesidades (grupos o subgrupos).
- Establecer ayudas sociales oportunas.

Los índices más utilizados son las tasas. Las tasas directas o crudas de comparación introducen gran varianza de error, ya que no son comparables, por ejemplo, los factores de edad, sexo, nivel socioeconómico, etc., por tener una naturaleza muy diversa, lo cual induce a sacar conclusiones e interpretaciones equivocadas. Por ejemplo, el tabaquismo es factor de riesgo respecto de la cardiopatía isquémica, y además está asociado al consumo de café (el consumo de café es elevado entre los fumadores), pero debemos advertir que sin embargo no es variable intermedia en dicha relación causal.

La tasa específica por subgrupos minimiza la varianza de error. Claro que si los subgrupos consisten en poblaciones muy pequeñas las tasas pueden ser muy imprecisas. La edad es un factor de ajuste muy utilizado. La tasa ajustada o estandarizada se obtiene dividiendo el total de los casos esperados por el total de la población estándar.

Cuando los datos desde las muestras utilizadas se desean extrapolar a la población, la estandarización se utiliza *el método directo*. El procedimiento consiste en aplicar a dichos grupos las tasas concretas o específicas según la variable cuyo efecto se desea controlar en el estudio. La utilización de tasas ajustadas permite una aproximación comparativa con menor error. Las poblaciones estándares estudiadas deben ser de la misma proporción. A partir de las tasas ajustadas se puede:

- Establecer diferencias significativas si las hubiera.
- La razón de proporcionalidad entre ellas.
- El porcentaje de diferencia entre ellas.

El *método indirecto* de estandarización o normalización sigue un procedimiento metodológico diferente. No utiliza una población estándar sino tasas específicas estándares o de referencia que se aplican a las poblaciones que se desean estudiar, estratificadas por la variable que se quiere estudiar. Dividiendo el número de casos observados por el número de casos esperados se obtiene la razón de mortalidad estandarizada.

El método etnográfico

El *método etnográfico* estudia las formas de vida de los grupos o comunidades humanas desde la perspectiva propia de estas sociedades. La perspectiva que interesa al investigador de la pedagogía de la salud es la subjetiva del grupo, sea acertada o no. El investigador abandona su propio entorno para desplazarse a la comunidad que desea estudiar. La inmersión en la cultura ajena es absolutamente necesaria.

El investigador ha de establecer una distancia adecuada para poder observar los comportamientos de los grupos o subgrupos desde los valores vigentes en cada uno de ellos. Por tanto la observación no es la del experto, no es la observación científica clásica sino de naturaleza participante. El investigador etnográfico ha de ser aceptado por el grupo o comunidad a fin de poder establecer unas relaciones adecuadas.

Dada la importancia del mismo en la Educación para la Salud, se estudiará en capítulo aparte con mayor profundidad.

El estudio de casos

La modalidad del estudio clínico en la práctica de las ciencias de la salud ha sido sobresaliente. El análisis de un caso no permite generalizar a otras personas o grupos pero permite, cuando los casos se han repetido en sujetos diferentes, la formulación de hipótesis de investigación.

El caso cuando utiliza metodología experimental, cuantitativa, recibe el nombre de Diseño Intr Sujeto o Metodología N=1. Pero el caso también puede utilizarse desde una perspectiva comprensivo interpretativa, de naturaleza cualitativa.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Areyris C, Schön D. Participatory action research and action science compared. *American Behavioral Science*; 1989;32, núm. 5, mayo, junio: 612-623.
- Audi R. *Epistemology*. Great Britain Clays Ltd, St Ives plc. 1998.
- Bolelli D. *On the Warrior's path: Philosophy, fighting, and martial arts mythology*. Madison. Frog Books. 2003.

- Bagley C, Mizuno, Collins G. Schools and opportunities for multicultural contact, en *Research & Multicultural Education*, Londres. Ed. C. A. Grant The Falmer Press. 1992.
- Bartolomé M. *La investigación cooperativa. Vía para la innovación en la Universidad*, Barcelona. PPU. 1990.
- Bochenski. *Métodos actuales del pensamiento*. Madrid. Rialp. 1981.
- Carr W, Kemmis S. *Teoría crítica de la enseñanza. La investigación en la formación del profesorado*, Barcelona. Martínez Roca. 1988.
- Castle D. Limitations on an inclusive definition of ecosystem-human health. *Ethics and the Environment*; 2000.5:153–161.
- Castle DA. Gradualist theory of discovery in ecology. *Biology & Philosophy*; 2001a:16(4): 547–571.
- Cooper DE. *Epistemology: The classic readings*. London. Blackwell Pub. 1999.
- Corey SM. *Action research to improve school practice*. Nueva York. Columbia University. 1953.
- Creath R, Mainschein J. *Biology and epistemology*. Cambridge University Press. 1999.
- Crumley II, JS. *Readings in epistemology*. California. Mayfield Publishing Company. 1999.
- De Miguel M. Metodología de la investigación participativa y desarrollo comunitario. En: *Investigación en Animación Sociocultural*. Madrid. UNED. 1990.
- De Shutter A. *Investigación participativa. Una opción metodológica para la educación de adultos*. México. Crefal. 1986.
- Eliot C. Method and metaphysics in Clements's and Gleason's ecological explanations. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*; 2007:38(1): 85–109.
- Elliot J. *Investigación-acción en el aula*. Valencia. Generalitat. 1986.
- Escudero JM. La investigación-acción en el panorama actual de la investigación educativa. *Rev. de Innovación e Investigación Educativa*; 1987:3. ICE Murcia.
- Evans-Pritchard EE. *Antropología social*. Buenos Aires. Nueva Visión. 1975.
- Everitt N, Fisher A. *Modern epistemology*. London. McGraw-Hill, Inc. 1995.
- Flordi L. *Scepticism and the foundation of epistemology*. Leiden. E.J. Brill 1996.
- Gordis L. *Epidemiology*. Philadelphia. W.B. Saunders Company. 2000.
- Goyette G, Lessard M. *La investigación-acción*. Barcelona. Laertes. 1988.
- Greco J, Sosa E. *Epistemology*. Oxford. Blackwell Publishers. 1999.
- Hopkins D. *A teachers guide to classroom research*. Londres. Open University Press. 1985.
- Howell E. Jackson *et al.* Fundamentals of statistical analysis. En: *Analytical Methods for Lawyers*. Foundation Press. 2003:8; 473.
- Jorgensen DL. *Participant observation. A methodology for human studies*. Newbury Park. Sage Publications. 1989.
- Kemmis J, McTaggart R. *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona. Laertes. 1988.
- Kemmis J. Mejorando la educación mediante la IAP. En: *La IAP. Inicios y desarrollo*. Madrid. Popular. 1992.
- Kivcheole J. *The teachers as researches: qualitative inquiry as a path to empowerment*. London. The Falmer Press. 1991.

- Kulp CB. *Realism/antirealism and epistemology*. Oxford. Rowman & Littlefield Publishers, Inc. 1997.
- Kymlicka W. *Multicultural Citizenship*. Oxford. Clarendon Press. 1996.
- Last J. *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press. 2001.
- Le Compte M, Goetz JP. Problems of reliability and validity in ethnographic research. *Review of Educational Research*; 1982;52, núm. 1, págs. 31-60.
- Le Compte M, Preissle J. *Ethnography and qualitative design in educational research*, Orlando. Academic Press. 1984.
- Lewin K. Action research and minority problems. *Journal of social Issues*; 1946;2, núm. 4, págs. 34-46.
- Lewis D. *Papers in metaphysics and epistemology*. Cambridge University Press. 1999.
- López-Barajas E. *Fundamentos de metodología científica*. Madrid. UNED. 1988.
- López-Barajas E. La evaluación de la enseñanza abierta. Cualitativa vs cuantitativa, *Rev. Iberoamericana de Educación Superior a Distancia*. 1992. págs. 47-77.
- López-Barajas E. *Estrategias de formación en el Siglo XXI*. Barcelona. Ariel. 2006.
- Malinowski B. *A diary in the strict sense of the term*. London. Routhedge Kegan Paul. 1967.
- Malinowski B. *Los argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona. Península. 1973.
- McNiff. *Action research*. Londres. MacMillan. 1988.
- McTaggart R. Principles for participatory action research. *Adult Education Quarterly*; 1991: 41, núm. 3, págs. 168-187.
- Matriz Alcott L. *Epistemology: The big questions*. London. Blackwell Publishers. 1998.
- Merriam SB. *Case study research in education. A qualitative approach*. San Francisco. Oxford. 1990.
- Morales JF et al. *Metodología de la psicología*. Madrid. UNED. 1981.
- Node S, Smulyan L. *Collaborative action research a development approach*. Londres. The Falmer Press. 1989.
- Osborne R. *The biological and social meaning of race* San Francisco. WH Freeman and Company. 1964.
- Pérez Serrano G. *La Investigación-Acción. aplicaciones al campo social y educativo*. Madrid. Dykinson. 1990.
- Pietersman H. *Phenomenological epistemology*. Oxford. Oxford University Press. 2000.
- Preys G Siebelt, F Ulfigl A. *Language, mind and epistemology*. London. Kluwer Academic Publishers. 1994.
- Quintana J. *Investigación participativa. Educación de adultos*. Madrid. Narcea. 1986.
- Rahman A, Fals Borda O. La situación actual y las perspectivas de la IAP en el mundo. En: *La IAP. Inicios y desarrollo popular*. Madrid. 1992:205-223.
- Rhys Williams T. *Métodos de campo en el estudio de la cultura*. Madrid. Taller de Ediciones J. B. 1973.
- Robbennolt JK. Evaluating empirical research methods: Using empirical research. *Law and Policy*; 2002;81 Neb. L. Rev. 777.
- Salazar C. *La Investigación-Acción participativa. Inicios y desarrollo*. Madrid. Popular. 1992.
- Schon D. *Educating the reflective Practitioner*. San Francisco. Jossey-Bass. 1987.

- Schutz A, Luckmann T. *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires. Amorrortu. 1977.
- Stroll, A. *Epistemology. New essays in the theory of knowledge*. San Diego. California, Gregg Revivals. 1994.
- Walton R. Research action and participation. *American Behavioral Scientist*; 1989;32, núm. 5, mayo-junio, págs. 582-611.
- Watkins K. Validity in action research, documento presentado en la *Annual Meeting of the American Educational Research Association*. Chicago. 1991, abril 3-7.
- Winter R. *Learning from experience. Principles and practice in action research*. Londres. Falmer Press. 1990.

El método epidemiológico en investigación. Conceptos básicos

Beatriz Pérez y Esperanza Escortell

‘Todo trabajo científico es incompleto, sea observacional o experimental. Todo trabajo científico es susceptible de ser invalidado o modificado por el avance del conocimiento’
HILL, 1971.

INTRODUCCIÓN. CONCEPTO DE EPIDEMIOLOGÍA. EL MÉTODO CIENTÍFICO Y SU APLICACIÓN A LA EPIDEMIOLOGÍA. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA. MEDIDAS BÁSICAS EN EPIDEMIOLOGÍA. TIPOS DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS. FASES DE UNA INVESTIGACIÓN. GLOSARIO. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

■ INTRODUCCIÓN

La Epidemiología estudia cuántas veces aparecen las enfermedades en diversos grupos de personas y por qué causa, siendo, por tanto, una parte tan básica de la descripción de una patología como pueden serlo los hallazgos clínicos o analíticos. Hoy en día, la metodología epidemiológica es un instrumento fundamental en el estudio de todas las enfermedades, agudas y crónicas, y resulta imprescindible para todos aquellos que trabajan en temas relacionados con la salud. Se trata de una herramienta clave en el progreso de las Ciencias de la Salud puesto que permite conocer la historia natural de las enfermedades, identificar aquellos factores cuyo

cambio mejora la salud de la población, proponer y evaluar estrategias de prevención, y sirve, además, como guía en el tratamiento de los pacientes en los que ya se ha desarrollado la enfermedad.

En este capítulo se abordan algunos aspectos fundamentales de esta ciencia, como son el concepto de "epidemiología" y sus aplicaciones más habituales en la actualidad, las medidas más utilizadas en el ámbito de la epidemiología y los tipos básicos de estudios epidemiológicos. Nuestro objetivo es familiarizar al lector con la terminología epidemiológica elemental, que actualmente resulta indispensable para ser capaz de comprender la gran mayoría de los artículos que se publican en las revistas científicas del campo de la salud.

Para aquellas personas especialmente interesadas en profundizar en estos temas se ha propuesto una bibliografía básica. En ella se incluyen también algunas direcciones interesantes de internet y la referencia de dos programas informáticos de estadística y epidemiología gratuitos, que facilitan la puesta en práctica de parte de los conceptos presentados.

CONCEPTO DE EPIDEMIOLOGÍA

La palabra "epidemiología", derivada etimológicamente del término de origen griego *epidemia*, aparece ya en nuestro país en el siglo XVI, como título de un libro sobre la peste de un médico español llamado Quinto Tiberio Angelerio (Piedrola *et al.*, 1991). Sus raíces pueden encontrarse en los trabajos de Hipócrates, que muestran una orientación comunitaria y global en su comprensión de las enfermedades, acorde con el enfoque de la Epidemiología moderna. Si bien en sus inicios, esta ciencia estuvo exclusivamente relacionada con las enfermedades infecciosas, en la actualidad, su campo de acción abarca todos los fenómenos relacionados con la salud de las poblaciones. Hoy en día, se define a la Epidemiología como el estudio de la distribución de las enfermedades y acontecimientos relacionados con la salud de las poblaciones, y la aplicación de dicho estudio al control de los problemas de salud. Es más que un método científico, incluye también el cuerpo de conocimiento y las inferencias resultantes de su uso.

La Epidemiología ha permitido prevenir enfermedades y conocer su mecanismo de transmisión mucho antes de que se conociese su causa. Uno de los ejemplos más claros de su utilidad lo constituye el ya clásico estudio de la epidemia de cólera de Londres de 1854 que realizó un médico inglés llamado John Snow, considerado por muchos como uno de los padres de la epidemiología. Gracias a sus trabajos pudieron evitarse muchísimas muertes en la ciudad aproximadamente 30 años antes de que Koch aislase el microorganismo que la produce, el vibrión cólico (Snow J, 1855). Snow sospechaba que el suministro de agua podía estar implicado en la transmisión de la enfermedad. Para poder probar esta teoría, diseñó un sencillo estudio de inves-

tigación. El médico visitó una por una las casas en las que había habido muertes por cólera y averiguó qué compañía les suministraba el agua de consumo doméstico. Obtuvo también información sobre cuántas casas obtenían el agua de dos de las compañías mas importantes, *Southwark & Vauxhall Co.* y *Lambeth Co.* Con estos datos calculó las tasas de mortalidad por cólera que sufrían quienes recibían el agua de una u otra compañía (véase Tabla 14.1).

Tabla 14.1. Proporción de muertes en las primeras siete semanas de la epidemia de cólera de Londres según la compañía de suministro de aguas (Snow, 1855).

Distritos de Londres según Compañía de agua de bebida	Casas	Muertes	Muertes x 10.000 casas
Southwark y Vauxhall	40.046	1.263	315
Lambeth	26.107	98	37
Resto de Londres	287.345	1.422	59

Al mirar los resultados, encontró que los casos fatales de cólera eran mucho más frecuentes entre los usuarios de la compañía *Southwark & Vauxhall*, que bombeaba agua del río Támesis tras la incorporación de las aguas residuales de la ciudad, que entre los usuarios de la Compañía *Lambeth*, que tomaba el agua del Támesis antes de cruzar Londres y estaba, por tanto, libre de contaminación (véase Figura 14.1). Sus resultados resultaron tan evidentes que las autoridades tomaron medidas para que las demás compañías de suministro de aguas moviesen sus puntos de extracción a zonas no contaminadas, evitando así nuevos casos de cólera.

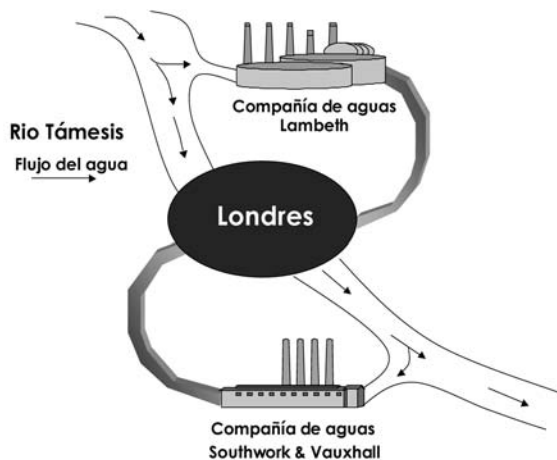


Figura 14.1. Londres 1854.

Incluso en este ejemplo, que se remonta a dos siglos atrás, se observa cómo la epidemiología utiliza todos los métodos, herramientas y fuentes de información a su alcance para cumplir sus objetivos, focalizando su atención en poblaciones en lugar de estudiar casos individuales de enfermedad, y combinando tanto observaciones de campo como información clínica y de laboratorio. Una de sus características fundamentales es, pues, el abordaje multidisciplinar con el que se enfrenta a los problemas.

Como ciencia eminentemente cuantitativa, la Epidemiología comparte métodos, conceptos y enfoque con disciplinas como la demografía y la bioestadística, esenciales para el análisis e interpretación de la información epidemiológica. Por otra parte, la observación y experimentación epidemiológica no se suelen realizar en el laboratorio, sino en una población con una realidad socioambiental concreta. Desde esta perspectiva, la Epidemiología puede considerarse también una ciencia eminentemente social, situada dentro del ámbito de la ecología humana.

Para Jeniceck (1987) la Epidemiología es, además, una disciplina:

- *determinista*, pues su esquema de pensamiento se apoya en la cadena secuencial causa-efecto;
- *relativista*, puesto que las observaciones sobre fenómenos de salud, solo se consideran válidas en el contexto en el que se realizan, y
- *evolucionista*, ya que la salud y sus determinantes cambian con el tiempo.

En las últimas décadas, los ordenadores han pasado a jugar un papel primordial en esta ciencia. Han permitido avances importantes en la metodología epidemiológica y en la estadística relacionada con ella, y facilitan a los investigadores analizar problemas con causas múltiples, antes difícilmente abordables. Éstos son, sin embargo, solo herramientas de trabajo: la lógica epidemiológica, independiente del razonamiento médico clínico-asistencial y del razonamiento estadístico, debe ser la que guíe los pasos del investigador.

Usos de la Epidemiología

El uso más importante de la Epidemiología es mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y la salud. Da al clínico una perspectiva de la enfermedad más amplia que la obtenible mediante la experiencia individual, y permite a los responsables sanitarios conocer la magnitud de los problemas, identificar medidas de control, y evaluar su eficacia. Esta disciplina ha sido particularmente efectiva para ayudar a

identificar agentes etiológicos, factores de susceptibilidad, modos de transmisión de agentes infecciosos y determinantes ambientales de enfermedad. El diseño, realización e interpretación de estudios sobre medidas preventivas y terapéuticas tales como vacunaciones, medicamentos o cambios nutricionales son en gran medida actividades epidemiológicas.

Podríamos decir que los principales usos de la Epidemiología, según Jenicek (1987), son los siguientes:

1. Contribuir a mejorar la definición de las enfermedades y su clasificación, estableciendo la historia natural de las enfermedades, en sus formas clínicas y manifestaciones inaparentes, tales como infecciones sub-clínicas, estados de portador o estadios precursores de enfermedades crónicas y degenerativas.
2. Identificar la magnitud de la enfermedad y/o de la salud en una población definida, señalando, además, los grupos de particular interés (grupos de riesgo) y, permitiendo definir los programas de salud necesarios (tratamiento o intervención comunitaria).
3. Describir la causa por la que aparece y persiste una enfermedad en una comunidad, siendo este punto un elemento clave para el desarrollo de medidas preventivas.
4. Suministrar datos necesarios para la planificación sanitaria y la evaluación de programas de salud de los organismos sanitarios, permitiendo calibrar su eficacia.
5. Llevar a cabo la vigilancia epidemiológica, es decir, estudiar la evolución temporal de los fenómenos de salud, incluidas las enfermedades y sus determinantes, para predecir su evolución futura y diseñar medidas de prevención y control.

EL MÉTODO CIENTÍFICO Y SU APLICACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

Nuestro conocimiento de la etiología de la enfermedad se modifica y crece gradualmente a través del ciclo del método científico, que consiste en observar hechos, elaborar teorías, deducir hipótesis que expliquen satisfactoriamente dichos hechos, y someter tales hipótesis a observación para adoptarlas o no como provisionalmente verdaderas (véase Figura 14.2). El conocimiento científico avanza realmente mediante la refutación/rechazo de las hipótesis planteadas más que con su confirmación.

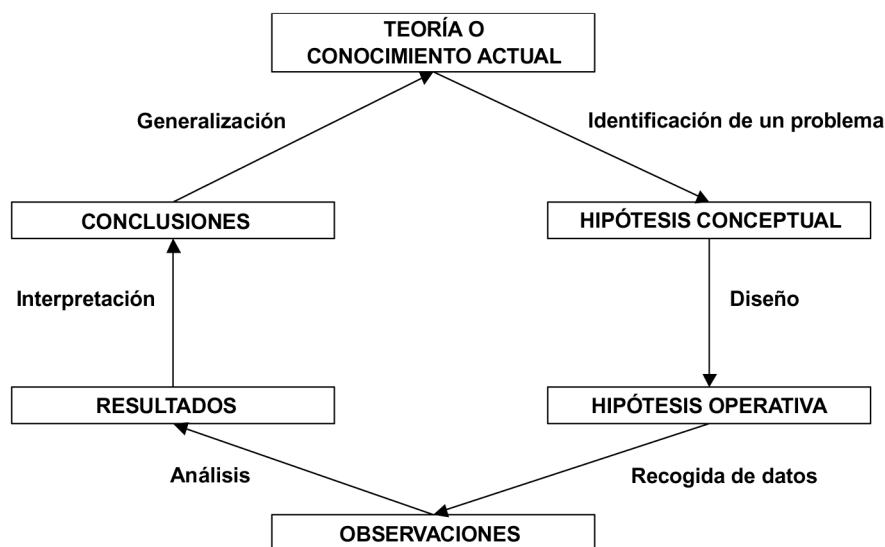


Figura 14.2. Ciclo del método científico.

El esquema básico de trabajo en epidemiología —método epidemiológico— es la aplicación de dicho ciclo al estudio de los problemas de salud y de las enfermedades de la población. Como éste, tiene las siguientes fases:

- *Observación:* ante un problema determinado de salud, los primeros pasos del epidemiólogo se orientan al conocimiento del mismo, mediante búsqueda de la información publicada sobre ese tema (bibliografía) y a través de estudios descriptivos (trabajos de campo). Los estudios descriptivos son una parte fundamental del quehacer epidemiológico y constituyen, en muchas ocasiones, el punto de partida para la puesta en marcha de investigaciones más complejas. Las encuestas alimentarias o sobre hábitos de salud son ejemplos de estudios descriptivos que permiten al educador adaptar las actividades educativas a las necesidades reales de la población.
- *Formulación de hipótesis:* a partir de la información epidemiológica descriptiva, habitualmente surgen preguntas que llevan al investigador a plantearse posibles explicaciones teóricas o hipótesis conceptuales que justifiquen los hechos observados. El estudio descriptivo aporta datos básicos que facilitan la generación de hipótesis. Un ejemplo clásico de esta situación se dio cuando se detectaron varios casos de mesotelioma pleural —un tipo de neoplasia poco frecuente— en trabajadores de cementeras: esto hizo que los epidemiólogos sospechasen que la exposición a alguno de los materiales utilizados en estas industrias podría tener relación con la aparición de esta enfermedad.

- *Contraste de hipótesis*: una hipótesis científica solo es útil si permite conocer mejor la realidad; es decir, las hipótesis teóricas planteadas deben contrastarse empíricamente. Para ello se deducen consecuencias de las mismas (hipótesis operativa) y se comparan con la experiencia, mediante observación organizada y sistemática. La afirmación "creo que fumar produce cáncer de pulmón" no puede evaluarse; esta hipótesis conceptual debe reelaborarse de forma que se pueda contrastar empíricamente, es decir, mediante una experiencia: "la incidencia de cáncer de pulmón en fumadores será mayor que en no fumadores". En Epidemiología, normalmente, las hipótesis explicativas se elaboran en términos probabilísticos, planteándolas como una relación matemática. De esta manera, se maneja una poderosa herramienta que permite poner a prueba y rechazar o no una hipótesis concreta. Los estudios epidemiológicos adecuados para esta fase del ciclo son los experimentales o los analíticos observacionales, diseñados para estudiar si la asociación entre dos variables es significativamente mayor o menor de la que se explicaría por azar.
- *Generación de nuevos conocimientos*: tras el contraste de las hipótesis operativas con la experiencia, el investigador rechaza o no la hipótesis de partida. El conocimiento obtenido con este proceso puede permitir aclarar la pregunta que intentaba responder la investigación. Puede hacer, también, que surjan nuevas preguntas, iniciando un nuevo ciclo.

■ OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

El ciclo del método epidemiológico tiene como finalidad fundamental ampliar los conocimientos generales sobre la salud y la enfermedad en las poblaciones, si bien, podríamos decir que, en la práctica, las metas de los estudios epidemiológicos son dos:

- *Describir* detalladamente la distribución de la enfermedad o proceso en la población, relacionándola al mismo tiempo con las características de la gente y del entorno en el que viven. Para este fin suelen diseñarse *estudios descriptivos* y resultan particularmente adecuadas las llamadas *medidas de frecuencia*.
- *Explicar* las causas o factores predisponentes asociados a la enfermedad y/o factor de riesgo objeto de estudio. Los diseños más utilizados para este fin suelen ser los *estudios experimentales y observacionales analíticos*. Habitualmente se estima el posible efecto de la hipotética causa sobre la enfermedad mediante el cálculo de indicadores denominados *medidas de asociación*. Si además se quiere calibrar este efecto en la población total, se utilizan también las *medidas de impacto*.

Criterios de causalidad

Gran parte de los trabajos realizados en epidemiología se orientan a buscar posibles causas de enfermedad para prevenir sus efectos. Rothman (1998), define como causa de una enfermedad a todo acontecimiento, condición o característica que juega un papel esencial en producir su ocurrencia. Sin embargo, resulta complejo asegurar que un factor de riesgo cause una patología; por otra parte, es difícil imaginar que una enfermedad pueda tener solamente una causa. Por ejemplo, fumar no causa cáncer a todos los fumadores, entonces, ¿cómo aseguramos que fumar causa cáncer? y ¿qué factores actúan junto con el fumar para que el cáncer se produzca?

El debate sobre la consideración de una asociación como causal ha sido intenso y sigue todavía abierto. Para afirmar que existe una relación causa-efecto entre un proceso y un posible factor de riesgo, se acepta habitualmente que deben cumplirse unos criterios, siendo los más populares los enunciados por Hill (1975). Algunas de las razones que, para este autor, apoyan que una relación enfermedad-factor de riesgo sea causal, son la *fuerza de la asociación* entre ellos, que dicha asociación se observe repetidamente en poblaciones y circunstancias diferentes (*consistencia*), que la frecuencia de aparición de la enfermedad aumente con la dosis, tiempo y nivel de exposición al factor de riesgo (*efecto dosis-respuesta*), que la hipotética relación causal sea *coherente con los conocimientos científicos disponibles* y que la posible causa preceda al efecto en el tiempo (*secuencia temporal*). Ninguno de estos criterios aporta evidencia incontestable a favor o en contra de la hipótesis causa-efecto. Sin embargo, tenerlos en mente resulta útil para mantener un espíritu crítico antes de considerar a un factor de riesgo como causa de un proceso.

En realidad, la demostración experimental es la prueba causal por excelencia, pero en muchos casos no es posible conseguirla por motivos éticos o prácticos. Para suplir estos problemas, la Epidemiología aporta, además, los estudios observacionales analíticos, que proporcionan también evidencias científicas para ayudar a establecer relaciones de causalidad.

Validez y precisión: sesgos y errores aleatorios

Un resultado que apoye nuestra hipótesis puede no servirnos para nada si el estudio con el que se obtuvo no estaba bien diseñado. Las principales preguntas que nos hacemos al valorar un estudio son tres. La primera y más importante es si su resultado es correcto, es veraz, es cierto (validez interna). En caso afirmativo, procede preguntarse cuán exacta es la respuesta que da el problema planteado (precisión). La tercera pregunta es si el resultado es aplicable al conjunto de nuestros propios pacientes, y no solo a los incluidos en el estudio (validez externa) (Porta *et al.*, 1987).

Validez interna

La primera condición para que un estudio sea útil es que sus resultados sean válidos, es decir, que midan aquello que deben medir. Esta afirmación puede parecer una perogrullada; sin embargo, muchos de los principales problemas que se encuentran, incluso en estudios de investigación publicados en revistas científicas, tienen relación con la validez interna del estudio, entendiendo como tal al grado en que los resultados del mismo están libres de sesgos.

Un *sesgo* es la tendencia sistemática a subestimar o sobreestimar el parámetro de interés a causa de una deficiencia en el diseño o en la realización de un estudio. También se le denomina error sistemático. Cualquier sesgo existente en la recogida, análisis, interpretación, publicación o revisión de los datos, que no se haya descrito o tenido en cuenta, puede llevar a conclusiones falsas que invaliden el estudio. Habitualmente el sesgo no se puede eliminar por completo de los estudios epidemiológicos. El objetivo, por tanto, debe ser mantenerlo en un mínimo, identificar los sesgos que no se pueden evitar, determinar su efecto potencial y tener esto en cuenta cuando se interpretan los resultados (Coggon, 1995). Según Rothman (1998), pueden identificarse tres tipos generales de sesgos: sesgos de selección, sesgos de información y variables o factores de confusión.

Hay *sesgo de selección* cuando el resultado obtenido puede explicarse, total o parcialmente, por cómo se seleccionaron los pacientes del estudio. En un ensayo clínico se minimiza la posibilidad de introducir un sesgo de selección porque la asignación de los enfermos al grupo experimental y al grupo de comparación se realiza aleatoriamente. Sin embargo, en los estudios observacionales los individuos pertenecen de por sí a un grupo determinado (enfermos o no enfermos), sin que el investigador pueda modificar esta situación. Por este motivo, en los estudios de casos y controles, y a veces en los de cohortes, se puede incurrir en este tipo de error con facilidad.

Como ejemplo podemos plantear un estudio caso-control relacionando la exposición al humo del tabaco y la aparición de cáncer de pulmón, en el que los controles o grupo de comparación son elegidos entre pacientes ingresados en un servicio de Neumología. Probablemente, muchos de ellos tendrán bronquitis crónicas producidas por la exposición al tabaco. Si en este estudio no encontramos diferencias entre el porcentaje de fumadores entre los casos y los controles, podríamos concluir, erróneamente, que no existe asociación entre el tabaco y el cáncer de pulmón. En realidad, se está diluyendo la asociación del tabaco con el cáncer de pulmón debido a una mala selección de los controles.

El *sesgo de información* se produce cuando existen errores en la medición de la exposición o de la enfermedad. Resulta un problema más importante si este error se produce únicamente en uno de los grupos de pacientes a comparar; debe intentarse, por tanto, que todas las variables sean medidas de la misma forma en todos los participantes en el estudio

Podemos citar algunos ejemplos: Si se plantea un estudio para valorar la asociación entre hábitos sexuales y SIDA, y la información se obtiene a partir de una entrevista personal a los enfermos de SIDA, mientras que para los individuos del grupo control se recoge de la historia clínica, es de esperar que en el primer grupo la información sea muchísimo más exacta que en el segundo. El sesgo de recuerdo o de memoria es uno de los sesgos de información más clásicos, y suele citarse como ejemplo del mismo a los estudios de malformaciones congénitas. Las madres con hijos afectados tienen un mayor estímulo para recordar todo aquello que pudiera haber sucedido durante el embarazo y jugado algún papel en la génesis de la malformación —exposiciones a fármacos, enfermedades...— que las madres con hijos sanos.

El *factor de confusión* es una variable, no tenida en consideración por el investigador, que enmascara el valor real de la asociación entre un posible factor de riesgo y una enfermedad, puesto que se relaciona a la vez con la exposición y con el efecto estudiado, y no es un paso intermedio entre ambos. A diferencia de los sesgos que son, normalmente, de difícil solución una vez producidos, los factores de confusión pueden ser parcial o totalmente corregidos en la fase de análisis de resultados, si se dispone de la información sobre los mismos. Es importante pensar en todas las posibles variables de confusión antes de empezar el estudio para poder recoger datos sobre las mismas. La edad y el sexo deben ser casi siempre considerados como potenciales factores de confusión.

Para explicar este concepto mediante un ejemplo, podríamos poner el caso de un investigador que, como resultado de un estudio, encontrase que el cáncer de pulmón es mucho más frecuente en las personas que beben coñac. Esto podría hacerle concluir, erróneamente, que beber coñac puede producir este tipo de cáncer. Sin embargo, existe una explicación alternativa mucho más plausible: que el tabaco sea un factor de confusión en este estudio, puesto que, por una parte, el tabaco es un factor de riesgo conocido del carcinoma de pulmón y, por otra, los bebedores de coñac suelen fumar más que los no bebedores.

Precisión

Medir es asignar valores a las variables del estudio; sin embargo, cualquier medición puede comportar cierto grado de error, siendo crucial conocer su magnitud, y si afecta a la interpretación de los resultados. La *precisión* o carencia de error debido al azar, como la denomina Rothman (1998), expresa el grado en que se obtienen resultados similares cuando se mide algo en más de una ocasión y en las mismas condiciones. Siempre existirá la posibilidad de que al medir algo varias veces los resultados sean diferentes, solo por azar (error aleatorio), y la estadística permite cuantificar estas diferencias; cuanta menor variabilidad se obtenga al repetir una

medición, más fiable será el proceso. La precisión puede ser mejorada de dos formas: incrementando el tamaño de la muestra o modificando el diseño del estudio.

Podemos explicar mejor qué es la precisión utilizando un ejemplo: al medir, con una técnica nueva, la concentración de colesterol en sangre a un sujeto en tres ocasiones, se obtienen los siguientes resultados: 120 mg/dl, 180 mg/dl y 300 mg/dl. A la vista de estos datos, podemos decir que esta técnica produce resultados muy poco precisos. ¿Tiene el colesterol alto o bajo? Probablemente, no recomendaríamos su utilización; además, no sabríamos qué actitud terapéutica tomar frente a este paciente.

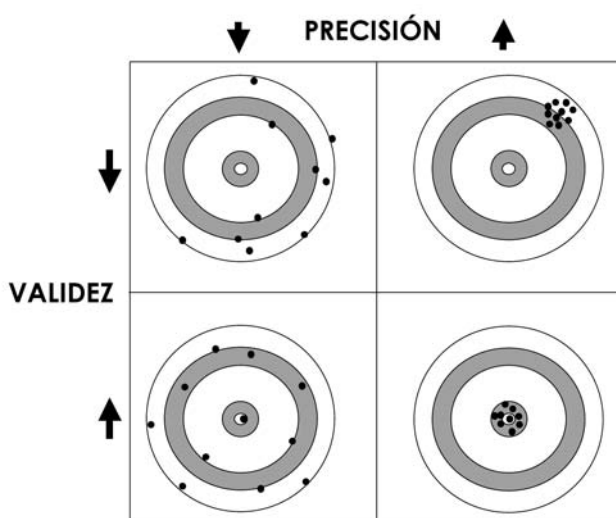


Figura 14.3. Combinaciones de diversos grados de precisión y validez.

La validez y la precisión se explican muchas veces usando como ejemplo una diana de tiro. Una escopeta muy precisa pero mal calibrada (poca validez) tiraría siempre al mismo sitio pero no acertaría en el centro de la diana. Si la escopeta estuviese bien calibrada pero fuese poco precisa, los disparos estarían centrados en la diana pero habría una gran variabilidad en la distancia entre el centro de la misma y cada uno de los impactos. Solo una escopeta válida y precisa nos sería útil para tener una cierta garantía de dar en el centro.

Podemos usar otro ejemplo más sanitario (Argimón, 2004) para ilustrar las diferencias entre el error aleatorio o precisión y los errores sistemáticos o sesgos, que afectan a la validez. En un centro de salud, cinco enfermeras diferentes miden la presión arterial sistólica (PAS) de un individuo. Sabemos que su valor verdadero de PAS es 120 mm Hg. En el lado izquierdo de la tabla, se plantea un problema en la precisión de la medida, y en el derecho, un problema en la validez de la misma.

Error aleatorio	Error sistemático o sesgo
Medidas de las cinco enfermeras: 100, 110, 120, 130 y 140 mm Hg	Medidas de las cinco enfermeras: 170, 170, 171, 169 y 170 mm Hg
Poca precisión: Los resultados difieren mucho entre sí. La precisión mejora si aumento el número de enfermeras que miden y obtienen resultados similares.	Mucha precisión: Los resultados son muy parecidos entre sí.
No hay sesgo: El valor medio de las observaciones se acerca al valor verdadero. Por eso el resultado (media) es válido.	Sí hay sesgo: El valor medio está lejos del valor verdadero y por tanto, el resultado no es válido. Esto no se corrige aunque un mayor número de enfermeras midan la tensión, si obtienen datos similares. Probablemente el aparato de medir está mal calibrado. Si desconozco este problema, recomendaré tratamiento al paciente cuando en realidad no lo necesita.

Validez externa

La validez externa es la posibilidad de generalización de los resultados obtenidos; es decir, un estudio es externamente válido cuando sus conclusiones pueden aplicarse a la población diana para las que se planificó el mismo (Last, 1989). Para que el resultado de un estudio sea generalizable es evidente que éste debe tener, obligatoriamente, validez interna.

La extrapolación de conclusiones de un estudio a otra población no es una simple cuestión estadística, sino un proceso valorativo que exige juzgar qué es relevante e irrelevante en cada caso, desde un punto de vista clínico, social, biológico, etc. (Rothman, 1998). No podemos asumir, por ejemplo, que la frecuencia de obesidad mórbida obtenida en sujetos residentes en una metrópoli estadounidense, sea generalizable a la población de una ciudad española, ya que los hábitos nutricionales en ambos países son muy diferentes.

MEDIDAS BÁSICAS EN EPIDEMIOLOGÍA

Para la Epidemiología resulta fundamental saber cuántos casos de enfermedad existen en una población determinada; dos investigadores, sin embargo, podrían tener diferentes criterios a la hora de clasificar a un sujeto como sano o enfermo. Para evitar este problema, en los estudios epidemiológicos se debe indicar explícitamente qué características debe tener un paciente para ser considerado como caso (*definición de caso*). De esta manera, al comparar nuestros resultados con los de otros trabajos similares, podemos tener en cuenta qué tipo de pacientes seleccionaron; además, la definición de caso permite que otros equipos de investigación puedan repetir un estudio ya realizado, y ratifiquen o no los resultados obtenidos. Como regla general, se denomina *caso* a aquel sujeto de la población de estudio que padece la enfermedad, trastorno sanitario o proceso que se investiga (Last, 1989). La definición epidemiológica de caso no coincide necesariamente con el significado clínico corriente de este término y debe estar adaptada a los fines del estudio.

Tras determinar qué se considera caso para el estudio que se va a realizar, debe seleccionarse el tipo de medida según el objetivo perseguido: si lo que se desea es saber cuántos casos existen o cuántos aparecen, usamos las *medidas de frecuencia*; si nuestro objetivo es cuantificar el posible efecto de un factor de riesgo sobre un proceso, calculamos *medidas de asociación o riesgo*. Si, además, se quiere estimar este efecto en la población, se utilizan las *medidas de impacto*.

Medidas de frecuencia

La medida de frecuencia más elemental es el número de casos de enfermedad. Sin embargo, esta información suele ser insuficiente: los casos de enfermedad deben relacionarse con la población en la que ocurren y con el periodo de tiempo en el que se producen. Las medidas de frecuencia que cubren estas necesidades son las medidas de prevalencia e incidencia. Podríamos decir que se diferencian entre sí de la misma forma que un fotograma y una película, si bien esto no es exacto: la prevalencia mediría cuántos actores del total de la plantilla están en una escena concreta y la incidencia cuántos actores nuevos van entrando en ella.

Prevalencia

Las medidas de prevalencia describen la proporción de la población que *padece* la enfermedad en estudio en un momento dado. Se estiman, típicamente, a partir de los estudios descriptivos y se pueden calcular tanto en un momento dado (prevalencia puntual), como en un periodo definido de tiempo (prevalencia de periodo).

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Nº de personas con la enfermedad en un momento dado}}{\text{Nº de personas de la población en ese momento}}$$

Como ejemplo podríamos usar la información obtenida en una encuesta sobre hábitos y estilos de vida a población juvenil. Una de las preguntas es: ¿fumas en la actualidad? Si se entrevista a 10.000 jóvenes y de todos ellos 2.400 afirman que fuman diariamente, se puede decir que la prevalencia de tabaquismo en esta población es del 24%.

Incidencia

A diferencia de las medidas de prevalencia, más estáticas, las medidas de incidencia pretenden expresar el flujo o paso de individuos desde el grupo de sujetos sanos al de enfermos. Este tipo de medidas resultan muy útiles para identificar factores de riesgo y, habitualmente, suelen calcularse a partir de estudios en los que existe un seguimiento clínico de los sujetos en el tiempo, jugando éste un papel fundamental para su cálculo. Suelen utilizarse dos tipos de medida de incidencia: la incidencia acumulada y la densidad o tasa de incidencia.

Incidencia Acumulada (IA)

Podemos definir la IA, de acuerdo con Rothman (1998), como la proporción de una población fija que *cae* enferma en un periodo de tiempo dado. Si asumimos que *riesgo* es la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en un intervalo especificado de tiempo, la IA puede considerarse como una medida del riesgo medio de enfermar en ese periodo. Por tanto, no puede entenderse si no se especifica el periodo de tiempo que se aplica.

$$\text{Incidencia acumulada} = \frac{\text{Nº de casos nuevos en el periodo considerado}}{\text{Total de personas en riesgo al inicio del periodo}}$$

Por ejemplo, podríamos situarnos en el caso de un Equipo de Atención Primaria (EAP) que tenga interés en saber cuántos casos nuevos de diabetes ha visto este año. En su búsqueda de información, encuentran que solo se han diagnosticado 18 diabéticos en este periodo. Si consideramos como población que podría enfermar (población de riesgo) a 18.000 individuos que no tenían diabetes al finalizar el año anterior, la incidencia acumulada de diabetes en esta población, y para este periodo, sería entonces de 0,1%. Es decir, de cada 1.000 individuos sanos en esta población, uno enfermó de diabetes a lo largo del año.

En el cálculo de la IA se asume que el tiempo de observación es el mismo para cada individuo. Por eso se utiliza con frecuencia en enfermedades de corta duración y rápida aparición (infarto agudo de miocardio, brotes epidémicos). Suele ocurrir, sin embargo, que no todas las personas de la población están en observación el mismo tiempo: algunas ‘entran’ en el estudio en épocas diferentes (por ejemplo, apertura de historias según los pacientes acuden a las consultas), y otras pueden perderse por causas conocidas o desconocidas (fallecimiento, cambio de domicilio...). Existe otra medida de incidencia que resuelve este problema: la densidad de incidencia.

Tasa o densidad de incidencia (DI)

La tasa o densidad de incidencia expresa la velocidad a la que se producen los casos de la enfermedad que se estudia. Operativamente se define como el número de enfermos nuevos en la población dividido por la suma de los periodos de tiempo de observación de cada uno de sus individuos. El numerador es el mismo que en la IA, pero el denominador incorpora la dimensión tiempo; aquí radica la diferencia esencial entre DI e IA, ya que la primera permite que los periodos de observación para cada individuo sean diferentes. Se considera *tiempo de observación* al periodo durante el cual cada sujeto permanece en el grupo de estudio sin haber enfermado aún.

Esta medida tiene especial interés al evaluar hipótesis etiológicas de enfermedades crónicas y con largos periodos de latencia. A diferencia de la prevalencia y de la incidencia acumulada, la tasa de incidencia no es una proporción y sus valores pueden oscilar entre 0 e infinito.

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\text{Nº de casos nuevos en el periodo considerado}}{\text{Suma de los tiempos de observación de los individuos}}$$

Podemos explicar la TI con un ejemplo, seleccionando a diez niños sanos para un estudio, que va a durar un mes, donde se calculará la tasa de incidencia de otitis media. Uno de los participantes permanece sano todo el periodo de observación. Seis de los niños enferman de otitis a los 10 días desde el inicio del estudio, dos a los 15 días, y el niño restante abandona el estudio a los 20 días por cambio de domicilio. Para el cálculo de la tasa de incidencia utilizaríamos como numerador los ocho casos nuevos de otitis registrados, y el denominador sería la siguiente suma:

$$(1 \text{ niño} \times 30 \text{ días de observación}) + (6 \text{ niños} \times 10 \text{ días}) + (2 \text{ niños} \times 15 \text{ días}) + (1 \text{ niño} \times 20 \text{ días})$$

La tasa de incidencia de otitis sería, pues, de 0,057casos/persona-día. Significa que por cada aumento en la unidad de tiempo (un día), casi 6 niños de cada 1.000 previamente sanos contraen la enfermedad.

Medidas de asociación

Cuando además de saber cuántos casos de una enfermedad existen en una población, se desea conocer qué factores pueden incidir en la aparición de dicha patología, se hace preciso usar las medidas de asociación. Definimos como asociación a una relación entre dos variables significativamente mayor o menor que la explicable por azar. Puede ser positiva, si la presencia de una variable aumenta la probabilidad de que ocurra la otra, o negativa en el caso inverso.

Las medidas de asociación reflejan la *fuerza o magnitud* de la asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad, y las más comunes son el *riesgo relativo*, que se calcula en los estudios de cohortes, y el *odds ratio*, específico de los estudios de casos-control.

Riesgo relativo (RR)

Es una medida de asociación que estima el riesgo de contraer la enfermedad en el grupo de expuestos a un determinado factor frente al grupo de no expuestos. Se calcula dividiendo la incidencia en expuestos (Ie) entre la incidencia en no expuestos (Io). Aunque pueden usarse la IA y la DI para este cálculo, la fórmula más habitual emplea la primera de ellas (véase Tabla 14.2):

Tabla 14.2. Tabla de contingencia (estudio de cohortes).

	Expuestos	No Expuestos	Totales
Casos	a	b	M ₁
No casos	c	d	M ₀
	N ₁	N ₀	T

$$RR = IAE / IAO = (a / N_1) / (b / N_0)$$

Características del riesgo relativo:

- Indica la probabilidad de que una patología se desarrolle en el grupo de expuestos en relación a la del grupo no expuesto. Por ejemplo, un RR= 5

quiere decir que los expuestos tienen cinco veces más riesgo de padecer el proceso estudiado que los no expuestos.

- Estima la magnitud de una asociación en los estudios de cohortes.
- Puede tomar cualquier valor entre 0 e infinito (no tiene unidades de medida):

RR = 1: indica que no hay asociación

RR > 1: indica asociación positiva, es decir factor de riesgo.

RR < 1: indica asociación negativa, es decir factor protector.

Odds ratio (OR)

Las características propias de los estudios de casos-control no permiten el cálculo de incidencias. Sin embargo, estos estudios también se diseñan para medir asociaciones. La epidemiología ha desarrollado para este caso una medida de asociación cuya interpretación es muy similar al RR: el *odds ratio*. Su cálculo en tablas de 2 x 2 (véase Tabla 14.3) es el siguiente:

Tabla 14.3. Tabla de contingencia (estudio de caso-control)

	Expuestos	No Expuestos	Totales
Casos	a	b	M ₁
Controles	c	d	M ₀
	N ₁	N ₀	T

$$OR = a \times d / b \times c$$

Características del *odds ratio*:

- Indica la probabilidad de que una enfermedad se desarrolle en el grupo de expuestos en relación a la del grupo de no expuestos y se interpreta igual que el RR.
- Estima la magnitud de una asociación en los estudios de casos-control.
- Puede tomar cualquier valor entre 0 e infinito (tampoco tiene unidades de medida):

OR = 1: indica que no hay asociación.

OR > 1: indica asociación positiva, es decir, factor de riesgo.

OR < 1: indica asociación negativa, es decir, factor protector.

Medidas de impacto

Existen otras medidas, conocidas como medidas de impacto, que nos informan sobre los posibles cambios en la distribución de la enfermedad en la población que podemos esperar al modificar un factor de riesgo. Estas medidas solo tienen sentido si la variable estudiada es realmente un factor de riesgo, es decir, si existe causalidad. Las medidas de impacto más conocidas son:

Riesgo atribuible (RA)

Estima la diferencia absoluta de incidencia entre expuestos (I_e) y no expuestos (I_o). Informa sobre el exceso de casos que están asociados a la exposición y que podrían evitarse si ésta se eliminara, por lo que tiene especial importancia para el planificador. No está asociado al RR; un RR alto puede asociarse a un RA bajo.

$$RA = I_e - I_o$$

Por ejemplo, si al analizar la relación entre tabaco y cáncer de pulmón, obtenemos un RA de 60 casos por 100.000 habitantes, quiere decir que, eliminando el tabaco, la incidencia de cáncer en el grupo de fumadores disminuiría en 60 casos por 100.000 habitantes.

Fracción etiológica (FE) o proporción atribuible en expuestos

Es el porcentaje del riesgo en el grupo de expuestos que se debe al factor estudiado.

$$FE = (I_e - I_o / I_e) \times 100$$

Si al estudiar la asociación entre tabaco y cáncer de pulmón, se obtiene una FE del 90%, significa que el 90% del riesgo de desarrollar cáncer de pulmón en los fumadores se debe al tabaco.

Riesgo atribuible poblacional (RAP)

Es la diferencia entre el riesgo de enfermar en la población (I_t) y el riesgo de enfermar en el grupo no expuesto (I_o). Al quitar este factor de riesgo en la población, la enfermedad teóricamente disminuirá de una manera equivalente a esta diferencia

de riesgo. Corresponde al número de casos de la población que se podría evitar al eliminar el factor de riesgo.

$$RAP = I_t - I_o$$

Un RAP de 30 casos por 100.000 habitantes en nuestro estudio tabaco-cáncer de pulmón, indicaría que, retirando el tabaco, la incidencia de cáncer en la población total disminuiría en 30 casos por 100.000 habitantes.

Proporción atribuible poblacional (PAP) o fracción atribuible poblacional

Expresa la proporción de enfermedad en la población bajo estudio atribuible al factor de riesgo que se estudia, de tal manera que esta proporción debe desaparecer si se elimina dicho factor. Esta medida es fundamental para determinar prioridades en planificación sanitaria.

$$PAP = I_t - I_o / I_t$$

Si en el estudio de cáncer y tabaco obtenemos un PAP de 40%, quiere decir que, al quitar el tabaco, desaparecerían el 40% de los casos de cáncer en la población total.

TIPOS DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Es frecuente que, para resolver una pregunta científica, sea necesario generar datos nuevos mediante la realización de estudios. Se entiende por *diseño de un estudio* al conjunto de procedimientos, métodos y técnicas mediante los cuales el investigador selecciona a los pacientes, recoge una información, la analiza e interpreta los resultados⁹.

Los distintos tipos de estudios pueden clasificarse según varios criterios:

1. Finalidad del estudio: descriptiva o analítica.

Un estudio *descriptivo* describe la situación y es útil para generar hipótesis etiológicas que deberán ponerse a prueba luego mediante estudios analíticos. Se considera *analítico* todo estudio que evalúa una presunta relación causa-efecto.

2. Secuencia temporal: transversal o longitudinal.

En los estudios *transversales* los datos de cada sujeto se miden en un momento concreto del tiempo. Todas las variables se miden a la vez, por lo que no se puede establecer una secuencia temporal entre ellas. Son, por definición, estu-

dios descriptivos. En los estudios *longitudinales* existe un lapso de tiempo entre las distintas variables, de forma que las observaciones se refieran a dos momentos distantes en el tiempo. Por ejemplo, se recoge información sobre quién fuma y quién no, y años después se mira quién ha tenido cáncer en cada grupo.

3. *Control de la asignación de los factores de estudio:* experimental u observacional.

Se consideran *experimentales* los estudios en los que el investigador somete a una población a una determinada intervención y la controla siguiendo un plan establecido. Son analíticos y evalúan el efecto de una o más intervenciones preventivas o terapéuticas.

Se definen como *observacionales* los estudios en los que el investigador se limita a observar, medir y analizar determinadas variables, sin ejercer un control directo sobre el factor de estudio. Él no puede seleccionar quién se expone a ese factor y quién no.

4. *Inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos:* prospectivo, retrospectivo o ambispectivo. El estudio es *prospectivo* cuando la información que recoge el investigador se produce después del inicio del estudio; en los estudios *retrospectivos*, el investigador recupera datos que se recogieron en el pasado, tales como historias clínicas o registros de empresas sobre tóxicos ambientales de hace unos años. Si el estudio usa en parte información histórica (retrospectiva), y en parte información sobre sucesos posteriores al inicio de la investigación (prospectivo), se denomina *ambispectivo*. Los estudios experimentales son siempre prospectivos.

En la Figura 14.4 se muestran los principales tipos de diseño según varios de los criterios mencionados (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995).

Además de los tipos mencionados, existe una clase adicional de estudios, los *estudios cuasi-experimentales*, también llamados *ensayos no controlados*. En ellos, el equipo investigador también somete a la población a una intervención protocolizada cuya identidad es conocida por todos, pero no existe un grupo control de comparación. El tipo más frecuente es el diseño *antes-después*, en el que se evalúa la respuesta de un grupo de sujetos antes y después de una determinada intervención y en el que cada individuo actúa como su propio control. Estos diseños son muy utilizados en disciplinas humanísticas (psicología, sociología, pedagogía...) y en evaluación de intervenciones educativas.

Si no se dispone de un grupo control no se puede asegurar que la respuesta observada (cambio de actitud respecto a la realización de ejercicio físico con respecto a la situación de inicio) se deba exclusivamente a la intervención de estudio, ya que pueden haber influido otras intervenciones que se hayan producido y otros factores no controlados.

Tipos de estudios epidemiológicos

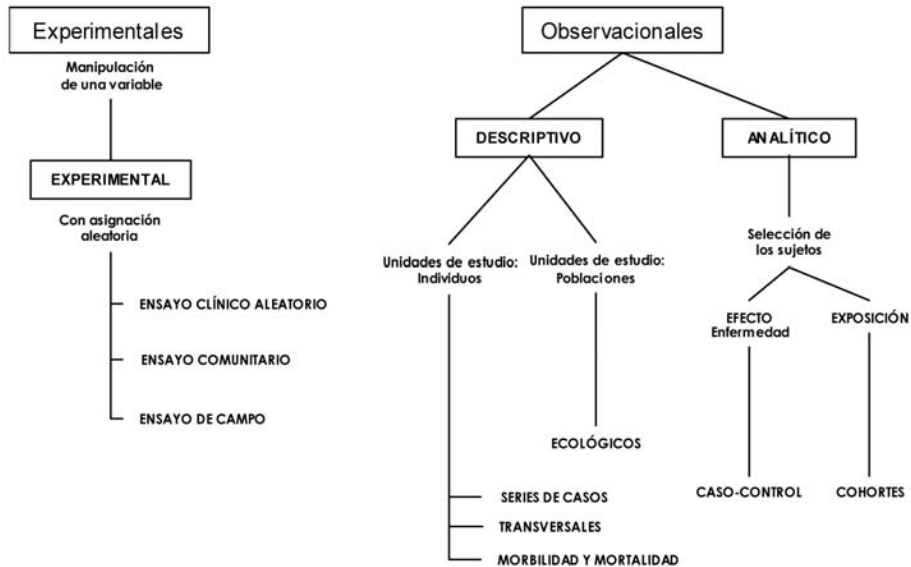


Figura 14.4. Tipos de estudios epidemiológicos.

Estudios experimentales

El paradigma del método científico es el experimento, donde el investigador puede controlar y manipular las variables que quiere estudiar. Sin embargo, en ciencias de la salud los estudios experimentales tienen ciertas limitaciones: por un lado, el investigador no puede manipular completamente todas las variables que van a influir en el resultado. Por ejemplo, no se puede diseñar un individuo con propensión a padecer una determinada enfermedad, como se hace con los ratones. Por otra parte, la investigación en humanos tiene problemas éticos peculiares. Estos estudios están especialmente regulados y han de someterse a la supervisión de *comités de ética* que velan para garantizar el respeto a los principios éticos básicos.

Incluso con estas consideraciones, los diseños epidemiológicos experimentales son los que proporcionan al investigador un mayor grado de control. Esto permite que, si se detecta en el estudio una asociación entre el factor estudiado y la respuesta observada, se considere que existe una fuerte evidencia de que la relación entre ambos es causal.

El objetivo principal de los estudios experimentales en medicina es evaluar la eficacia de intervenciones preventivas, curativas o rehabilitadoras. Su papel en

investigación evaluativa es clave, puesto que permite determinar qué intervenciones —clínicas, educativas...— benefician realmente a la población. Según Rothman (1998) existen tres tipos de diseños experimentales: *ensayo clínico aleatorio*, *ensayos de campo* y *ensayos de intervención comunitaria*.

Ensayo clínico aleatorio

El tipo de estudio experimental más importante es el ensayo clínico aleatorio (ECA), que Rothman define como un experimento, realizado con enfermos, cuyo objetivo es evaluar uno o más tratamientos nuevos para el problema de salud que padecen. La aplicación más clásica de los ECA es la evaluación de tecnologías sanitarias y, especialmente, la valoración de la eficacia de tratamientos farmacológicos, que son los que habitualmente utiliza la industria farmacéutica. Es el diseño más controlado legislativamente por razones éticas; además, es imprescindible que todos los participantes en el estudio sean adecuadamente informados, den por escrito su consentimiento para ser incluidos en el mismo (consentimiento informado), y se les permita abandonarlo cuando lo deseen.

La estructura básica de un ECA, se podría explicar de la siguiente forma (véase Figura 14.5): un grupo de personas, representativo de la población que se desea estudiar (muestra), es dividido, utilizando un proceso de asignación aleatoria, en un grupo experimental —que será sometido a la intervención de estudio— y un grupo control, en el que ésta no será aplicada, o se aplicará una diferente. Tras un tiempo variable de seguimiento se evalúa qué efecto ha tenido esa intervención.

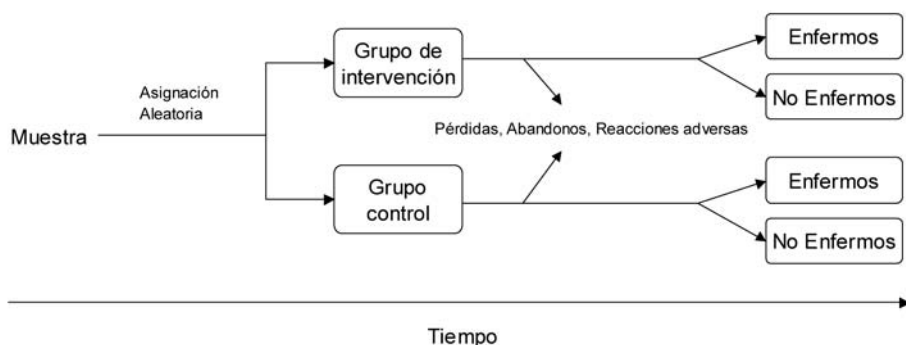


Figura 14.5. Estructura básica de un ensayo aleatorio.

La asignación aleatoria de los individuos permite controlar los factores de confusión —conocidos y desconocidos— que puedan afectar a la investigación, consi-

guiendo que, en la comparación entre los dos grupos de estudio se pueda medir el efecto puro de la intervención. En los ECA es también habitual el uso de *técnicas de enmascaramiento*, cuyo objetivo es que las personas involucradas en el estudio —enfermos, personal investigador, evaluadores...— desconozcan en qué grupo (experimental o control) está un paciente concreto, para evitar posibles manipulaciones del resultado final. El enmascaramiento más habitual es el *doble ciego*, en el que tanto los pacientes como los investigadores desconocen el tratamiento asignado.

Podríamos poner como ejemplo un ensayo para probar si un fármaco determinado mejora el acné juvenil. Se selecciona un grupo de jóvenes con acné, se les divide aleatoriamente en dos subgrupos, uno al que se da tratamiento y otro al que se suministran pastillas inocuas (placebo) para se ignore quién pertenece a cada grupo. Un dermatólogo, que tampoco sabe quién ha sido tratado y quién no, evalúa al cabo de un mes la evolución de todos los jóvenes. Luego, se desvela quiénes son del grupo experimental y quiénes son del grupo control, y se determina si existen diferencias entre ellos respecto a la evolución clínica del acné.

Es importante señalar aquí que no debe obsesionar al investigador el resultado estadístico del análisis, sino la relevancia clínica del mismo. La estadística es una herramienta, no un fin. Hay muchos trabajos no publicados que no han encontrado significación estadística y cuyos resultados podrían ser muy relevantes si el trabajo está bien diseñado, ya que podrían contradecir los resultados de otras investigaciones y quedaría abierta la incertidumbre.

VENTAJAS
1. Es el estudio que aporta una mayor evidencia de la relación causa/efecto, lo que le convierte en el diseño que proporciona resultados más sólidos en evaluación de intervenciones sanitarias.
INCONVENIENTES
1. Por razones éticas, existen muchas preguntas que no se pueden responder con este diseño.
2. Los estrictos criterios de selección de los pacientes pueden restar generalizabilidad a los resultados.
3. Suelen tener un elevado coste, dependiendo de la duración del estudio, del número de sujetos necesarios y de la modalidad de seguimiento.
4. Las intervenciones suelen estar muy protocolizadas y, a veces, alejadas de la práctica real; si en la población se aplica la intervención de otra forma, se obtendrán resultados diferentes a los del estudio.
5. Normalmente estudian una sola intervención y un único resultado

Ensayos de campo

Los ensayos de campo son una variedad de los ECA realizada con individuos sanos; se aplican básicamente para evaluar la eficacia de medidas preventivas (vacunas, consejos...). Como el riesgo de contraer la enfermedad en sujetos sanos puede ser bajo, estos estudios necesitan un gran número de individuos, por lo que también serán más caros que los ECA. Este elevado coste hace que su uso se limite al estudio de factores preventivos de enfermedades muy comunes o muy graves. Un buen ejemplo lo constituye el ensayo de la vacuna *Salk* de prevención de la poliomielitis, realizado en 1955, en el que, dada la baja incidencia de la enfermedad, hubo que incluir a más de un millón de escolares en el estudio para poder evaluar la eficacia vacunal.

Ensayos de intervención en comunidades

El ensayo de intervención en comunidades es una extensión del ensayo de campo, en el cual la intervención se aplica a toda una comunidad o colectivo —familias, escuelas, barrios, ciudades,...—. Por ejemplo, al aplicar un tratamiento a la red de agua de una población, afectará a todos los miembros de la misma y será imposible cuantificar la exposición individual. Son, por tanto, las comunidades las que se asignan al grupo de tratamiento o al de control de forma aleatoria.

Estudios observacionales

Los *estudios observacionales* son aquellos en los que el investigador se limita a observar el curso natural de los acontecimientos. Se distinguen dos subtipos de estudios observacionales: *analíticos*, que, a partir de datos observados, pretenden comprobar una hipótesis sobre la asociación entre un factor de riesgo y una patología concreta, y *descriptivos*, cuya única finalidad es estudiar la distribución de un problema de salud en la población.

Estudios analíticos

En ocasiones, por razones éticas o prácticas, no es posible realizar un estudio experimental para analizar relaciones causales. El investigador no puede, por ejemplo, decidir quién debe tener prácticas sexuales de riesgo para VIH o quién debe tener el colesterol elevado; solo puede comparar qué pasa entre los que tienen estas características y los que no. Por eso, en estos casos, el epidemiólogo estudia los sujetos expuestos a un determinado factor de riesgo y los que no lo están, y, dentro

de estos dos grupos, quiénes desarrollan la enfermedad de estudio y quiénes no. Los diseños más adecuados, en ese caso, son los estudios observacionales analíticos, cuyo objetivo es, también, comprobar una asociación entre una posible causa y un efecto. La evidencia científica que aportan, sin embargo, es menor que en el caso de los ECA: al no poder distribuir a los sujetos aleatoriamente entre los grupos a comparar, éstos pueden diferir entre sí en otros factores además del que nos interesa. Si dichas características se relacionan, a su vez, con la asociación que se investiga, y no se compensan adecuadamente en el diseño del estudio, se pueden producir sesgos que invalidarían el trabajo realizado. Los dos tipos de estudios observacionales analíticos más importantes son los *estudios de cohortes* y los de *casos-control*.

Estudios de cohortes

Los estudios de cohortes también se conocen con el nombre de estudios de seguimiento, de proyección, de incidencia o *follow-up*. El estudio se inicia definiendo una población concreta de individuos. Para cada sujeto se obtiene una medida de exposición a uno o varios factores de riesgo, y luego se les sigue en el tiempo para medir en qué proporción desarrollan la enfermedad o efecto que se desea estudiar. Se pueden diseñar estudios con dos cohortes, una expuesta al factor de riesgo y otra no expuesta, (véase Figura 14.6), aunque también es habitual definir subgrupos en una única cohorte según su exposición y comparar la incidencia entre ellos. En otras ocasiones se compara la incidencia de la cohorte con la que existe en la población general.

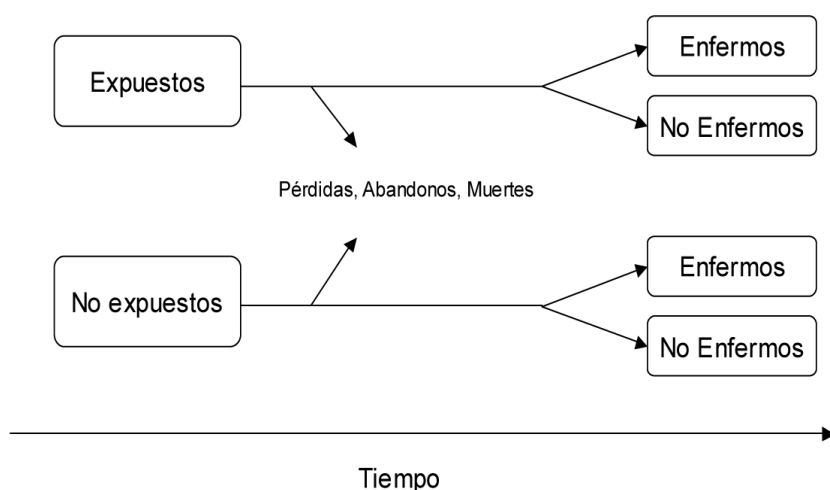


Figura 14.6. Estructura básica de un estudio de cohortes o de seguimiento.

Es el diseño más adecuado cuando lo que se desea es:

- Estimar la *incidencia* de la enfermedad en los individuos expuestos y no expuestos a un factor de riesgo, y poder medir la fuerza de la asociación entre dicho factor y la patología estudiada, calculando el *riesgo relativo*.
- Analizar la existencia de efecto *dosis-respuesta*, que reforzaría la posibilidad de que la relación entre el factor de riesgo y la enfermedad fuese causal. Para ello es necesario seguir a varios grupos con diferentes niveles de exposición al factor, y comprobar si la incidencia de enfermedad es más alta en los grupos con mayor exposición.
- Estimar la *fracción atribuible*, es decir, la proporción de casos entre los expuestos que pueden atribuirse al factor de riesgo.

Al diseñar el estudio debe intentarse que el grupo de comparación sea tan parecido como sea posible al grupo de expuestos en todos aquellos factores relacionados con la enfermedad, excepto el factor que se analiza, y debe garantizarse que ninguno de los participantes del estudio padece la enfermedad de interés antes del comienzo del mismo. Para evitar sesgos, hay que establecer criterios diagnósticos claros desde el principio, procedimientos de obtención de información comunes para ambos grupos, y una pauta de seguimiento común. Además, es posible prevenir que las personas que realizan el seguimiento traten de forma diferente a expuestos y no expuestos, ocultándoles a qué categoría pertenece cada individuo.

El tiempo de seguimiento debe ser lo suficientemente largo como para permitir que puedan enfermar un número suficiente de individuos. Sin embargo, esto puede hacer que se pierdan participantes a lo largo del estudio, lo que podría alterar los resultados de la investigación si el motivo por el que dejan de participar está relacionado con el factor de estudio o la enfermedad de interés. Por este motivo, es necesario prever estrategias para minimizar las pérdidas e intentar conocer las causas de las mismas.

Uno de los estudios de cohortes más famosos se inició en 1948, en la población estadounidense de Framingham, para evaluar la asociación entre diferentes factores de riesgo (tensión arterial, colesterol, tabaco, obesidad...), y enfermedades cardiovasculares (Buck, 1988). Para ello se seleccionaron y siguieron periódicamente 5.127 personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 30 y 59 años. Este estudio, aún no finalizado, ha permitido demostrar que factores como el alto nivel de colesterol, la tensión arterial o el exceso de peso..., aumentan el riesgo de padecer enfermedades coronarias, como el infarto de miocardio. Otro ejemplo interesante es el *Nurses' Health Study* (2004; Golditz, 1997). La cohorte, formada por 121.700 enfermeras entre 30 y 55 años de 11 estados de EE UU, se creó para estudiar los efectos a largo plazo de los anticonceptivos orales. Las enfermeras reciben cada dos años cuestionarios sobre salud, uso de anticonceptivos, tabaquismo, dieta e indica-

dores de calidad de vida. Además, tienen un impreso para notificar las enfermedades que les son diagnosticadas. Eso permite comparar la incidencia de las enfermedades de interés, como el cáncer de mama, entre las que han tomado anticonceptivos y las que no lo han hecho.

VENTAJAS
1. Al existir una medición de exposición previa a la enfermedad y una secuencia temporal clara entre ambas, la posibilidad de cometer sesgos es menor que en otros estudios analíticos. 2. Evalúa 'historia natural' de enfermedades en relación a factores de riesgo y factores pronósticos, y permite usar adecuadamente las muestras biológicas, que no se ven afectadas por la existencia de la enfermedad. 3. Permiten estimar la incidencia acumulada y la tasa de incidencia en expuestos y no expuestos y, por tanto, el cálculo de riesgos relativos y atribuibles. 4. Son útiles en exposiciones raras. 5. Permiten de actualizar las medidas de exposición con mediciones periódicas. 6. Permiten el estudio de varias enfermedades relacionadas con un solo factor de riesgo.
INCONVENIENTES
1. Son estudios caros y de muy larga duración. Es difícil mantener el seguimiento de un alto número de personas y puede haber cambios en métodos y criterios diagnósticos con el paso del tiempo. 2. Son poco eficientes para enfermedades raras: se necesitan cohortes muy grandes para que aparezcan casos 3. También son poco adecuados si los periodos de latencia o e incubación de la enfermedad son muy largos, porque hacen necesario mucho tiempo de seguimiento. 4. Hay que tener cuidado al interpretar los datos si hay muchas pérdidas. Si el motivo de perder gente del estudio está relacionado con la exposición, pueden verse afectadas la generalizabilidad, e incluso la validez interna del estudio. 5. Puede carecerse de información sobre factores de confusión descritos con posterioridad a la recogida de datos.

Estudios de casos-control

Son estudios observacionales analíticos en los que se seleccionan dos grupos de participantes en función de la presencia (casos) y ausencia (controles) de la condición de estudio. Después de seleccionar los casos y los controles, se recoge información sobre el nivel de exposición al factor de estudio en el pasado, y se compara su frecuencia en ambos grupos (véase Figura 14.7). El problema básico en el diseño de un estudio caso-control es la selección de los casos y, sobre todo, de los controles, por la posibilidad de introducción de sesgos. Es importante que los controles provengan de la misma población de la que se originaron los casos.

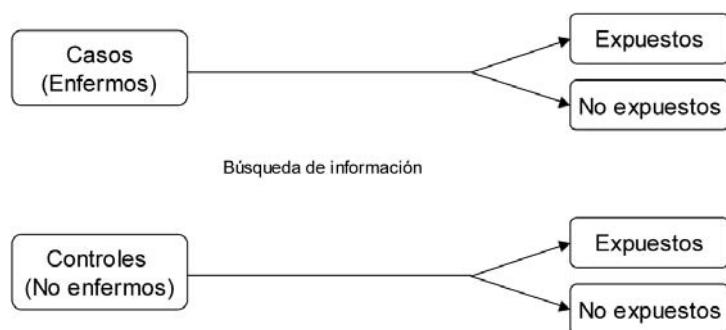


Figura 14.7. Estructura básica de un estudio de casos y controles.

Un ejemplo de este tipo de diseño se llevó a cabo tras el diagnóstico de varios casos de un raro cáncer ginecológico en mujeres jóvenes. Se seleccionaron varias chicas de la misma edad por cada enferma, y se compararon sus antecedentes, remontándose incluso a las posibles exposiciones que pudiesen haber tenido sus madres durante la gestación. Esto permitió descubrir que casi todas las madres de las enfermas habían recibido tratamiento con estrógenos (dietilestilbestrol) para detener amenazas de aborto en el embarazo, mientras que en el grupo de las mujeres sanas este antecedente no existía (Schlesselman, 1982).

Además de los diseños clásicos de estudios de cohortes y de casos y controles, cada vez se utilizan más lo que se ha dado en llamar *diseños híbridos*, que combinan características de uno y otro tipo. Entre ellos habría que destacar por su frecuencia los estudios de casos y controles anidados dentro de una cohorte. Recogen los casos que se han producido en la cohorte en el tiempo que lleva siendo seguida por los investigadores y busca uno o más controles entre los demás miembros de la cohorte, que llevan un tiempo similar de seguimiento pero que no han enfermado.

VENTAJAS
1. Son eficientes en el estudio de enfermedades raras o con largos periodos de latencia. 2. Permiten evaluar simultáneamente varios factores etiológicos para una sola enfermedad (Estudios de multicausalidad). 3. Permiten estimar el riesgo de padecer una enfermedad en relación a una exposición. 4. Resultan relativamente rápidos y baratos.
INCONVENIENTES
1. Mayor susceptibilidad de sufrir sesgos que en otro tipo de estudios. 2. No estiman incidencias, y la estimación del riesgo no es tan real como en los estudios de cohortes. 3. Solo permiten el estudio de una enfermedad. 4. Los casos (pacientes diagnosticados) no son una muestra representativa de todos los enfermos, quedando fuera, habitualmente, los casos fatales y los no diagnosticados.

Estudios descriptivos

Los estudios descriptivos estudian la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud en una población, en función de variables de *persona* (edad, sexo, clase social, ocupación...), *lugar* (área geográfica, lugar de trabajo...) y *tiempo* (momento en que aparecen los casos, tendencia...). Son un paso imprescindible para avanzar en el conocimiento de una enfermedad y sus formas de prevención, y proporcionan datos sobre los que basar hipótesis razonables. Son los diseños de investigación más sencillos y, habitualmente, también los más económicos. Sin embargo, existe una limitación común a todos ellos: *no permiten establecer relaciones causales entre variables*.

Los diseños descriptivos más comunes son los estudios transversales o de prevalencia, las series de casos y los estudios de mortalidad y morbilidad. Cuando se utilizan poblaciones completas como unidad de estudio, nos encontramos ante los estudios ecológicos.

Estudios transversales

Estos estudios, también llamados de prevalencia, examinan la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada y en un momento

del tiempo. Su principal característica es la falta de secuencia temporal entre la medición de un factor de riesgo y una enfermedad: observan simultáneamente la presencia de exposición y de enfermedad, como si fuese un corte en el tiempo; es decir, no puede conocerse la relación cronológica entre el factor de estudio y la enfermedad, qué es lo antecedente y qué lo consecuente.

Por ejemplo, supongamos que en un estudio se estima la prevalencia de artrosis de rodilla en una comunidad y, además, se detecta una asociación positiva entre la presencia de artrosis y de obesidad. Existen varias formas de explicar esta asociación: a) la obesidad provoca sobrecarga mecánica sobre la articulación, causando la artrosis; b) la obesidad es una consecuencia de la artrosis, ya que ésta limita la movilidad. Con un estudio transversal no podemos probar esta hipótesis, porque se están midiendo las dos variables a la vez, y no podemos saber qué ocurrió antes.

VENTAJAS
1. Caracterizan la distribución de la enfermedad con respecto a diferentes variables. 2. Son útiles en el estudio de enfermedades de inicio lento y larga duración. Se pueden estudiar varias enfermedades o factores de riesgo en un solo estudio. 3. La descripción del nivel de salud los hace útiles en planificación de servicios sanitarios. 4. Son un primer paso en la realización de muchos estudios analíticos. 5. Se llevan a cabo en cortos periodos de tiempo y tienen menor coste que los estudios analíticos. 6. Se llevan a cabo sobre muestras representativas de la población general, lo que permite realizar generalizaciones con mayor validez
INCONVENIENTES
1. La falta de secuencia temporal es su principal inconveniente, y ello impide la estimación de incidencias o riesgos. 2. No son útiles para enfermedades raras, ni en enfermedades de corta duración.

Estudios de mortalidad y morbilidad

Describen el patrón y la frecuencia de un problema de salud, partiendo generalmente, de la información contenida en los registros rutinarios (censo de población, altas hospitalarias, estadísticas de mortalidad, exámenes médicos laborales, registros

propios de actividad de los equipos de atención primaria,...). Son estudios económicos y de rápida ejecución porque parten de información ya está recogida. Sus resultados son de gran importancia en la distribución de los recursos, al identificar los grupos de población más afectados por una enfermedad y que podrían beneficiarse de un programa preventivo. Este tipo de estudios son de gran utilidad para generar hipótesis, pues permiten plantearse preguntas fundamentales:

¿Quién enferma más? ¿Dónde hay más casos? ¿Cuándo se dan? o ¿cuál es su tendencia en el tiempo?

Como ejemplo se podría citar la información que genera el registro de tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Mediante unos circuitos establecidos, se recoge periódicamente toda la información existente sobre esta enfermedad, que, tras ser analizada, permite detectar qué zonas de la Comunidad tienen más casos, qué grupos de edad están más afectados o cuáles son las características de los enfermos.

Series de casos

Son estudios muy frecuentes en las revistas médicas que ofrecen, a menudo, los primeros datos para caracterizar una enfermedad de reciente aparición, poco frecuente o con manifestaciones clínicas poco usuales (Ejemplo: descripción de las primeras manifestaciones del SIDA a principios de los años ochenta). Son, en esencia, una descripción detallada de un grupo de pacientes con la misma enfermedad o que siguen el mismo tratamiento. La falta de un grupo control limita las conclusiones que se pueden extraer de estos estudios.

Estudios ecológicos

En este caso la unidad de observación no es el individuo sino una agregación de los mismos. Los grupos pueden ser desde clases de una escuela, hasta fábricas, ciudades o naciones. El único requisito necesario es que se pueda disponer de información sobre las poblaciones estudiadas —en anuarios estadísticos, estudios socio-demográficos...—. Son estudios rápidos, económicos y fáciles de realizar. Sin embargo, tienen importantes limitaciones en la interpretación de resultados, puesto que no permiten establecer relaciones causales, aunque pueden servir para generar hipótesis que deberán estudiarse mediante otro tipo de diseño. Como ejemplo, podemos citar el hallazgo de que el incremento de las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en los países desarrollados durante las últimas décadas ha sido paralelo al incremento del consumo de cigarrillos *per cápita* de la población adulta. Ésta fue una de las observaciones que contribuyeron a la generación de hipótesis

tabaco-cáncer de los años cuarenta, que luego se comprobó mediante numerosos estudios analíticos. El principal problema que tienen es lo que se llama *falacia ecológica*. Para comprender este concepto podríamos partir, por ejemplo de un trabajo que encontrase que en las regiones de mayoría protestante las tasas de suicidio fuesen más altas. Podríamos creer que los protestantes se suicidan más; sin embargo, al mirar los datos individuo por individuo podríamos encontrar que los que se suicidaban en las zonas protestantes eran los católicos. En esencia, hay que tener en cuenta que los hallazgos ecológicos no tienen porqué reflejar relaciones causales individuales.

■ FASES DE UNA INVESTIGACIÓN

Un estudio de investigación es la herramienta de trabajo del investigador para responder científicamente a las preguntas que le surgen al profundizar en algún tema. Podemos distinguir cuatro fases fundamentales al desarrollar una investigación epidemiológica: una fase preliminar, en la que se concreta el tema de estudio a abordar, una fase de planificación o diseño, donde se especifica la metodología que se aplicará, una fase de realización o puesta en práctica de los pasos previstos en el diseño y, por último, una fase de análisis, interpretación y difusión de los resultados del estudio. Entre todas estas fases tiene primordial interés la fase de planificación, ya que el éxito de la investigación dependerá, fundamentalmente, de la calidad de su diseño. Los errores y problemas que no se solventen en este paso, no tendrán arreglo después ni con los más sofisticados análisis estadísticos.

Fases preliminares

Se consideran fases preliminares de un estudio a los pasos que el investigador debe realizar antes de comenzar la investigación propiamente dicha. En primer lugar debe plantearse el tema sobre el que versará el estudio. Una vez identificado éste, es preciso preguntarse si la realización del mismo está justificada, valorando los conocimientos científicos existentes, generalmente mediante una cuidadosa revisión bibliográfica. Las nuevas tecnologías (Internet fundamentalmente, aunque también bases de datos bibliográficas...) facilitan enormemente esta tarea. Se trata de acudir a un centro que cuente con los recursos necesarios para realizar una correcta búsqueda bibliográfica y recuperar los artículos seleccionados, en formato papel o electrónico (Universidades, Escuelas de Salud Pública...).

La utilidad de los resultados que se puedan obtener —teniendo en cuenta aspectos tales como el impacto de la enfermedad estudiada en la comunidad y/o la posible adopción de medidas preventivas o terapéuticas gracias al trabajo propuesto. Asi-

mismo, nunca deben olvidarse los principios éticos que han de regir toda investigación, especialmente si se realizan intervenciones con humanos.

Planificación o diseño de un estudio de investigación

Tras decidir que el estudio merece la pena, hay que especificar cómo se va a llevar a cabo. El diseño de un estudio reúne el conjunto de procedimientos, métodos y técnicas mediante los cuales el investigador va a seleccionar los casos, recoger una información y analizar los resultados; Álvarez-Dardet *et al.* (1989), consideran al diseño como la conexión entre una idea y la realidad, es decir, entre una hipótesis de trabajo y los datos a recoger. En esta fase, el investigador debe decidir qué tipo de estudio va a realizar; cuál va a ser su población diana y qué variables (características de la población que se pretenden investigar) considera de interés.

La elección del tipo de estudio dependerá del objetivo perseguido y de los recursos disponibles; cada uno de los tipos presenta una problemática particular que debe contemplarse al realizar el diseño.

Con respecto a la población diana y población de estudio, hay que definir, al menos, de dónde se obtendrán los sujetos a incluir en el estudio y la población a la que se pretende extrapolar los resultados. Igualmente, debe hacerse constar:

- tipo de muestreo a utilizar —si se precisa—,
- criterios de inclusión y exclusión de los participantes,
- criterios de asignación al grupo de control (placebo o tratamiento de referencia) y de tratamiento, si procede.

Otro aspecto clave es la definición de las variables de estudio, concretando aquello que se va a medir directamente (sexo, edad, nº cigarrillos/día, tensión arterial...), las fuentes de información a utilizar (cuestionario, historia clínica...), las técnicas e instrumentos de medida (esfigmomanómetro, test validado de medición de calidad de vida...) y la previsión de errores —para poder evitarlos y/o corregirlos (calibración de aparatos...)—.

Además, hay que determinar:

- los registros que se utilizarán para almacenar la información (fichas, cuestionarios, ficheros informáticos, etc.);
- cómo se van a codificar los datos (especificar escalas y su codificación y dejarlo por escrito) y los sistemas de depuración previstos (listados de frecuencias de cada variable para detectar errores de codificación...).

Asimismo, el investigador debe plantearse la potencia y precisión que desea, la estrategia de análisis que aplicará y las herramientas que manejará para el análisis de los datos: hojas de cálculo, bases de datos, paquetes estadísticos, etc.

Hay que prever también los recursos materiales y humanos que se necesitarán, así como la asignación de funciones dentro del equipo investigador, señalando preferentemente un responsable del proyecto. No debemos olvidar, sin embargo, que el principal objetivo de un diseño correcto es evitar, o al menos controlar, los problemas relacionados con la validez y la precisión, que pueden llegar a ser tan importantes como para que el estudio resulte totalmente inservible.

Todos estos apartados deben quedar recogidos por escrito en el *protocolo de investigación*, antes de comenzar el estudio. Así tenemos registrados todos los aspectos que deben tenerse en cuenta en la ejecución de nuestro proyecto. Este es el único medio que existe para presentar el proyecto a agencias en busca de financiación, a comisiones para ayuda metodológica, etc.

Realización o trabajo de campo

El trabajo de campo es la fase más laboriosa de toda investigación. En ella se ponen en práctica todos los pasos, previstos ya en la fase de diseño, para poder obtener la información que se busca, codificarla, y procesarla para su posterior análisis. Probablemente, el investigador se encontrará con los problemas previstos —algunos de ellos solventables— y con otros con los que no contaba, que deberá solucionar con una buena dosis de ingenio, paciencia y buen hacer.

Análisis, interpretación y difusión

Tras la recogida y depuración de los datos, se inicia el proceso de análisis, que debe realizarse tal y como se había establecido previamente, para convertirlos en información inteligible. Es deseable resumir los resultados más destacados del estudio en tablas o gráficos para facilitar la comprensión de los mismos por personas ajenas al equipo investigador. Finalmente, se condensa toda la información obtenida en el formato más adecuado para su difusión —informes, artículos científicos, comunicaciones a congresos, notas de prensa, etc.

Llegados a este punto puede suceder que el ímpetu inicial del grupo investigador se haya venido abajo, sobre todo a la hora de "escribir" una publicación para difundir los resultados del estudio. Esto puede resultar llamativo si los resultados del estudio no son "estadísticamente significativos". Insistimos en este aspecto porque nos parece fundamental a la hora de avanzar en el conocimiento de los problemas a estudiar. De hecho, en los códigos éticos que regulan las buenas prácticas en investigación en ocasiones se incluyen entre los comportamientos poco éticos los retrasos injustificados en la publicación de los resultados de las investigaciones o

su no publicación, especialmente en el caso en el que se hayan podido llevar a cabo con financiación pública.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Ahlbom A, Norell S. *Fundamentos de epidemiología* 3ª ed. Barcelona. Siglo XXI. 1992.
- Álvarez-Dardet C, Bolúmar F, Porta M. Tipos de estudios. *Med Clin (Barc)* 1989; 89(7):296-301
- Argimón JM, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 2ª ed; Madrid. Harcourt. 2000.
- Argimón JM, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 3ª ed. Madrid. Elsevier. 2004
- Breslow NE & Day NE. Statistical Methods in Cancer Research - Volume I - The Design and Analysis of Case-control studies. IARC Scientific Publications No. 32. IARC: Lyon, 1980. Disponible en <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/stat/sp32/index.php>
- Breslow NE & Day NE. Statistical Methods in Cancer Research - Volume II - The Design and Analysis of Cohort Studies. IARC Scientific Publications No. 82. IARC: Lyon, 1987. Disponible en <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/stat/sp82/index.php>
- Buck C, Llopis A, Nájera E, Terris M. *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington. Ed. OPS. 1988.
- Coggon D, Rose G, Barker D. *Epidemiología*. 3ª ed. BMJ Publishing Group. Barcelona. Ed Publicaciones Técnicas Mediterráneo. 1995. Texto muy sencillo sobre los fundamentos de la epidemiología en español. La cuarta edición (1997) puede obtenerse en inglés a través de Internet en la dirección <http://bmj.bmjournals.com/epidem/epid.html>
- Colditz GA, Manson JE, Hankinson SE: The Nurses' Health Study: 20-year contribution to the understanding of health among women. *J Women's Health* 1997; 6: 49-62.
- Hill AB. *Principles of medical statistics*. 9th ed. New York. Oxford University Press. 1971.
- Jeniceck M, Clérout R. *Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones*. Barcelon. Salvat Editores. 1987.
- Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic Research. Principles and quantitative methods*. Amsterdam. Van Nostrand Reinhold. 1982.
- Martínez-Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V *Salud Pública*. Madrid. McGraw-Hill y Interamericana. 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Salud "Carlos III". Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). *Evaluación epidemiológica en tecnologías de salud*. Madrid. AETS -Instituto de Salud "Carlos III". Abril de 1995.
- Piédrola G, et al. *Medicina preventiva y salud pública*. 11ª ed. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas SA. Masson - Salvat. 2008.
- Porta M, Álvarez-Dardet C, Bolúmar F, Plasencia A, Velilla E. La calidad de la información clínica (I): validez. *Med Clin (Barc)* 1987; 89:741-747.
- Porta M. *Dictionary of epidemiology*. Barcelona. Salvat Editores SA. 1989.

Rothman KJ, Greenland S. *Modern epidemiology*. Third Edition. Philadelphia. Lippincott -Williams & Wilkins. 2008.

Samet JM, Muñoz A. Cohort Studies. *Epidemiologic Reviews* 1998; 20, 1.

Schlesselman J. *Case-control studies. Design, conduct, analysis*. New York. Ed. Oxford University Press. 1982.

Snow John MD. *On the mode of communication of cholera*. London. Ed John Churchill. 1855. Accesible en <http://www.ph.ucla.edu/epi/snow/snowbook.html>

<http://www.channing.harvard.edu/nhs/>. Accesible el 14/04/2009

■ ENLACES DE INTERÉS

Instituciones nacionales y sociedades científicas:

- Centro Nacional de Epidemiología (CNE): dispone de datos actualizados para las enfermedades más prevalentes en España y múltiples enlaces interesantes:
http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epidemiologia_presentacion.jsp
Accesible el 14/04/2004.
- Sociedad Española de Epidemiología:
www.seepidemiologia.es/. Accesible el 15/04/2004.

Cursos de Epidemiología gratuitos en Internet:

- SUPERCOURSE. Proyecto multinacional de enseñanza sobre Epidemiología y Salud Pública de libre acceso. Clases en varios idiomas según el tema.
<http://iier.isciii.es/supercourse/> Accesible el 15/04/2009.

Software gratuito para Epidemiología en Internet:

- **Epiinfo**: programa de dominio público diseñado por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta-USA (CDC) de especial utilidad para la Salud Pública. Tiene un sistema fácil para construir bases de datos, analizarlos con las estadísticas de uso básico en epidemiología y representarlos con gráficos y mapas, y tutorías para aprender el manejo del programa.
Se puede obtener de la página original del CDC (<http://www.cdc.gov/epiinfo/>) o la traducción al español (<http://www.cica.es/epiinfo/index.htm>). Ambas accesibles el 15/04/2009.
- **Epidat**: es un programa de libre distribución desarrollado por instituciones públicas (OPS y Conselleria de Saude de la Xunta de Galicia). Está dirigido a epidemiólogos y otros profesionales de la salud para el manejo de datos tabulados. Se encuentra disponible de forma gratuita en <http://dxsp.sergas.es/ApliEdatos/Epidat/cas/default.asp>. Accesible el 14/04/2009.

- **Epilinux:** Sistema operativo, de libre distribución, especialmente orientado a la utilización de herramientas de análisis epidemiológico y bioestadístico. Incorpora versiones gratuitas de programas estadísticos conocidos (PSPP es similar al SPSS, por ejemplo). Se puede descargar libremente desde:
http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=50178.
Accesible 15/5/2009.

Publicaciones periódicas de Epidemiología:

- Base de datos creada y mantenida por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, que recoge los datos básicos y los resúmenes de todos los artículos científicos publicados en las principales revistas científicas, incluyendo revistas de Epidemiología:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> Accesible el 9/2/2004.

El estudio de casos

Emilio López-Barajas Zayas

INTRODUCCIÓN. NATURALEZA DEL ESTUDIO DE CASOS. ESTRUCTURA DEL ESTUDIO DE CASOS. LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. LA SELECCIÓN DE LOS CASOS. CRÍTICA EPISTEMOLÓGICA. GLOSARIO. BIBLIOGRAFIA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

La identidad humana hace posible la convivencia humana y que el mundo sea fascinante y divertido, pero cada persona o cada grupo humano son diferentes en algún aspecto, en cada ser humano hay algo que nos llama la atención positivamente, pero no se puede argumentar, por esta razón, que sea único en todos y cada uno de los demás aspectos y rasgos de su personalidad. Los seres humanos destacamos por alguna cualidad, pero en el resto siempre hay alguien que nos supera. Por consiguiente, la atención a la singularidad que es necesaria no puede anular la comprensión de la generalidad de la especie humana. Estas son las razones de la importancia del estudio de casos en las dos vertientes posibles de la metodología: heurística y didáctica.

Existe una gran variedad de estudios de casos, que suelen tener en común (hay excepciones) es lo siguiente: *primero*, hay un cierto énfasis de intensidad en el estudio de lo particular; *segundo*, se cree que la unidad bajo investigación no puede ser comprendida excepto si se considera en el contexto amplio de la comprensión formal y no formal de los participantes; *tercero*, hay un foso entre el lenguaje teórico y el usado por los participantes; *cuarto*, hay una conformidad con la experiencia del

"caso"; *quinto*, la distancia entre investigador e investigado está disminuida de tal forma que el estudio del resultado es más una "negociación" que un descubrimiento de lo que está en el caso" (Pring R, 2000:41).

Así pues, el estudio de casos, a pesar de las importantes diferencias, tiende a hacer suposiciones que emergen, aunque no se advierta siempre, de cuestiones filosóficas (Pring R, 2000:41). Cuando del estudio de casos se trate en la vertiente de la investigación hay que señalar varios criterios: a) el investigador ha de ir a la investigación con un entendimiento abierto, permitiendo a los datos "hablar por sí mismos"; b) aun considerando que desde tal estudio intensivo de lo particular, no es posible generalizar a otras situaciones, no obstante, todas las descripciones gráficas pueden alertar acerca de similares posibilidades de salud o enfermedad en otras situaciones; c) las preguntas o problemas surgen acerca de la objetividad del estudio o la investigación realizada, es decir, acerca de la validez que ha sido expuesta y la verdad de las demandas que han fueron formuladas. La objetividad en el sentido de alcanzar el conocimiento de lo que existe "allí fuera" independientemente del investigador, en el estudio de casos no tiene un significado estricto. Los hechos son comprendidos para diferentes propósitos y el grado de comprensión requerido depende de esos propósitos" (Pring R, 2000:41-42).

El estudio de caso único es en el contexto de las ciencias de la salud un análisis de una situación real que implica algún problema específico, en nuestra reflexión, acerca de aquellos problemas de salud que tienen un tratamiento educativo. Recoge de modo descriptivo el estado actual de la cuestión. Evita juicios de valor en la presentación, y su estudio puede realizarse individual o colectivamente. El estudio de casos es la descripción de una situación, de qué ocurre allí, en la que se pone de relieve que alguien o algunas personas, han de decidir ante los hechos que se relatan, para cambiar la situación en todo o en parte, o incluso mantener la situación, si por dificultades técnicas o personales no pudiera modificarse en ese momento.

La utilización del caso tiene, como forma metodológica, dos vertientes claramente diferenciadas: la propiamente *formativa o didáctica*, y la *heurística o investigadora*. La primera en realidad supone la segunda, ya que difícilmente se puede actuar sobre una situación si no se conoce la misma con profundidad. La modalidad investigadora trata de explicar o comprender la situación en toda su complejidad, y así identificar las causas y los efectos que concurren en las interacciones sociales que se estudian.

NATURALEZA DEL ESTUDIO DE CASOS

El sentido etimológico, original, del término "caso" significa "acontecimiento, suceso". La etimología de un término, hemos de recordarlo, es un poco la genealogía del mismo, lo que supone el conocimiento de su origen, y nos permite reflexionar

también acerca del proceso de evolución semántica sufrida por su significado a través del tiempo. La evolución suele estar influida por las formas de pensar y los estilos de vida social en cada momento histórico y cultural. Esto hace que el énfasis acerca de la unicidad de los hechos o acciones surja desde la configuración del significado que dan los participantes a una situación concreta, el "estudio de casos" señala la importancia del mismo, el estudio del caso único o de un instante particular" (Pring R, 2000:40). Quiere esto decir que el nivel de preparación de los observadores influye evidentemente en la observación participante que realizan.

De forma breve diremos que en los tiempos del medioevo al tratar "el caso", o "el ejercicio práctico" la finalidad que se utilizaba era para la resolución de problemas morales. Pero los antecedentes modernos más inmediatos de esta metodología los encontramos en "*Business School*", de la Universidad de Harvard, a comienzos del siglo XX, donde sistemáticamente aplican esta metodología como instrumento didáctico. Los estudiantes de Harvard llegan a tratar hasta tres casos cada día durante dos años, lo cual supone unos 1.200 casos aproximadamente. La metodología de la investigación social es considerada como cualitativa. Valora ideográficamente (comprensión de la situación singular) las diferentes realizaciones de Educación para la Salud según contextos y escenarios sociales distintos. El estudio de casos supone la evaluación de un fenómeno social de forma única, de modo cuidado, intenso y con profundidad.

El estudio de casos ha sido práctica habitual en numerosas disciplinas y saberes. Las disciplinas médicas lo han utilizado de modo regular. Los estudiosos del Derecho también han encontrado en este procedimiento metodológico el modo más genuino para el estudio y resolución de los problemas jurídicos. La Antropología, la Pedagogía, la Psicología, la Formación en Dirección de Empresas y Organizaciones, en el Trabajo Social y la Ciencia Política son otras tantas disciplinas que han recurrido al estudio de casos como centro de investigación de la problemática social. Algunos otros procedimientos metodológicos limítrofes, tales como los estudios de campo, los estudios etnográficos, exploratorios, de observación participante, estudios para generación de hipótesis de trabajo, indagación naturalista, de búsqueda de significados y valores sociales, análisis fenomenológicos, etc., tienen un largo historial de indagación y búsqueda para la resolución de problemas humanos y sociales.

Algunos "casos" sociales, por otra parte, no pueden ser explicados mediante principios generales en un momento del desarrollo teórico de un saber concreto, por lo que el estudio de casos encuentra un campo idóneo donde investigar en la singularidad de los problemas que en dicho caso social se plantean. Son comportamientos sociales "atípicos" que requieren un modo único, por tanto, para indagar en su comprensión e interpretación.

El contexto en el estudio de casos es muy importante. El estudio cualitativo de los datos que se generan en una determinada situación social, por otra parte, requiere, no obstante, una perspectiva holista (totalista) de estudio. Los datos adquieren su más

precisa significación en relación con el conjunto del sistema social del que forman parte. Aún más, "él todo es mayor que el conjunto de las partes", por lo que el caso al presentar todos los elementos y categorías humanas y sociales que concurren en un "espacio vital distinto", en una forma de vida determinada, permite una investigación o evaluación más cercana a las verdaderas raíces de los problemas que se estudian.

■ ESTRUCTURA DEL ESTUDIO DE CASO

El caso puede tener diversas significaciones semánticas. La definición del sentido de la expresión "caso único" es tarea compleja. Inicialmente diremos que un caso puede ser una empresa, un departamento, un centro de salud, una unidad social, un aula, un sistema educativo, una barriada, un caso jurídico, una persona, etc. Quiere decir que puede considerarse "caso único" cualquier situación social o personal, siempre que las características que concurren en su descripción permitan afirmar que dicha situación se aparta de la generalidad. Esto nos permite comprender las diferencias en las definiciones que algunos autores nos proponen. Señalamos algunas porque nos ilustran respecto de las diversas modalidades o vertientes en que el "estudio de casos" puede ser contemplado. El estudio de casos es considerado como el proceso que intenta la descripción y el análisis de algún objeto en términos de calidad y complejidad a través de un periodo de tiempo. El estudio de caso único es el examen de una instancia de acción. Por otra parte, llega a la comprensión que subyace en el caso objeto de estudio. El estudio de caso único está, en fin para otros, relacionado con los diseños de "estudios temporales" de Educación para la Salud.

Se puede decir, para ilustrar de forma concreta, que el estudio de casos "observa las características de una unidad individual, un niño, una pandilla, una escuela o una comunidad. Se trata de interpretar el fenómeno en todos los momentos y dimensiones que constituyen su ciclo vital. Se pretende la búsqueda de soluciones a través de la discusión y el análisis de un problema real. Las ventajas de esta metodología son diversas (Adelman *et al.*, 1980): a) Los datos del estudio de casos son en realidad "consistentes" de conocimiento acerca de las formas de vida, pero difíciles de organizar. Por el contrario, otros datos de investigación son menos "débiles" pero susceptibles de una fácil organización. El estudio de caso está en la realidad, en la propia experiencia. b) Permiten generalizaciones desde un ejemplo a una clase. Su fuerza está en la complejidad del caso. c) Los estudios de casos permiten formar archivos de complejos descriptivos, lo suficientemente ricos que permiten reinterpretaciones posteriores. d) Los estudios de casos son "un paso hacia la acción". Sus intuiciones o inducciones pueden interpretarse directamente y ponerse en práctica. e) Presentan datos de investigación o evaluación de modo más accesible al público en general, aunque sea a expensas de su extensión. El lenguaje y la forma de presentación son

accesibles. De lo anteriormente expuesto se puede deducir que la metodología del estudio de caso único tiene dos vertientes posibles en su utilización: la heurística (investigadora) y la didáctica (formativa).

El estudio de casos, según sea de carácter heurístico o didáctico, tiene finalidades diversas: aprendizaje para la toma de decisiones, para la formación de adultos *training groups*, para evaluación de programas de formación, o para la investigación. El desarrollo formal de aptitudes y comportamientos *casework* es una modalidad. El método del caso como recurso didáctico *case method* se aplica para la resolución de problemas. El "caso histórico", *case history*, rastrea la génesis y desarrollo de una persona, grupo social o institución con objeto de profundizar el conocimiento de su pasado y mejor comprender su presente. El llamado "método clínico" es una modalidad particular del estudio de casos. Se estudia a un sujeto en particular tratando de conocer sus rasgos diferenciados, sus particulares modos de comportamiento o estilos de vida, sus singulares actitudes e intereses. Los llamados "casos registrados" son utilizados en ciencias sociales y de la salud con propósitos tanto heurísticos como didácticos.

La meta final del estudio de casos en Educación para la Salud es llegar a una comprensión de las formas y estilos de vida de las personas, los grupos sociales, o las instituciones con objeto de alcanzar propuestas teóricas o prácticas que permitan una regulación cualitativa de comportamientos de vida saludable.

LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

En Educación para la Salud se entiende por estilo de vida al conjunto de hábitos y actitudes que constituyen el comportamiento humano, que hace en la práctica que pueda ser saludable o nocivo. Los hábitos nocivos son factores determinantes en las llamadas "sociedades avanzadas de enfermedades". Algunos factores que podríamos considerar en la estructura de un estilo de vida serían los siguientes: sentido del trabajo, dieta, ejercicio físico, calidad del sueño, estrés, higiene personal, ocio y tiempo libre, relaciones sociales, comportamiento sexual, contexto medioambiental, sentido del amor y la entrega, y del humor.

El diagnóstico inicial del estilo de vida como punto de partida es supuesto necesario para la educación para la salud. El estudio de casos implica realmente, tal como ya hemos indicado, el análisis de una situación real en la que anidan algunos problemas o necesidades que demandan soluciones y ayudas oportunas. En primer lugar se requiere una descripción lo más acertada posible de la situación actual, del contexto o entorno, por parte de quienes conocen los hechos tanto directa como indirectamente (agentes de salud y usuarios de educación para la salud). La descripción ha de intentar en sus expresiones verbales no realizar juicios de valor (en la medida de lo posible) con objeto de alcanzar una narración lo mas objetiva posible. Claro

está que los sentimientos y afectos de las personas forman parte del contenido de la descripción. En segundo lugar, el estudio del caso puede hacerse individualmente o de modo colectivo pero remitiéndose en todo momento al contenido escrito, explícito o latente, sujetándose en todo momento a la redacción del mismo, sin interpretaciones previas y menos aún cuando no se disponen de ciertos datos que serían básicos en ellas. En realidad el estudio de casos es una descripción de una situación personal y social en la que se pone de relieve que "alguien" o "algunas personas" tienen que decidir o actuar, o dejar de hacerlo. Lo que implica en cualquier caso una decisión respecto de la situación que se contempla.

Los participantes en el estudio de casos deben tener una mínima información acerca del estudio. Ya que se trata de profundizar en el conocimiento de esa realidad que "el caso" presenta con objeto de indagar o formar a quienes participan. Consiste en el "estudio del caso" por parte de un grupo de personas (preferente interdisciplinar o interprofesional) en el transcurso de "una larga sucesión de encuentros, del análisis de las situaciones-problemas concretos" presentadas con sus detalles para provocar, a partir de la reflexión de cada caso, una toma de conciencia concreta y realista; una conceptualización experiencial y una búsqueda de soluciones eficaces. Se propone, pues, el método del caso tanto para la formación, el diagnóstico, como para la decisión en el campo de los problemas humanos de Educación para la Salud.

La descripción del caso es necesaria. Ya que el estudio de casos es una metodología que establece un marco de discusión y debate, donde el intercambio de ideas respecto de la misma situación que se analiza es extraordinariamente enriquecedor para los participantes. La práctica de esta metodología en equipos de trabajo (por ejemplo equipos de salud) permite comprender mejor los puntos de vista de los demás que tienen funciones distintas. El conocimiento mutuo además de favorecer una percepción más objetiva de los demás elimina tensiones.

Un estudio de caso es la historia de una situación de la vida real, en un entorno concreto, que ha sido enfrentada por los agentes sociales (ejecutivos) y los usuarios, dentro del contexto ambiental en el que se desenvuelven. Incluye no solo hechos sino también fenómenos, opiniones y prejuicios, que comúnmente implican y complican la explicación y comprensión de las causas y motivos, y por tanto del diseño de programas de Educación para la Salud.

Los estudiantes del caso adoptan el "papel" de alguno de los personajes del mismo, se le pide que lo sustituyan y que tome decisiones pertinentes, que expliciten un plan de formación y establezcan las evaluaciones oportunas al mismo. Se pide a los participantes que se sujeten al caso tal como se describe. Un procedimiento de desarrollo puede seguir las siguientes fases (Lombard, 1969):

- a) Descriptiva: ¿qué hizo el señor X?
- b) Hipotética: ¿qué debió hacer?
- c) Conjetural: ¿qué hará?

- d) Personal: usted, ¿qué habría hecho?
- e) Normativa: ¿qué debería haberse hecho?
- f) Procesiva: ¿qué hacer con la situación actual?

LA SELECCIÓN DE LOS CASOS

La selección del caso se realiza en función de nuestros propósitos. Hemos visto cómo la vertiente heurística y formativa se unifican en la práctica muchas veces, sin embargo el estudio de casos en la primera de ellas requiere una reflexión más precisa. El estudio de casos en este sentido se hace metodología de la investigación en sentido estricto. Este modelo se conoce con el nombre de "Metodología N-1", que tal como se indica en la expresión significa que el universo o población que se estudia es el individuo.

Estudio que puede realizarse en un momento determinado (estudio transversal de las formas de vida saludables) o a través de un periodo de tiempo (estudio longitudinal de las formas de vida saludables). Se trata de tomar al individuo como sujeto único o unidad social como universo de investigación.

Hemos visto que diferentes disciplinas se han ido incorporando a esta metodología. El estudio de caso único en la investigación de la Educación para la Salud ha ido creciendo en importancia a partir de diferentes cuestiones: diagnóstico de dificultades de aprendizaje, orientación personal y escolar, alumnos con dificultades especiales, formas insanas de vida, hábitos de alimentación deficientes, etc.

El estudio de casos supone como tarea previa establecer el criterio para su selección o hacer un muestreo. Las posibilidades son diversas:

- Extremo o derivado.
- Típico.
- Crítico.
- Políticamente importante.
- Conveniente.

Otros modos o criterios pueden ser: examen de casos, instancias o elementos de una población relevante (ejemplo: todos los médicos de una institución); evaluar grupos relevantes de un universo dado; cada participante selecciona o nombra a otro (ejemplo: los graduados de una escuela nominan a otros); selección de casos extremos (ejemplo: quienes se han doctorado); caso típico (perfil con atributos promedio); casos excepcionales; caso con reputación excepcional; caso ideal; casos comparables; etc.

El modelo metodológico es un modo de guía o pauta del proceso de trabajo, un modo de representación simplificada del camino a seguir. Nuestra propuesta integra

el proceso de estudio de casos junto a algunas exigencias mayores con objeto de ganar en conocimiento objetivo de la realidad. Las fases o etapas son las siguientes:

- Justificación de la selección del caso.
- Análisis descriptivo del caso.
- Reflexión y deliberación acerca de las decisiones a tomar.
- Discusión general y propuesta entre todos los grupos.
- Análisis cualitativo y triangulación de los datos.
- Redacción y consenso del informe final.

Analicemos cada una de las etapas señaladas.

La selección del caso

Hay casos que no tienen interés desde el punto de vista teórico por la sencilla razón de que los hechos que ocurren no son pautas de lo que se debería hacer. El caso debe presentar un atractivo teórico de tal manera que la profundización en el mismo revele todos los aspectos fundamentales de la unidad que se analiza. Las definiciones de los conceptos fundamentales deben aparecer en el mismo o, en caso contrario, en el glosario que debe ir anexo. Los principios que lo sustentan deben estar al día en el ámbito que le es propio. De todos modos, la finalidad que se propongan los agentes que lo estudian determinará qué caso es más adecuado. Puede ocurrir que el caso sea interesante por la sencilla razón de que lo que se pretende es mejorar la situación de hecho que se presenta. Esta primera fase es la que nos dice si el caso se refiere a una persona, a un programa de formación (que se ha convertido en caso), una institución, un departamento, sección, grupo, etc.

Análisis descriptivo del caso

El caso de Educación para la Salud es un documento escrito, por lo que la redacción ha de ser cuidada. Debe aportar todos los datos necesarios y solo estos. Queremos significar que un caso donde faltan datos fundamentales para proceder a su estudio y análisis no sería un buen supuesto. Por el contrario, si la abundancia de datos es tal que no puede tenerse una visión equilibrada de la situación puede resultar excesivo. Se trata de describir del modo más claro y preciso la situación de la empresa, el departamento, el grupo social que se haya elegido, presentando, eso sí, todas las matizaciones que sean necesarias para hacerse cargo de lo que realmente ocurre. El caso de Educación para la Salud se distribuye a cada uno de los miembros del grupo investigador (si este es el supuesto) con objeto de que procedan a su

lectura detenida. Se debe aconsejar que la lectura se acompañe de la toma de notas. Cualquier observación debe ser registrada, ya sea al margen o en un papel o ficha a parte. La distribución del caso se puede hacer con la antelación que se estime conveniente (una semana, mes, etc.). La lectura puede hacerse con unas indicaciones complementarias. En este sentido es conveniente señalar a cada componente del grupo como puede o debe recabar informaciones complementarias que sean oportunas para la resolución del caso. Estas informaciones complementarias pueden facilitarse en anexos informáticos. De cualquier modo, todos tienen la libertad de enriquecer con su aportación personal cualquier conocimiento que hayan encontrado.

La especificación de las categorías de análisis tiene que ver con el concepto antropológico y de organización que los componentes del grupo que investiga tengan en cada momento. De todos modos, quien dirige el grupo puede sugerir algunas categorías que permitan un análisis de todas las vertientes o dimensiones del problema que se estudia.

Los llamados datos cualitativos se consideran que se representan por palabras o imágenes, y los datos "cuantitativos" se consideran a los que se representan de forma numérica. Esto no es del todo exacto ya que "Los números, las ecuaciones y las palabras configuran similares propiedades: ellos son abstractos, simbólicas representaciones de la realidad, pero ellos no son la realidad misma" (Ratcliffe, 1983:150).

Las técnicas de recogida de datos son importantes. El dato cualitativo consiste en una cuidadosa y compleja descripción de situaciones, hechos, gente, interacciones y conductas observadas; anotaciones directas desde la gente, desde sus experiencias, actitudes, creencias, emociones y sentimientos; y documentos, correspondencia, grabaciones, utensilios, narraciones históricas, etc. Los instrumentos de recogida de datos se deberán reseñar más tarde en el informe preliminar. No olvidemos que el error se introduce generalmente por los instrumentos de recogida de datos y por el muestreo de los datos respecto del universo posible que se puede elegir. La anécdota puede ser interesante pero no es representativa de los hechos que ocurren en un caso, salvo que se generalice, con lo que ya no sería tal. Algunos instrumentos que resultan adecuados son los siguientes. Las entrevistas abiertas se realizan persona a persona. Algunas veces pueden ser conversaciones con "propósito" para obtener una especial clase de información, el significado para alguien en un lugar específico. Se trata de desvelar lo que no se puede observar directamente. No podemos observar sentimientos, pensamientos e intenciones. No podemos observar, por ejemplo, comportamientos que tuvieron lugar en momentos históricos o biográficos anteriores. No se pueden conocer situaciones a las que se impide o no puede acceder el observador. No podemos observar cómo la gente ha organizado el mundo y los significados que atacan. La entrevista nos permite encontrar dentro de la perspectiva de la otra persona.

Hay que decidir qué tipo o clase de entrevista es la más adecuada según la estructura y naturaleza del proceso de investigación. La entrevista estructurada se usa

cuando una larga muestra ha sido evaluada, cuando las hipótesis han sido contrastadas, o cuando la "cuantificación" de los resultados es importante. Cuatro supuestos son necesarios en esta modalidad de entrevista (Denzin, 1980:123-124):

- Los entrevistados tienen un vocabulario común.
- Tienen el mismo significado los términos para cada usuario.
- El contexto en que son formuladas las preguntas incluye el contexto mismo del entrevistador.
- Se puede verificar las anteriores suposiciones mediante un estudio piloto de investigación.

El estudio de casos requerirá con mayor probabilidad la entrevista no estructurada o semiestructurada. Se pretende encontrar algún conocimiento significativo del pensamiento del grupo que se investiga. La entrevista autobiográfica relata las experiencias y los modos de percibir la realidad del entrevistado. Permite generar hipótesis y establecer inferencias acerca de la cultura del grupo.

La observación participante puede considerarse como instrumento de recogida de datos o como metodología propiamente dicha de investigación. Nosotros le dedicamos un capítulo aparte en tema posterior, pero debemos señalar aquí ya algunos conceptos. La observación participante implica una inmersión en la vida y la cultura del grupo social que se intenta describir. Aunque esta inmersión se concreta en la distancia social que es necesario mantener, ya que se trata de percibir la realidad en una doble perspectiva "desde dentro" y "desde fuera". La observación participante es una técnica de recogida de datos que pretende superar la perspectiva positivista clásica de la observación científica. Los hechos humanos son abordados desde esta perspectiva en todas sus dimensiones y facetas, tales como: el significado del mundo interior, el ambiente natural de la vida diaria, el desarrollo de las relaciones, el desarrollo humano, la importancia de los valores morales, etc. Los directamente implicados "en el "aquí" y "ahora" de la vida diaria de la gente, presentan un punto de referencia para entender la lógica de los procedimientos de observación participante, "Son estrategias para llegar a acceder al fenómeno que comúnmente se oscurece desde perspectivas de no participación" (Jorgensen DL, 1989:9). Los rasgos o características de la observación participante se podrían resumir en los siguientes:

- Un especial interés por el significado humano y la interacción como consideración de la perspectiva humana interior o de los miembros en situaciones específicas y entornos concretos.
- Situación en el "aquí" y el "ahora" de las situaciones de la vida diaria y los entornos como fundamento de las indagaciones y los métodos.
- Una forma de teorización que enfatiza la interpretación y la comprensión de la existencia humanas.

- Una lógica y un proceso de indagación que es de final abierto, flexible, adaptativo y requiere una constante redefinición de que es problemático, basado en los hechos generados en ámbitos concretos de la existencia humana.
- Una profundización cualitativa para el diseño de estudio de casos.
- Como resultado del modo de participación resultan relaciones permanentes con los "nativos" observados.
- Uso de la observación directa junto a otros instrumentos de recogida de información. El análisis de evidencias documentales permite elegir una amplia gama. Cualquier documento escrito puede ser sometido a un análisis del contenido del mismo. Las programaciones de aula, los diseños de formación pueden ser sometidos a este procedimiento de análisis.

Los diarios son técnicas tradicionales de recogida de datos. Se estudian con mayor detenimiento al tratar el tema de la investigación biográfica, no obstante señalaremos algunos conceptos. El autor del diario anota "observaciones, sensaciones, reacciones, interpretaciones, reflexiones, suposiciones, hipótesis y explicaciones (Kemmis, 1992). No se limita a los datos aislados de la situación, sino las emociones que despiertan en su compromiso y participación. El diario reconstruye las situaciones con fidelidad, al recoger la información más significativa para los miembros del grupo. Esto hace que sea conveniente registrar frases textuales, diálogos, anécdotas, actitudes, circunstancias, apreciaciones personales, etc. Las autobiografías relatan las experiencias y los modos de percibir la realidad de los autores. "Las autobiografías profesionales permiten el análisis de roles y comportamiento desde la experiencia del ejercicio profesional, a partir de cuyos hechos se puede valorar las distintas concepciones de la escena escolar" (Goetz, JP, Lecompte MD, 1988:135).

Reflexión y deliberación acerca de las decisiones a tomar

El estudio personal del caso acaba en una primera redacción de apuntes escritos. Con estas notas, cada uno de los miembros del equipo (no más de siete) asiste a la reunión del grupo para intercambiar ideas y discutir sus diferentes propuestas. Este intercambio es sumamente enriquecedor. Cada uno aporta su propia percepción de los problemas y hace su propia propuesta en cuanto a las decisiones a tomar.

En un segundo momento de la reunión se debe intentar llegar conclusiones preliminares que sean compartidas por la mayoría. Cuando esto no es posible no debe forzarse la situación. La conclusión en este último supuesto sería que no hubo acuerdo y se recogen como conclusiones preliminares las diferentes propuestas.

Discusión general y propuesta entre todos los miembros de los grupos

El secretario o portavoz de cada grupo expondrá en una sesión general las conclusiones a que han llegado respecto de la toma de decisiones. Se debe realizar esta exposición de modo oral, por lo que han de matizarse y contarse todos los momentos interesantes que se suscitaron en las reuniones previas. No se trata de una exposición persuasiva sino expositiva.

Tras la exposición de cada grupo se llega al momento de intentar alcanzar algunas conclusiones que ya no serán solo descriptivas sino explicativas, es decir, se debe avanzar en la reflexión acerca de las causas y efectos de los problemas que se analizan en el caso. Es más, se deben alcanzar incluso conclusiones comprensivas, acerca de los sentimientos, actitudes, intereses de los personajes del caso, acerca de sus comportamientos subjetivos que no respondiendo a hechos reales sin embargo están presentes en sus mundos afectivos y personales.

Estas conclusiones no deben ser demasiadas, y en todo caso identificadas de modo mayoritario, deben ser priorizadas según su importancia.

Análisis cualitativo y triangulación de los datos

Este último análisis es necesario en la investigación del estudio de casos. Se trata de establecer la validez de las relaciones encontradas. Se intenta garantizar del modo más pleno la credibilidad de las conclusiones alcanzadas. También se ha de calibrar si es posible extrapolar los resultados a casos similares (validez externa), es decir, qué poder de generalización tienen las conclusiones de propuesta para la toma de decisiones que resuelvan satisfactoriamente el caso.

El procedimiento de la *triangulación*, como validación de los Programas de Educación para la Salud, hace necesario comentar alguna idea al respecto en este momento. Los procedimientos de triangulación pretenden ganar en credibilidad acerca de la realidad y oportunidad de las tomas de decisión en cada caso. Los círculos de calidad son derivaciones de este supuesto. La triangulación es una técnica de análisis de datos que se concreta en la puesta en común de todas las personas implicadas en los procesos de estudio o investigación, obtenidos por las diversas fuentes y destacando los acuerdos y diferencias. El producto final de la triangulación es el informe.

La triangulación se usa desde antiguo en estrategia marítima. La localización de un barco supone la identificación el punto en el que se encuentra, y para ello son necesarias al menos dos anotaciones, la longitud y la latitud. La distancia del "barco enemigo" requería una tercera anotación, entre el lugar del observatorio, la posición de la batería propia y la posición del enemigo. Se trataba de resolver un problema

de geometría. Los modernos sistemas por satélite (GPS) requieren también tres para la localización en la que se encuentran los propios navegantes, ya que incluyen la altitud de la antena del barco desde la que captan la posición de los satélites. La triangulación en programas de Educación para la Salud, por ejemplo en una organización, requeriría al menos el juicio de los formadores, los directivos o agentes de la misma, y los usuarios.

Las escalas en la investigación social, por su parte, introduce el intento de evaluar el comportamiento humano que no puede ser objeto de verificación directa, pero se advirtió pronto que no era suficiente con el establecimiento de los puntos de la escala. Por otra parte, los hechos y fenómenos propios de la Educación para la Salud no pueden ser evaluados solo por un instrumento o procedimiento. De aquí se infiere que es necesario establecer diversos procedimientos o utilizar diferentes instrumentos para evaluar adecuadamente un proyecto o programa de Educación para la Salud en todas sus dimensiones.

La triangulación no es solo uso de múltiples métodos en el estudio de un objeto, sino que incluye a su vez, varios tipos de triangulación (Denzin, 1980: 301): Triangulación de teorías: múltiples teorías vs. Una sola, con relación a una misma clase de objetos; triangulación de datos: tiempo, espacio, nivel de triangulación: agregado de personas, personas en simple interacción. Personas que forman colectivos. La triangulación de investigadores puede ser de múltiples observadores vs. un solo observador de un hecho. Triangulación metodológica: intramétodo (dentro de la propia metodología se utilizan diversas técnicas). Intermétodos (entre metodologías diversas). Los procedimientos de triangulación de teorías pueden a su vez seguir los siguientes criterios: enumeración de todas las proposiciones plausibles dadas en un área de conocimiento concreta, construcción para cada una de estas proposiciones de una interpretación plausible, determinación de aquellas relaciones propuestas que actualmente tienen vigencia en la realidad social, y desestimar aquellas propuestas de relaciones e interpretaciones que no sobreviven al contraste empírico o fenomenológico. La triangulación de datos nos advierte de la importancia del tiempo, el espacio, y el nivel de triangulación. Algunos investigadores realizan cortes transversales de los procesos que estudian con la finalidad de establecer propuestas concernientes a tiempos relativos. Son las técnicas de series de tiempos. Por ejemplo, se pregunta a los usuarios (adultos) de un programa de Educación para la Salud, qué trabajo tenían hace cuatro años, ocho años, etc. Los cambios en las condiciones de trabajo pueden afectar a la calidad de los datos en las series de tiempos. Los cambios de las variables de interés pueden haberse producido por diferentes causas. Los periodos de tiempo deben elegirse de modo adecuado. El "análisis de panel" se utiliza corrientemente para comparar las mismas medidas de la misma muestra en varios y diferentes puntos de tiempos. Por ejemplo, si deseamos estudiar la socialización infantil deberemos tomar niños entre cinco y diez años, y a continuación estudiar esa "cohorte" (grupo) en intervalos anuales.

El espacio es muy importante en los seres humanos, y por tanto en la investigación social. Éste nos permite informar de las variaciones de las muestras de las respectivas poblaciones o grupos estudiados a través de los procesos culturales. El sentido de la familia, por ejemplo, puede ser diferente en una cultura musulmana respecto de otra cristiana. Las diferentes creencias son importantes en el momento del intento del establecimiento del sentido de las relaciones "causales" estocásticas. Advirtiéndolo, no obstante, que no participamos de un relativismo social, ya que determinadas dimensiones del ser humano son permanentes y estables, aquellas que permiten hablar de los derechos universales sin caer en alguna forma de retórica. El ser humano es histórico pero no solo, ya que en su esencia existe algo de permanente. Quienes afirman que es solo histórico y cultural deberán justificar determinados comportamientos que resultan contradictorios y éticamente inaceptables, como puede ser la experimentación con seres humanos privados de libertad y responsabilidad.

Las definiciones de unidades sociales y su comparación requieren el conocimiento de:

- La distribución de las particulares categorías que se estudian.
- La contigüidad territorial.
- La organización política.
- El lenguaje.
- El ajuste ecológico.
- La estructura de la comunidad local.

No obstante lo dicho, la cultura es de gran importancia para comprender la perspectiva *emic* de los grupos. Los posibles sesgos de las muestras de los datos; que se toman sin una cuidada precisión, deben compararse con suma atención. La "danza de la lluvia", por ejemplo, tiene un significado distinto en los indios Hopi que Navajos. La comparación de categorías y términos entre dos culturas diferentes deben advertir a los docentes e investigadores de las diferencias de significación terminológicas. La *calidad de los datos* depende de varios factores:

- El "tiempo de campo", ya sea en sentido estricto de meses en el campo (unidad de estudio), ya sea considerando el número de trabajadores en el campo.
- El grado de participación en la vida diaria de los "nativos".
- La familiaridad con el lenguaje "nativo".
- La extensión de los "informes de campo".
- La fecha de la publicación de los "estudios de campo".
- El número de "nativos" que ayudaron e informaron.

La triangulación de investigadores solo significa la afirmación común de varios frentes a un investigador singular. La intervención de varios permite la comparación

de los respectivos datos con objeto de valorar los posibles sesgos individuales. Las "diferencias individuales" son una de las potenciales fuentes de sesgo más importantes que amenazan a la validez de la investigación. La triangulación metodológica puede realizarse *intramétodo* (dentro del método) e *intermétodos* (entre métodos). La triangulación metodológica afirma implícitamente la réplica para el establecimiento de la verificación de una teoría. La modalidad test-retest chequea la calidad de los datos y su estabilidad interna.

Los procedimientos de *implementación* de las decisiones en cada caso concreto han de ser explicativos. Una decisión que es oportuna puede dejar de serlo por el modo de implementación. Hemos de evaluar todas las dimensiones curriculares en los proyectos y programas de Educación para la Salud. La retroinformación garantiza que cualquier deficiencia que se observe en el proceso de implementación, o posteriormente, será corregida.

Redacción y consenso del informe final

La redacción del informe final ha de recoger un breve resumen de la problemática estudiada, de la metodología que se ha seguido, y las conclusiones finales que se proponen, haciendo las salvedades que algún equipo considere importantes. El lenguaje ha de ser preciso, lo más sencillo posible y abierto a todas las contingencias que la vida en el futuro puede plantear. Los informes etnográficos, propios cuando de estudio de casos de grupos se trate, son la síntesis de las anotaciones personales, de campo, de los cuadernos, actividades, las tarjetas de muestra (se recoge una ficha o tarjeta por cuestión), archivos, etc.

El informe etnográfico comprende al menos cuatro dimensiones:

1. Un diseño de la estrategia investigadora. Un esquema especulativo preliminar que contenga los rasgos más importantes de la investigación.
2. Un plan de trabajo provisional que incluya la táctica a seguir y la naturaleza de los instrumentos de recogida de datos.
3. Un plan redefinido que requiere la especificación de todas y cada una de las fases a seguir.
4. Un informe final que incluye el establecimiento de conexiones o vínculos clave de ideas e interpretaciones con relación al marco general de la investigación.

La valoración ética es necesaria. El desarrollo actual basándose en una organización científico-tecnológica no permite ver más efectos positivos que los que se derivan del precio, pero la felicidad humana aunque tiene como soporte lo necesario no encuentra en lo económico el "motor" de su mejora cualitativa. El modelo crítico

a consecuencia de su inmanentismo desemboca en un relativismo gnoseológico que genera un relativismo ético.

El fin no justifica los medios, y la verdad y el error no pueden ser relativos, ya que por este atajo hacia el bienestar no solo no se consigue éste sino siquiera acercarse a la felicidad. La axiología necesita del reconocimiento de los valores permanentes, absolutos. La razón humana universal es capaz de encontrar los principios primarios de la ética, como por ejemplo: haz a los demás lo que quisieras que hiciesen contigo. El conocimiento de lo individual exige el conocimiento de la "naturaleza común" humana.

■ CRÍTICA EPISTEMOLÓGICA

La Educación para la Salud, a través del estudio de casos permite la observación de la realidad social de un modo real e interpreta las relaciones de orden superior en "el interior" de los datos observados. La importancia de esta práctica metodológica es grande si tenemos en cuenta que es difícil extrapolar las conclusiones de unos "contextos a otros" (poder de generalización) dadas las diferencias individuales psicológicas, sociales y étnicas. El estudio de caso único elimina estas amenazas a la validez externa de la investigación ya que solo existe "un individuo".

La educación para la salud necesita de valores sustantivos y esenciales, ya que el diferente sentido de la teoría exige procedimientos metodológicos diferentes. Una definición teórica deductiva parte de proposiciones evidentes y necesarias para demostrar nuevas verdades; por el contrario, una teoría científica (experimental) tiene como finalidad la explicación, es decir, el establecimiento de relaciones de causa efectos. Las leyes que aplica han sido inferidas de modo inductivo, aunque pretenda más tarde aplicarlas de modo hipotético-deductivo, mediante el establecimiento previo de hipótesis. Ambos procedimientos metodológicos son necesarios para responder de forma integral a la dignidad de la persona humana.

El diseño de investigación del estudio de casos puede ser usado para contrastar la teoría (junto a un caso crucial uno puede usar también el llamado extremo, único, representativo o típico para el contraste teórico) pero un estudio de caso único no constituye por sí mismo la teoría. Vuelve a aparecer aquí la controversia entre ciencia nomotética (que establece principios o leyes generales) y ciencia idiográfica (que comprende lo singular).

La descripción que se genera en el estudio de caso único es inductiva, particularista, interpretativa de significados, normas culturales, costumbres, valores comunes, actitudes, procedimientos, etc. El caso es concreto, con resonancia en la propia existencia, vivida, más sentida que abstracto. El caso es contextualizado, las raíces están en el entorno. El usuario es protagonista que aporta su significado a los hechos. El caso se refiere a una población específica.

Habrá que decir, finalmente, que la unidad de análisis para en el estudio de caso único, está influenciada por la perspectiva epistemológica, filosófica, teorética o disciplinar de quien la selecciona. Los sociólogos est n interesados en roles, sistemas, subsistemas sociales; los educadores prefieren los alumnos con dificultades especiales, centros, aulas, etc.; los antropólogos con unidades étnicas; los psicólogos con unidades de psicoanálisis, etc. La ontología es necesaria porque abre el diseño de educación para la salud a la antropología filosófica, donde se encuentran los valores permanentes capaces de anclar una vida digna en su sentido pleno.

BIBLIOGRAF  Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Adelman C *et al.* Rethinking cases study: notes from the second Cambridge conference. East Angly. University. 1980.
- Bartolomé M. Investigación cualitativa en educación,  comprender o transformar?, *Rev. Investigación Educativa*, 1992:2, 7-36.
- Bean B, Biss CA, Hepburn Kathy S. *Social and emotional health in early childhood: Building bridges between services and systems*. Annotated bibliography of Vermont's Children's UPstream Project: Statewide Early Childhood Mental Health Services and Supports, Chapter 8. Retrieved 8/2/07 2007from <http://www.brookespublishing.com/newsletters>.
- Becker HS. Social observation and social case studies En: D. L. Sills.(ed.) *International Encyclopedia of the Social Sciencies*. Nueva York. McMillan. 1968.
- Becker HS. Problems of inference and proof in participant observation. En: McCall GJ, Simmons JL. *Issues in participant observation*. Reading, MC. Addison-Wesley. 1969.
- Cook TD, Reichardt CHS. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación educativa*. Madrid. Morata. 1986.
- Corrigan P W, Watson AC, Byrne P, Kristin ED. Mental illness stigma: Problem of public health or social justice? *Social Work: A Journal of the National Association of Social Workers*, Volume 50, Number 4, October 2005.
- Cross T, Earle K, Echo-Hawk Solie, H, Manness K. *Cultural strengths and challenges in implementing a system of care model in American indian communities*. Systems of Care: Promising Practices in Children's Mental Health, Volume I. Washington, D.C.: Center for Effective Collaboration and Practice. American Institution for Research. 2000.
- Denzin NK. *The Search Act*. Nueva York. McGraw Hill. 1978.
- Denzin HM. Forthcoming. Review Symposium on Filed Methods. *Journal for Contemporary Ethnografy*.1980.
- Engel P, Riedman W. *Casos sobre motivación y dirección del personal*. Madrid. Deusto. 1987.
- Jorgensen DL. *Tarot divination in the valley of sum*. Phl D. Dissertation, Ohio State University, Columbus, Department of Sociology. 1979
- Jorgensen DL. Divinatory Discourse. *Symbolic Interaction*; 1984:7 (2 Summer/Fall): 135-53.
- Jorgensen DL. *Participant observation, a methodology for human studies*. Londres. Sage Publications. 1989.

- Jorgensen DL, Jorgensen L. Social Meanings of the Occult. *Sociological Quarterly*, 23 (3. Summer): 373-389.
- Kemmis J, McTaggart R. *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona. Laertes. 1988.
- Kemmis J. *Mejorando la educación mediante la investigación-acción, La investigación-acción: inicios y desarrollo*. Madrid. Popular. 1992.
- Lombard-1969. En: López-Barajas Zayas (ed.). *Estudio de casos: Fundamentos y metodología*. Madrid. UNED. 1995.
- Pace, Paul R. *Continuity consensus sought*. (NASW News, Volume 52, No. 2, February 2007. Washington, D.C. National Association of Social Workers. 2007.
- Pace, Paul R. *Mental health parity, genetics bills backed*. NASW News, Volume 52, No. 4, February 2007. Washington, D.C. National Association of Social Workers. 2007.
- Parents and Mental Health. *Preservation of the family and resources*. Pennsylvania Child Welfare Training Program. *Charting the course: Module 10*. Mechanicsburg, PA. 2007
- Pring R. *Philosophy of Educational Research*. London and New York. Continuum, 2000.
- Ratcliffe-1983. En: López-Barajas (ed.), *Estudio de casos. Fundamentos y metodología*. Madrid. UNED. 1995.
- Shore CM. *The many faces of childhood: Diversity in development*. Boston. Pearson Education, Inc. 2004.
- Shulman L. *The skills of helping: individuals, families, groups, and communities* (5ª ed.) University at Buffalo, The State University of New York. Belmont, CA: Thompson Brooks/Cole. 2006.
- Simons H. *Towards a science of the singular*. Norwich. University of East Anglia. 1981.
- Simons H. The politics and ethics of educational research in England: contemporary issues. *British Educational Research Journal*; 1995, 21, (4).
- Stoesen L. *Report examines parity and access*. NASW News, Volume 52, No. 5, May 2007. Washington D.C. National Association of Social Workers. 2007.
- U.S Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, SAMHSA. Surgeon General's Report. *Mental health: Overview of cultural diversity*. Retrieved 10/3/07, from <http://mentalhealth.samhsa.gov>.
- Wicks-Nelson R, Israel AC. *Behavior disorders of childhood* (4ª ed.). Upper Saddle River, New York. Prentice Hall. 2000.

La investigación etnográfica

Emilio López-Barajas Zayas

INTRODUCCIÓN. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA DIVERSIDAD. LAS CIENCIAS AUXILIARES DE LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA. UN MODELO DE INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA. SÍNTESIS Y PERSPECTIVAS. GLOSARIO. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

■ INTRODUCCIÓN

La etnografía es el estudio directo de personas o grupos durante un cierto periodo de tiempo, utilizando la observación participante o las entrevistas abiertas con el propósito de conocer su comportamiento social para lo que es imprescindible el trabajo de campo como herramienta básica. La investigación etnográfica pretende revelar los significados que sustentan los valores, las acciones e interacciones que constituyen la realidad social, del grupo estudiado; esto se consigue mediante la participación directa del investigador, como un miembro más del grupo. Algunas veces, el investigador asume un papel activo en sus actividades cotidianas, observando lo que ocurre y pidiendo explicaciones e interpretaciones sobre las decisiones, acciones y comportamientos¹.

La Educación para la Salud tiene por objeto no solo el estudio de las formas de vida individuales que son saludables sino también aquellas que son propias de los grupos sociales, étnicos. Por esta razón algunas cuestiones generales introductoras

¹ Giddens A, Griffiths S. *Sociología*. 4ª ed. Madrid. Alianza Editorial. 1997.

han de ser objeto de reflexión, tales como: los factores que inciden en la actualidad de la investigación etnográfica en ciencias sociales, el análisis del significado de aquellos términos o expresiones que se encuentran en el campo de relación semántica de su objeto de estudio, y la evolución histórica-conceptual de algunos conceptos claves del sentido étnico.

La investigación etnográfica es una modalidad preferentemente cualitativa. Esta modalidad de indagación, que podemos llamar la aproximación etnográfica, encuentra en los momentos actuales un lugar preferente en la Educación para la Salud a causa de la mundialización de las organizaciones, la movilidad social, y la existencia de comunidades multiculturales. Las variables culturales y las diferencias de las mismas en un mismo territorio hacen que las sociedades, especialmente las llamadas desarrolladas, se transformen y se hagan cada vez más complejas.

La Educación para la Salud está interesada en las diferentes formas de vida que se originan en las diversas culturas. La movilidad de la población mundial es un hecho reciente. Cada día, grupos muy numerosos de personas dejan sus hogares y se encaminan hacia áreas aparentemente pacíficas y prósperas. Las grandes ciudades, y después los lugares más desarrollados económicamente, actúan como polos de atracción de quienes viven en lugares deprimidos donde anidan el desempleo, la enfermedad, la miseria, las luchas internas, etc., y la alegría de vivir se convierte en tragedia.

Podríamos decir que tal vez sea la "aldea global, planetaria, electrónica" la que ve moverse a sus ciudadanos de un lugar a otro, si no fuera por el dolor del desarraigo. La falta de ayuda de quienes puedan ofrecérsela (el "primer mundo") estimula y alimenta esta "marcha pacífica". Por otra parte, la uniformidad impuesta por los medios de comunicación, encuentra su piedra de toque en la reacción por conservar la propia identidad. Junto a las "minorías históricas" aparecen las "minorías emigradas". Ante la perplejidad de todos, ya no diferencia, lo reiteramos, de forma exclusiva, solo el territorio, la lengua, la religión y la etnia.

Un hecho parece cierto: que ciertas formas culturales no son particularmente sanas para la vida plenamente humana.

La extraordinaria movilidad social aludida que se produce en el mundo a diario (emigración, inmigración) se ha hecho posible por el desarrollo de los medios de comunicación de masas. Y la "aldea global" que genera se caracteriza por ser un complejo social de índole multicultural e intercultural. La Educación para la Salud encuentra en la investigación etnográfica el procedimiento más adecuado para profundizar en el conocimiento de la realidad social en general y de modo muy especial en estas nuevas sociedades.

La política de la integración, constante hasta los años setenta, y que consiguió escasos resultados, da paso a la coexistencia de un multiculturalismo cultural. La tierra no es algo absolutamente propio sino un don divino para la humanidad. La antítesis es de naturaleza cultural: comienza una era de valoración de la cultura ori-

ginaria, que tiene su génesis social en la lucha por los derechos civiles y la igualdad de oportunidades. Sin embargo, el olvido del realismo filosófico produce un vacío de esencialidades donde afirmar los derechos derivados de valores universales.

La educación intercultural, que implica conocer "todas las culturas" que conviven en una sociedad específica (incluidas las lenguas) puede parecer una utopía. Sin embargo, es muy necesario el interconocimiento básico de los valores fundamentales que conviven en un contexto específico, con objeto de favorecer el conocimiento positivo recíproco. Por otra parte, no será difícil la identificación de algunos "valores" comunes a la condición humana. Supuesto básico será el reconocimiento de la dignidad y la libertad humanas.

El futuro de la Educación para la Salud debe contemplar la organización del sistema educativo desde esta perspectiva de la diversidad de los grupos étnicos. Cualquier forma de vida o modelo particular de cultura (o subcultura) debe encontrar un reconocimiento solidario con objeto de facilitar una convivencia pacífica. La uniformidad, de signo civil o religioso, no puede ser un horizonte que sea respetuoso con las creencias humanas. Se trata de evitar la discriminación sea por el motivo cultural que sea mientras no atenten contra los derechos emanados de la propia naturaleza humana.

No obstante, habrá que recordar que el rompimiento con la tradición, hizo que se elevará lo contextual, lo étnico, lo cultural a rango definitivo de la dignidad humana. Lo esencial, lo sustantivo, lo universal, comenzó a ser deteriorado, la *natura communis*, la naturaleza común humana, donde se ancla la fraternidad y la justicia universales. Este proceso irrumpen en la historia del pensamiento humano con algunos de los representantes de la última escolástica, John Duns Scoto (1266-1308), franciscano, que consideró que el entendimiento conoce directamente las realidades individuales por medio de una intuición inmediata confusa. Según él, la voluntad, además, no tiende necesariamente al bien sino que la esencia de la voluntad es la libertad, y precisamente por ello la voluntad es más perfecta que el entendimiento y superior a él, ya que el entendimiento no es libre para asentir o disentir de las verdades que capta. Aquí se inicia el rompimiento entre el espíritu griego y cristiano. Junto a éste encontramos la figura del nominalismo, Guillermo de Ockam (1280/1288-1349), que también ingresó en la orden franciscana. La vida de éste transcurre entre su nacimiento en Londres hacia 1300, y su muerte en 1349 en la ciudad de Munich. La experiencia sensible, para él, es verdadera causa del conocimiento, pero supone una actitud escéptica ante al conocimiento intelectual. El universal, la naturaleza común, para él, no es una realidad óptica: "Está solo en el alma y no en las cosas" (*I Sent. D. 2, q. 7 G*). El universal no es producido "sino que resulta de la operación abstractiva, que no es otra cosa que una especie de ficción" (*I Sent. D. 2, q. 8 E*). Los círculos ockhamistas se denominaron los modernos (*moderni*), frente a los antiguos (*antiqui*) y a su realismo de las ideas (*reales*), y por su repulsa de la realidad de los universales, se les llamo los "nominales" (Hirsberger, 447). Algunos

de sus seguidores acentuarán más el criticismo epistemológico de Ockham, otros la necesidad de la experiencia, proclamada por el maestro, por lo que afectan por ello una orientación marcada hacia la ciencia de la naturaleza (Hirschberger J, 1976:447). Supone una inflexión grave en la *epistemología*, al considerar *la experiencia sensible la auténtica causa del conocimiento humano*, y *la negación, como hemos dicho, de la operación abstractiva*. La negación de Ockham de las *species*, la *natura communis*, y en general todo universal tanto *ante rem* o *in re* tendrá consecuencias reductivas de naturaleza epistemológica, y por tanto de los valores, por la influencia posterior que supone. No será realidad ontológica el universal, sino solo cosas de la mente: "está solo en el alma y no en las cosas" (*I Sent. D. 2, q. 7 G*). Los seguidores acentuarán su criticismo epistemológico, y en otros casos, la necesidad de la experiencia como orientación hacia la ciencia de la naturaleza. Se inicia un camino hacia el inmanentismo moderno, hacia el relativismo y el escepticismo (histórico y sociológico más tarde) lo que hará que por razones epistemológicas, la reducción de los valores sea, más tarde, de la mano de Descartes y Kant, una realidad representada en la mente humana, una realidad fenoménica. Lo que habrá, en consecuencia, en el alma humana, según su propuesta, es solo un *signum*, un contenido de significado (*intentio*), y en cuanto simplemente un signo que es algo convencional (*I Sent. D. 2. Q. 8*). Más aún, es una pura ficción (*quoddam fictum*), en conclusión no es más que el término con el que denominamos a la cosa significada: *non plus quam vox est sui significati* (*I Sent. D. 2. Q. 7 T*). El relativismo gnoseológico encuentra aquí su origen, aunque solo esbozado en la negación de los universal.

■ LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA DIVERSIDAD

El reto de la educación para la salud es hacerlo para un mundo intercultural y multicultural. La naturaleza común humana no es contradictoria con la identidad étnica. La perspectiva etnográfica en la investigación social ayuda a entender que la diversidad no es conflicto sino complementariedad. La crisis de los partidos políticos en el estado del bienestar reclama una reforma donde las asociaciones civiles ocupen roles sociales importantes. Se trata de la profundización de las formas democráticas. La Educación para la Salud debe realizar sus propuestas desde esta doble perspectiva: pública-estatal y social. El estado ha de proteger los derechos de los más débiles, de los desfavorecidos, por razones de justicia social, pero debe respetar las libertades civiles de sus ciudadanos. El futuro en paz del mundo pasa por la pedagogía de la tolerancia, la comprensión y la solidaridad. El respeto a la identidad, a los diferentes modos de vida, a la aceptación afectuosa de las diferencias étnicas son finalidades en las que profundizar en la investigación etnográfica.

La Educación para la Salud ha de tener presente, por otra parte, que el lenguaje no es siempre de significado unívoco, con frecuencia es polisémico e impreciso. Con

demasiada frecuencia encontramos textos anunciados como etnográficos, cuando realmente son etnológicos. "Otras veces aparecen temas antropológicos cuando tan solo pueden ser etnográficos; o finalmente, etnografías biográficas, tal vez fragmentos etnográficos presentados como integrantes de la etnología, o como etnología propia" (Bouché H, 1993:23).

Los estudios etnográficos en Educación para la Salud han de considerar como Centro de interés una "síntesis interdisciplinar" practicada por investigadores que mantienen supuestos teóricos y tradiciones diferentes. La aproximación histórica, por otra parte, nos advierte que el darwinismo, desde la perspectiva biológica, influyó negativamente al finalizar el siglo XIX y principios del XX, en el estudio de los grupos, y por tanto en el marco teórico del desarrollo de la investigación etnográfica. En 1858, Ch Darwin y Alfred R Wallace, consideraron simultáneamente que los cambios se producen espontáneamente en el material hereditario (cuya naturaleza desconocían por completo), y el papel del medio ambiente sería extrínseco al proceso negativo, esto es, de selección o prevalencia de la descendencia del mejor dotado, que se eliminan. Influyó en Darwin la teoría de la "lucha por la existencia" (alimento, territorio y pareja), cuya variable independiente principal sería el crecimiento demográfico de Malthus; el medio sería condición, no causa. El descubrimiento de la naturaleza de los factores hereditarios y de los cambios originados en ellos estaba reservado —como es conocido de todos— a los seguidores de Mendel y De Vries. En el siglo XIX se tenía por ley fundamental de la evolución la "complicación progresiva". Concepción "simplista y unilateral del desarrollo que consideraba a éste como un proceso desde lo muy simple hasta lo complicado, y que desgraciadamente se aplicó a la dinámica cultural por Darwin y Taylor, originando el error o prejuicio etnológico contra la cultura llamada "primitiva", sinónimo de "retrasada", y en consecuencia, al equivoco del significado del sentido de la evolución, que al aplicarse a la antropología cultural, según la doctrina de Taylor, parece envolver en sus críticas a la teoría biológica de la evolución" (Ger, Aguirre, 1989:610).

Hasta aquí hemos indicado la panorámica antropológica en general, sin embargo la investigación sistemática de las relaciones raciales y étnicas tiene su origen en las instituciones de educación superior de los Estados Unidos durante la década de los años treinta de nuestro siglo. Los ciudadanos de raza negra tuvieron menos aprecio que los que provenían de Escocia o Irlanda. La raza llegó a considerarse como algo fijo en la naturaleza, preordenado tal vez y llamado a un estado "puro u original". La Educación para la Salud ha de ser contraria a dichos postulados por la sencilla razón de que en absoluto son ciertos. El ambiente familiar y social juega un papel muy importante en el desarrollo de los seres humanos.

Durante la década de los cuarenta se focaliza una cuestión importante en esta área de estudios: la importancia de las relaciones intergrupos o interétnicas. En este sentido, una conclusión parece evidente: el conocimiento mutuo reduce tensiones entre los grupos. En este hecho hay implícitamente todo un programa de formación

intercultural. El caso americano, tanto en sus errores como aciertos posteriores, permitirá establecer hipótesis de investigación más cercanas a la realidad. Frente a la integración coactiva el fomento positivo de la diversidad y evitar cualquier modo de segregación étnica.

Iniciamos en la aldea global un largo camino hacia la comprensión y la tolerancia, hacia el respeto a la identidad de los grupos, hacia organizaciones multiculturales que sean estimuladoras de la diversidad. La urgencia se acelera ante el mapa social que comienza a señalar sus contornos con las grandes emigraciones desde los años sesenta del siglo pasado hasta llegar a los momentos presentes. Los países en vías de desarrollo "exportan" sus gentes a otros de mayor desarrollo para quedarse especialmente los más jóvenes, o que vuelvan con los recursos económicos necesarios para alcanzar definitivamente el tren del progreso. El ideal de la "asimilación" que propiciaron países de acogida de emigrantes, como fue el caso de Norteamérica, según el modelo de la cultura anglosajona se contestó de modo más radical a partir de los años setenta: los afroamericanos, portorriqueños, chicanos y nativos americanos evidencian su oposición.

Una última nota se identifica durante la década de los ochenta del siglo pasado, tales como la diferenciación entre "etnografía escolar" y "etnografía educativa". Esta última abre propuestas metodológicas dentro o fuera de la escuela: se realizan estudios acerca de "los patios de recreo", "las formas de violencia", "los grupos de iguales", "los problemas de transmisión cultural", "el currículo oculto", "biculturalismo", etc. Hoy, donde la escasa natalidad en los llamados países desarrollados acoge la fertilidad de los emigrantes, vemos desarrollarse comunidades culturales diferentes en una gran parte de ciudades europeas y americanas.

La etnografía —en este entorno— al interesarse por los significados sociales en cada contexto de interacción, propicia una Educación para la Salud de carácter más antropológico que social, en el sentido de que la nueva sensibilidad, que le es propia, se orienta hacia la valoración de la identidad y el autoconcepto que caracteriza a los grupos étnicos.

Las corrientes emigratorias, el multiculturalismo real existe, favorecidos por los medios de comunicación, arrastran, en esta Tercera Ola, como náufragos —algunas veces en el sentido literal del término— que arriban desde el Tercer Mundo al Segundo, y de éste al Primero. Y, siempre, alcanzando playas lejanas, extrañas, a sus respectivos paisajes y lugares de origen.

La Educación Social, y la Educación para la Salud en particular, tiene un gran reto social: establecer principios y metodologías que tengan por objeto los procedimientos generales y diferenciados de formación de los hombres, las posibilidades educativas de sus formas de vida, los comportamientos, los valores, las motivaciones, las relaciones, las formas de organización, las creencias, los intereses, los roles, y las reglas sociales vigentes y las específicas de cada comunidad. La Pedagogía etnográfica deberá definir un nuevo orden educativo en el que cada grupo social

encuentre las posibilidades reales de realización personal sin discriminación alguna por razones de etnicidad. Urge una Pedagogía etnográfica que respete a los grupos diversos, que fomenta la paz, la tolerancia, y la convivencia pacífica. La escuela puede seguir jugando un papel decisivo en este nuevo proceso, aunque no de forma exclusiva. Los problemas son evidentes, no será tarea fácil. Pero hemos de ser positivos.

La tradición investigadora americana destaca dos grandes áreas problemáticas:

- La escolarización como instrumento de transmisión cultural (interés por el currículo oculto).
- La exploración de los conflictos culturales en la clase (espacio conflictivo en sociedades pluriculturales).

El interés se centra no solo en la escuela sino también en la definición de las relaciones escuela-comunidad. En el caso francés como emergencia de una sociología pragmática que concierne a la organización escolar, y el caso inglés como consecuencia de una reflexión política orientada hacia la descentralización y la autonomía social para el desarrollo de las instituciones educativas, más allá de las simples referencias administrativas (Aznar P, Requejo A, 1992).

Dos ciencias auxiliares a la tarea educativa se entrecruzan, en el estado de la cuestión, y que abordan como campo propio estas cuestiones: la etnología y la etnografía; por lo que resulta necesario definir el objeto propio de ambas.

■ CIENCIAS AUXILIARES DE LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA

Las principales ciencias auxiliares de la investigación en Educación para la Salud son la *Antropología*, la *Etnografía*, y la *Etnología*.

Antropología

Etimológicamente "antropología" significó estudio del hombre (*anthropos*, hombre, *logos*, tratado o estudio). El sentido de este vocablo evolucionará de acuerdo con los distintos postulados epistemológicos hacia la complejidad, la diversificación y la matización. Un hecho parece cierto, hemos de saber qué y quién es el ser humano con objeto de roturar un programa de formación que esté de acuerdo con su naturaleza.

Propondríamos una definición real provisional acerca del objeto o cosa que estudia la antropología: el estudio de las formas de vida del ser humano. Esta perspectiva formal se acerca al sentido pedagógico en cuanto que el hombre es susceptible de

formación, de mejora intencional de su potencial natural. La finalidad de la Pedagogía antropológica es sistematizar el conocimiento del hombre desde esta mirada educativa, demostrar y comprender la realidad de la formación verdaderamente humana. Nuestra posición por tanto no es reduccionista hacia una antropología estrictamente cultural e histórica, y sin embargo considera que los factores históricos y culturales son de vital importancia.

Advertimos esto porque el término "antropología" apareció hacia el año 1795 con el sentido de historia natural del hombre, o mejor, con un sentido reduccionista hacia la antropología exclusivamente física. La antropología hoy estudia al hombre en toda su unidad y complejidad. Pero no deja de ser cierto que numerosos europeos continentales siguen postulando a la antropología desde esta perspectiva física, y cuando de aspectos relacionados o inscritos en el mundo cultural o social se hace referencia a la etnología. Por el contrario en el Reino Unido la antropología se entiende, en la mayor parte de las veces, como antropología social, incluyendo las cuestiones de orden físico en la genética y la paleontología; mientras que las culturales lo hacen en la historia y en la arqueología. Los norteamericanos, por su parte, consideran, de modo general, a la antropología como estrictamente cultural (Bouche, 1993). Los fundamentos de una antropología física, social y cultural son necesarios a cualquier propuesta de proyectos y programas de Educación para la Salud, pero no son suficientes.

Consideramos la antropología con un sentido unitario, globalizador y totalizador del estudio del hombre, abarcando las dimensiones: física, psicológica, cultural, educativa, social, y filosófica. La perspectiva radical del inmanentismo histórico y cultural nos llevaría a tener que justificar determinadas formas de vida de naturaleza infrahumana, por la sencilla razón que toda propuesta cultural sería explicada exclusivamente en función del proceso de desarrollo actual. El logro de esta integración se puede realizar a través del establecimiento de niveles sucesivos de generalización antropológica mediante los cuales unificar los saberes "regionales, parciales, o formales" de la Antropología general.

Por otra parte, nos encontramos con la Etnografía y la Etnología. La diferenciación práctica entre etnología y etnografía no es tarea fácil. La etnografía es parte de la antropología cultural, y se puede definir como la descripción de la cultura de un grupo humano o alguno de sus aspectos. No se considera como rama de la antropología sino más bien como fase del proceso investigador en la que se señalan objetivos, y más tarde, facilita la formulación de hipótesis.

Etnografía

El término "etnografía" se generalizó hacia la mitad del siglo XIX pero su sentido evolucionó junto con el correspondiente a las diversas propuestas teóricas

de la antropología cultural. En la práctica de la investigación los instrumentos más usados fueron: el análisis de la correspondencia, los cuestionarios y las visitas breves a los lugares de estudio. Los antecedentes que suponen ciertos textos clásicos, historiadores, misioneros, y viajeros en general, durante la época de los grandes descubrimientos carecen de la sistematización necesaria. Las descripciones que se hacen son bien inventarios de cultura que reflexión de comprensión e interpretación cultural. Además, la atención solo se prestaba a los llamados pueblos primitivos. Suelen considerarse, como hito importante en el desarrollo e la investigación etnográfica, los trabajos realizados por el antropólogo británico de origen polaco Bronislaw Malinowski (1884-1942) quien mejoró sensiblemente la metodología etnográfica. La Etnopedagogía ha de reflexionar sobre las posibilidades de supervivencia y desarrollo de estos "grupos de héroes". La premonición de los trabajos de Malinowski con los Argonautas de Pacífico causa casi pavor. Más tarde se encuentran otros antecedentes: los trabajos de antropología cultural de Levi-Strauss, Margaret Mead —que estudió la crianza de niños y adolescentes en comunidades primitivas—, o los trabajos de observación participante de Leplay en 1855. La Escuela de Chicago, entre 1910 y 1940 trabaja dentro de la antropología social con investigadores que realizan estudios de campo. Las observaciones de Jackson acerca de las diferencias de comportamiento, realizadas en sus comportamientos zoológicos, al abandonar la investigación de los animales en sus montañas, para orientar su atención hacia "la vida en las aulas", 1968, puede considerarse como alguno de los intentos por introducir los métodos antropológicos en la educación.

Lo característico de la etnografía es la fase descriptiva, "decir qué hay en la realidad de esa comunidad", cuáles son los factores de etnicidad que justifican sus respectivas formas de vida a través de la recogida de datos de un grupo humano, tribu, barrio, ciudad, habitantes de una región, área, etc., y, más tarde, la elaboración de un informe. Pero la perspectiva de los instrumentos que usa es hacia el mundo simbólico que inunda la comunidad, hacia la comprensión e interpretación de sus valores, símbolos, rituales, en definitiva, hacia sus formas de vida.

Tradicionalmente se ha considerado que la fase de propuesta de hipótesis sería más propia de la etnología educativa ya que su finalidad es explicativa. Un hecho parece claro, la etnografía educativa es estudio de campo, es decir, obtiene los datos directamente en el ámbito que vive la población objeto de estudio. Obviamente se selecciona el objeto y el alcance del trabajo. Por consiguiente, hay que familiarizarse con la geografía, historia, censos y otros trabajos antropológicos anteriores si existen. Algo fundamental es el conocimiento de la lengua que se habla en el lugar. Y con objeto de minimizar la varianza de error de los datos que se recogen se debe procurar que la presencia cause la menor perturbación posible, y no vincularse con individuo, grupo o clase, que impida libertad de comunicación con el resto de la comunidad objeto de estudio.

La técnica usual de los estudios descriptivos es la observación, que en la investigación etnográfica ha de ser participativa, o mejor, observación participante. Se exige al investigador la inmersión en la comunidad humana, donde cualquier miembro de la población es potencial fuente de información, puede generar datos.

Otros instrumentos útiles pueden ser: un diario, unas notas de campo que registran informaciones en el momento que ocurren pueden ser de gran riqueza de matices, los registros sonoros, dibujos, fotografías, películas, magnetófonos para las entrevistas, textos, y música. Una vez que se finaliza el estudio de campo, cuya duración puede durar varios meses, se elabora y sistematiza el informe de la investigación realizada. La etnografía como descripción sistemática que es de las ideas y comportamientos de los miembros de un grupo étnico, tiene algunas exigencias metodológicas: los datos son obtenidos preferentemente a partir de la observación participante y de las entrevistas durante el trabajo de campo (Aguirre A, 1982:170-173).

Otra cuestión importante es el problema ético. El respeto a la dignidad humana y a la propia seguridad de las personas se debe conjugar con los intereses científicos. Tanto los procedimientos para conseguir la información como la difusión posterior no han de ofender a la persona o grupo que los suministró (Jiménez A, 1987:460).

La Educación para la Salud ha de tener en cuenta que la investigación etnográfica es descriptiva y prescriptiva, ya que no solo es reconstrucción analítica de escenarios y grupos culturales desde la perspectiva de los grupos étnicos que se estudian. Y, como la descripción, lo reiteramos una vez más, es una "explicación insuficiente", no alcanza la categoría de ciencia en el sentido clásico. Lo definitivo en la aproximación etnográfica es la perspectiva que debe adoptar el etnógrafo para ponerse en la piel del otro, situarse en el escenario propio donde observar los comportamientos en su contexto con el fin de conocer las estructuras de significado que informan y testifican los comportamientos de los sujetos observados (Wilcox K, 1982:113).

Etnología

La Etnología, por otra parte, es ciencia que estudia las razas y pueblos en todos sus aspectos y dimensiones. Etimológicamente significa tratado o ciencia de los pueblos (*etnos*, pueblo; y *logos*, tratado). En este supuesto el educador social ha de saber que la etnografía sería metodología de la etnología, al suministrar aquélla los datos que ésta necesita. Resultaría desde esta perspectiva formal, bastante acertada la posición de los países anglosajones que han identificado la etnología con la antropología cultural en oposición a la física y la biológica. La literatura científica británica suele distinguir entre antropología social y etnología, al considerar que esta última se orienta a la historia de los pueblos que carecen de testimonio escrito, por lo que se vincularía a la antropología prehistórica. La investigación etnológica

se ha orientado preferentemente hacia el análisis comparativo de las culturas de los pueblos actuales, aunque no excluiría otros grupos extinguidos ni civilizaciones complejas o desarrolladas. Claro que en este último supuesto se superpondría con la descripción etnográfica actual. Una nota, pues, que puede considerarse esencial en la etnología social, la identificación y la explicación de las semejanzas y diferencias de las respectivas formas de vida.

La investigación etnógrafo-educativa se interesa por el sentido antropológico que orienta el quehacer docente y discente, que informa el carácter propio de un Proyecto de centro, una programación de aula, o cualquier acción de naturaleza social y educativa. En suma, analiza un complejo de valores, que ilumina el rumbo para mejorar la condición humana, de los alumnos principalmente. La expresión "debe ser un hombre" expresaba la convicción en una naturaleza humana "plena" e inacabada, y la importancia dada, al mismo tiempo, del papel que la Educación para la salud tiene en la realización humana.

La valoración es algo natural en la persona porque los valores se derivan no solo de su dimensión histórica y cultural sino esencial. Los valores ahistóricos del ser humano son la fuente original de su felicidad, que cuando son constreñidos por la falta de libertad o la ignorancia generan efectos negativos y poco saludables. La aproximación etnográfica permite a la Educación para la Salud superar reduccionismos tecnicistas en sus realizaciones específicas. Por tanto han de definirse este conjunto de valores primarios, estas finalidades educativas, como referencias pedagógicas, y por tanto humanas. Los valores históricos y culturales encuentran su sostén en aquellos otros que tienen una vigencia universal que se traducen en derechos y deberes universales. Este hecho de la valoración ha sido constante en la historia del pensamiento y de la cultura.

Las antítesis axiológicas surgieron —en la época moderna y contemporánea— tanto desde posiciones subjetivistas como objetivistas: neokantianos, Escuela Austriaca, fenomenología y filosofía realista, etc. Cualquiera que sea la definición de educación que se proponga, los valores tienen algo de percepción subjetiva pero fundamentalmente son algo objetivo, son metas que percibo en el horizonte y que me fascinan. Son experiencias reales y también ideales. Por consiguiente, el respeto a las libertades de las conciencias de los grupos étnicos no implica relativismo ético alguno.

Desde la perspectiva pedagógica, y no solo filosófica, cada valor tiene su contravalor, junto al caballo "negro" camina el "blanco". El "auriga" —siguiendo con el símil platónico—, y cada uno de nosotros, libremente, ha de imponer la mayor racionalidad posible para evitar el despeñadero al alma, al "carro alado". La Pedagogía como ciencia deberá establecer propuestas específicas, que permitan un orden del sistema educativo y social nuevo donde la convivencia pacífica, y donde la libertad social de la enseñanza sea más que una declaración legal de derechos. Un modelo de organización que acoja las diferencias de un mundo multicultural en el que los

grupos y etnias sociales reconozcan y "diagramen" libremente sus propias formas de vida, de acuerdo con los valores que configuran su identidad.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA

Se puede definir extrínsecamente la etnicidad como el "modelo de vida personal o social", como aquella significación intencional a través de la cual la gente define y redefine su cultura de acuerdo con las condiciones de su experiencia. Verdaderamente llamativo resulta que los inmigrantes italianos en Norteamérica no se autodenominan como "italianos", sino como "sicilianos", "romanos", "milaneses", etc. La consecuencia que puede inferirse es evidente: la etnicidad cristaliza bajo condiciones y redes de familia y amistad. El origen y desarrollo de la etnicidad o identidad social requiere elementos culturales de asociación cognitiva y emocional que supongan algún "segmento" de experiencia en común. Quizá sea ésta también la razón por la que un conocimiento de otros mundos y otras culturas facilita una comprensión positiva de los demás, y un relativizar algunas diferencias no esenciales.

¿Qué diferencia la etnicidad de la cultura o la identidad?

Los grupos étnicos suelen diferenciarse como categorías de personas, y cuyos *factores de diferenciación* pueden tener mayor o menor peso según los casos. No obstante pueden sintetizarse como más relevantes los siguientes:

- Formas de vida.
- Modelos de vida familiar.
- Lenguaje.
- Religión.
- Procedimientos de organización del trabajo.
- Artes.
- Rituales.
- Rutinas.

El investigador en Educación para la Salud encuentra en estas categorías básicas una perspectiva estratégica para su investigación etnográfica. La referencia, en todo caso, es hacia el pasado, hacia las prácticas y las tradiciones del grupo. La identificación es con la herencia y no con los productos del grupo. Supone una experiencia histórica común única, una única identidad. La etnicidad es búsqueda del significado que los hechos sociales tienen para los ciudadanos, búsqueda del "sentido de pertenencia", del sentido de "identidad".

La investigación etnográfica se incluye, según algunos autores en el paradigma fenomenológico (Taylor SJ, Bodgan R, 1986) al escudriñar los "modos de vida". Otros en cambio diferencian la investigación fenomenológica de la etnográfica, según se enfatice la percepción de las personas o grupos que se estudian, o más bien se ponga la atención en el análisis de los comportamientos de las personas y los acontecimientos en un contexto social a través de la inmersión en el mismo.

La investigación etnográfica ha sido en su origen descriptiva, inductiva. Y fue derivando, al considerar la perspectiva subjetiva de los grupos, hacia un modo de hacer fenomenológico (no se olvide que la fenomenología es vuelta hacia el objeto, búsqueda de la objetividad a través de la reducción eidética). La investigación etnográfica, ahora, es por influencia de la filosofía, en gran parte, crítico-interpretativa al haber confluído en ella la crítica de la ciencia (en algunos casos) y la aproximación fenomenológica. La confusión así ha crecido de grado al realizar un conglomerado que propone dos paradigmas distintos: la deducción y la intuición fenomenológica.

Esto explica que aparezcan otras y numerosas ciencias relacionadas con la investigación etnográfica: antropología cultural, ciencias del espíritu, etnometodología, etnociencia, biografía, interaccionismo simbólico, microsociología, nueva sociología, sociología comprensiva; y entre los niveles y metodologías de la investigación: investigación-acción, investigación interpretativa, fenomenológica, estudio de casos, observación participante, y evaluación naturalista (Poisson Y, 1991:22).

Fuentes principales

Consideramos que son fuentes principales que confluyen en el desarrollo de la investigación etnográfica fueron:

- a) La antropología cultural de Claude Lévi-Strauss.
- b) La teoría psicosocial de M Mead.
- c) La observación participante de Leplay
- d) El código ético.

a) La antropología cultural es el estudio del universo de símbolos, valores, y de las actitudes humanas correspondientes. La cultura se define de diferentes formas, pero en los elementos básicos suele haber coincidencia: el carácter conceptual de los objetos que la integran, su posesión por los grupos más que por los individuos (carácter social), y su naturaleza dinámica o perduración cambiante en el tiempo por comunicación social y conceptual, esto es, por tradición. La cultura es pues diversa y relativa. Las culturas tienden a la interfecundación, como las sociedades a la integración.

El antropólogo social francés Lévi-Strauss (1908-) se considera el fundador de la antropología estructural: "sí, como creemos, la actividad inconsciente del espíritu con-

siste en imponer formas y si esas formas son fundamentalmente las mismas para todos los espíritus... es necesario y suficiente llegar a la estructura inconsciente subyacente a cada institución y cada costumbre para obtener un principio de explicación válido para otras instituciones y otras costumbres" (*Antropología Estructural*, pp. 21-22).

Es un intento de introducir un modo científico en el estudio de los fenómenos sociales del hombre. La crítica fundamental es la estrechez de la consideración de la experiencia humana, que hace desaparecer la conciencia de subjetividad, la libertad, la decisión, y la iniciativa.

b) La teoría psicosocial es otra fuente. Los trabajos sobre la infancia muestran como la civilización penetra al individuo desde la más tierna infancia en relación a la plasticidad biopsicológica de la persona humana en la que múltiples comportamientos vienen determinados por condicionamientos socioculturales (Requejo, 1986:82-85).

La importancia del interaccionismo simbólico se concreta en destacar "los significados sociales" que las personas asignan al mundo que les rodea. Los principios del interaccionismo simbólico son (Blumer, 1969):

- El significado determina la acción.
- Los significados surgen en la interacción social.
- Son los actores sociales quienes asignan los significados.

c) La observación participante es la tercera fuente. Consiste en un proceso consciente y sistemático de inmersión en la cultura que se investiga. Su propósito es la obtención de datos acerca de las formas de vida de los grupos, a través del contacto directo y en términos de situaciones específicas en las cuales sea mínima la distorsión producida en los resultados a causa del efecto del investigador como agente exterior (Esteve *et al.*, 1992).

d) El análisis de los códigos éticos es fundamental. Cualquier comportamiento social manifiesta unos principios morales, ya sea de forma expresa o implícita.

Investigación etnográfica

Considera los siguientes *niveles*:

- *Mini-etnografías*: estudios de aspectos o áreas específicas, también llamadas subculturas, es decir, modos de vida de grupos sociales reducidos, por ejemplo, la comunidad gitana, los habitantes de una sierra concreta, ghettos, barrios, etc.
- *Maxi-etnografías*: estudio de hechos generales de una cultura determinada, por ejemplo, la cultura occidental.

La investigación etnográfica está íntimamente relacionada con la observación participante que estudiaremos en temas posteriores. Esta modalidad metodológica es el marco general de aquélla.

■ UN MODELO DE INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA

Las fases del *Modelo de investigación etnográfica* en Educación para la Salud que proponemos son las siguientes:

- a) Especificar el complejo de fenómenos sociales a investigar en el campo de la Educación para la Salud.
- b) Identificación preliminar de las unidades sociales a investigar, y la problemática de Educación para la Salud.
- c) *Mapping* de la zona (descripción geográfica y humana).
- d) Estudio de la historia y la cultura de los grupos sociales.
- e) Revisión de la literatura y experiencias anteriores.
- f) Preparar planes e instrumentos. Procedimientos de observación participante.
- g) Procedimiento de registro de datos.
- h) Criterios de análisis y validación de los datos.
- i) Reflexión crítica-epistemológica.
- j) Redacción del informe etnográfico.

A) La investigación tiene un proceso interactivo-reactivo y cíclico. Las decisiones son relativas en cuanto a la elaboración del diseño se refieren, ya que se van modificando en el proceso mismo del estudio (Wittrock MC, 1989:393). Esta flexibilidad y adaptabilidad al entorno hace que se consideren los fenómenos que sin estar previstos emergen en el desarrollo de la misma; de aquí que la selección y muestreo previos sean procesos abiertos y *ad hoc*, y no un parámetro *a priori* (Goetz JP, Lecompte MD, 1988:70). Además los muestreos están más sujetos a criterio que a norma según ya señalamos.

B) La investigación etnográfica en Educación para la Salud identifica, en un primer momento, un complejo de problemas de vida insana que requieren un estudio y resolución. Generalmente se trata de unidades sociales amplias, que pueden ser estudiadas de modo sucesivo en diversos proyectos de investigación. Hay que diferenciar los problemas que tras el estudio detenido de los mismos pueden tratarse por procedimientos educativos.

C) La diagramación o *mapping* de la zona es importante. Se trata de conocer la geografía del lugar que habitan los grupos humanos, y además, los modos y formas

de vida que caracterizan su cultura. Hay que identificar los diversos grupos culturales si existen en la zona objeto de estudio.

D) El conocimiento del proceso histórico de los grupos humanos es clave para la comprensión de los significados sociales. Los documentos históricos o memorias que puedan aportar algún conocimiento pueden requerir un estudio paciente.

E) El conocimiento del estado de la cuestión de los grupos sociales requiere conocer cualquier texto que hable sobre las formas de vida. La literatura existente como pueden ser trabajos o estudios etnográficos anteriores han de ser estudiados previamente. Las experiencias de personas que convivieron en los grupos que se estudian deben ser registradas

F) Los instrumentos para la recogida de los datos se consideran como un continuo desde los menos estructurados (notas de campo) a los más estructurados (censos). Algunos autores consideran que los procedimientos de recogida de datos pueden ser interactivos y no interactivos en función del grado de intrusividad que se establece entre etnógrafo-participantes (Goetz JP, Lecompte MD, 1988:125). Los procedimientos interactivos que se utilizan a partir de las relaciones personales, son reactivos, y las técnicas más usuales son: la observación participante y la entrevista.

La observación participante implica una inmersión en la vida y la cultura del grupo social. Aunque se advierte de la necesidad de mantener una cierta distancia profesional para la objetividad de la observación, se trata en realidad de adoptar una doble perspectiva que permita percibir la realidad "desde dentro", y "desde fuera" (Fetterman DM, 1989:30). Dada la importancia de la misma se estudia posteriormente en tema aparte.

La etnografía ha pasado progresivamente de la descripción a la comprensión valorativa de la realidad que estudia. En sus notas de campo, el investigador, no solo anota "lo que hay en la realidad" sino que refleja sus sentimientos, las significaciones e intencionalidades que "adivina", el grado de compromiso con el que observa. La percepción interna *emic* no configura una realidad objetiva, pero ayuda al investigador a comprender el comportamiento social del grupo. La percepción externa *etic* implica un distanciamiento objetivo respecto del objeto observado que incluye al propio observador.

La entrevista permite profundizar en las cuestiones que escapan a la observación, o matizar algún fenómeno que se ha observado. La entrevista no estructurada es el procedimiento más usual. Algunas variantes o clases de entrevistas son:

- Entrevista a informante clave, las fuentes principales en función del rol o status en el grupo, disponibilidad, etc. Condiciones mínimas son: profundo conocimiento tácito o implícito de su cultura, compromiso activo con el grupo social de referencia, disponibilidad de tiempo para informar, y ausencia de proclividad en el análisis del contenido de sus propias informaciones.

- Entrevista autobiográfica relata las experiencias y los modos de percibir la realidad del entrevistado. Permite generar hipótesis y establecer inferencias acerca de la cultura del grupo (Fetterman DM, 1989:61).
- Las autobiografías profesionales permiten el análisis de roles y comportamientos desde la experiencia del ejercicio profesional, a partir de cuyos hechos se puede valorar las distintas concepciones de la escena escolar (Goetz JP, Lecompte MD, 1988:135).
- La observación no participante se utiliza para varios objetivos diferentes: las crónicas de flujos de comportamiento como su nombre indica para describir con detalle el objeto de la observación; los análisis proxémicos para apreciar la distancia social entre las personas del grupo; y el análisis kinésico para evaluar el lenguaje corporal (Fetterman DM, 1989 79).

Otros procedimientos son los análisis de interacción (sociogramas), recogida de útiles o artefactos, documentos escritos (cartas, memorandums, informes oficiales, diarios, actas, etc.).

G) Los procedimientos de registro de datos siguen los criterios establecidos en el tema correspondiente a la Observación participante, que trataremos más adelante.

H) Los criterios y validación de datos son los establecidos en el tema ya señalado de la *observación participante*, por lo que no insistiremos en este momento.

I) La ausencia de control sobre las variables extrañas exige realizar una crítica del procedimiento seguido en la investigación antes de proceder a la redacción del informe. La verificación intersubjetiva así lo requiere.

J) El informe etnográfico comprende al menos cuatro secciones (Woods P, 1987:193): un esquema especulativo preliminar que contenga los rasgos más importantes de la investigación; un plan de trabajo provisional que incluya núcleos y títulos con indicación de su contenido y su localización en el conjunto de datos obtenidos en las distintas fases de la investigación; un plan reelaborado que requiere tantos borradores como sea necesario para desarrollar cada núcleo; un plan final que incluye el establecimiento de conexiones o vínculos clave de ideas e interpretaciones en relación al marco general de la investigación.

La interpretación que busca el etnógrafo es de la objetividad de los fenómenos culturales que analiza. La validez interna y externa es la principal crítica que se hace a esta metodología.

■ SÍNTESIS Y PERSPECTIVAS

Bajo cualquier objeto educativo que se investigue subyace un sentido antropológico. Hemos prestado la atención en estas últimas décadas a los "factores y estructu-

ras sociales", y en otros casos, hemos subrayado la importancia de la "tecnología", ahora se abre paso de nuevo la apremiante necesidad de reconsiderar el sentido antropológico de los proyectos y sistemas educativos. Lo que se está posibilitando en esta época postmodernista es una percepción nueva de la dimensión antropológica de la Pedagogía. Una perspectiva nueva que supere concepciones "individualistas" y de "socialismo real".

Volver a las fuentes y los manantiales de las tierras que nos vieron nacer es una necesidad, sobre todo cuando nos sentimos algo "perdidos". El inicio del nacimiento del periodo que comienza en el siglo V a. de J.C, en el mundo en paz de Pericles, en el que la reflexión griega da un cambio importante desde la cosmología presocrática a la antropología, fue realmente un giro decisivo: el hombre toma conciencia de su existencia, vuelve la mirada sobre sí mismo, sobre su propia naturaleza. Sócrates y Platón se constituyen en auténticos educadores, que promueven la actividad docente más importante: la ayuda oportuna para la búsqueda del sentido de la realidad y de la esencia del hombre. Este ha de ser objeto de la investigación etnográfica.

Un programa de investigación futura debería considerar una propuesta sistemática, donde se especificarán sus dimensiones o vertientes, es decir, las áreas o unidades temáticas del mismo. ¿Cuáles serían estas dimensiones del objeto real de la investigación etnográfica para el desarrollo de la Educación para la Salud?

Consideramos que podrían especificarse las siguientes: ambiental o ecológica, física, psicológica, cultural, laboral, ontológica, ética, espiritual, social, religiosa, e histórica.

La antropología, básicamente, es preocupación del hombre por conocerse a sí mismo (Ludojoski RL, 1984:67). Indudablemente el interés por la reflexión en torno al hombre es creciente. Se trata de "diagramar" la importancia del hombre y su relación con el entorno social y cósmico. La Educación para la Salud se pregunta por el qué y cómo hacer con el hombre para que sea feliz.

La pedagogía antropológica deberá, en cualquier caso, y una vez que se han señalado sus dimensiones principales: "situar seriamente al hombre en la naturaleza y su entorno dinámico, tiene que compararlo con las demás cosas, con los demás seres vivos, con los demás seres conscientes, para así poder asignarle, con seguridad, su lugar correspondiente" (Buber M, 1981:19).

El hombre que interesa a la pedagogía está ligado al espacio y al tiempo, a la naturaleza y la sociedad, y también a lo ontológico, lo sustantivo y esencial. La gran tarea de formalización teórica podría ser, como señala P. Goodman en *Gestalt Therapy*: "mostrar" lo que se ha "perdido" de la naturaleza humana y, prácticamente, inventar experimentos para su recuperación. O si se prefiere mostrar la "contaminación" antropológica sufrida por el pensamiento actual. El estudio del hombre precisa de una metodología concreta que parta de la realidad originaria del ser humano, como totalidad viviente y unitaria en constante proceso de realización plena (Escámez, 1981:11)

La organización de la personalidad se resuelve en una estructura en la que, al menos, dos notas son esenciales: la unidad y la identidad del ser humano, pese a la aparente contradicción que pudiera surgir del constante cambio del hombre (Bouche JH: *Antropología pedagógica*, 1992:37). El sistema educativo en el futuro debe contemplar esta pluralidad étnica, ha de favorecer el pluralismo de centros y no en el centro como vía adecuada para un mejor entendimiento social. Las minorías serán la mayoría.

La pedagogía multicultural tiene que desarrollar los supuestos teóricos y de organización del sistema educativo para que éste sea suficientemente adaptativo y flexible, para que sea posible en la práctica, no solo una declaración formal de las libertades sociales e individuales. La nueva pedagogía debe dar el protagonismo de la educación a la sociedad civil, a los grupos sociales, a los agentes sociales, a los grupos étnicos y culturales. Ha de permitir la participación, la autodeterminación del sentido antropológico y social de cada proyecto educativo específico.

La pedagogía multicultural deja de ser etnocéntrica de la historia para abrirse a una visión más amplia; afirma las mejores aportaciones de lo "propio", e integra las mejores de los "demás". El curriculum por este procedimiento se hace también intercultural. Afirma el autoconocimiento y la identidad y reconocer los valores de la cultura de las minorías existentes.

La cultura dominante no siempre será la que prevalezca por su mayor bondad a corto plazo, y en ningún caso debe hacerlo por imposición (si es que esto último es posible) o coacción alguna. Esto puede significar en el caso concreto de los centros, que la pedagogía multicultural oriente la elaboración de un proyecto de Educación para la Salud, de tal manera que aun considerando el "carácter o ideario propio" (que lo debe tener), sea estrictamente respetuoso con las "minorías". Será compatible el respeto al proyecto de la comunidad escolar, de los padres y profesores, y más tarde de los jóvenes, con el respeto de las personas individualmente consideradas. Serán los agentes sociales de la comunidad escolar quienes decidirán los fines generales de la educación del proyecto educativo de centro, pero jamás su acción debe intentar imponer sobre las "minorías" que pudiesen existir unas formas de vida estándar.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

Aguirre. *Gran Enciclopedia*. Madrid. Rialp. 1989.

Álvarez JM. Investigación cuantitativa/investigación cualitativa: ¿una falsa disyuntiva?", En: Cook TF, Reichardt ChS (eds). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*, Madrid, Morata; 1986:9-23.

Alvira F, Alvira MD. *Los dos métodos de las Ciencias Sociales Madrid*. Centro de Investigaciones Sociológicas. 1981.

- Anguera MT. *Metodología de la observación en las Ciencias Humanas*. Madrid. Cátedra. 1978.
- Anguera MT. *Metodología de la observación en las ciencias humanas*. Madrid. Cátedra. 1985.
- Anguera MT. Posibilidades de la metodología cualitativa versus cuantitativa. *Revista de Investigación Educativa*; 1985:3-6, 127-144.
- Apel KO. *Teoría de la verdad y ética del discurso*. Barcelona. Paidós. 1991.
- Aznar P, Requejo A. *Etnografía. XI Seminario Interuniversitario de Teoría de la Educación*, Santa Marta de Tormes. Salamanca. 1992.
- Blumer H. *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y método*. Barcelona. Hora. 1982.
- Bouché JH. *Antropología pedagógica*. Madrid. UNED-Enseñanza Abierta. 1992.
- Boas F. *Cuestiones fundamentales de Antropología*. Buenos Aires. Solar-Hachette. 1967.
- Bogdan RC, Biklen SK. *Qualitative research for education. An introduction to theory and methods*. Boston. Allyn and Bacon. 1982.
- Bramelt T. *Bases culturales de la educación. Una exploración interdisciplinar*. Buenos Aires. Eudeba. 1961.
- Brezinka W. *Conceptos básicos de la ciencia de la educación*, Barcelona. Herder. 1990.
- Buber M. *¿Qué es el hombre?* México. FCE. 1981.
- Buxarrais MR. Interacción entre iguales y aprendizaje: análisis de la organización social del aula en la educación primaria, *I Congreso Internacional de Psicología y Educación*. Madrid. Universidad Complutense de Madrid, noviembre. 1991.
- Cencillo L. Antropología y pedagogía. En: *Diccionario de Ciencias de la Educación*. Salamanca. Anaya. 1984.
- Cencillo L. *Método y base humana*. Madrid. Ed. Seminario de Antropología Psicológica. 1973.
- Cook TD, Reichardt ChS. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*, Madrid. Morata. 1986.
- Ellen RF. *Ethnographic research*. Londres. Harcourt Brace Jovanovich. 1984.
- Elliot TS. *Notas para la definición de la cultura*. Barcelona. Bruguera-Emecé. 1983.
- Erny P. *Etnologie de l'éducation*. París. PUF. 1981.
- Escamez J. La teoría pedagógica y el progreso educativo, *Actas del IX Congreso Nacional de Pedagogía*. Alicante. SEP. 1989.
- Escamez J. Fundamentación antropológica de la educación. En: *Teoría de la Educación*, Salamanca. Anaya. 1981.
- Esteve JM, Martínez M, Buxarrais MR. Interaccionismo simbólico, *XI Seminario Interuniversitario de Teoría de la Educación*. Santa Marta de Tormes, Salamanca. 1992.
- Everitt N, Fisher A. *Modern epistemology*. New York. McGraw-Hill, Inc. 1995.
- Fermoso P, Fullat O, Melich JC, Rodríguez T. Investigación hermenéutica y fenomenológica en educación no formal", *XI Seminario Interuniversitario de Teoría de la Pedagogía*. Santa Marta de Tormes, Salamanca. 1992.
- Fetterman DM. *Ethnography. Step by step*. Londres. Sage Publications. 1989.
- Fetterman MD, Pitman MA. *Educational evaluation. Ethnography in theory, practice and politics*. Londres. Sage Publications. 1986.
- Green JL, Wallat C. *Ethnography and Language in educational settings*. New Jersey. Ablex Publis. 1983.

- Henriont A, Derouet JL, Forqujin JC. Approaches ethnographiques en sociologie de l'éducation: l'école et la communauté l'établissement scolaire, la classe. *Revue Française de Pédagogie*, 78 (enero-marzo); 1987:73-121.
- Hirschberger J. *Historia de la filosofía*. Barcelona. Herder. 1961.
- Hymes D. *Language and Ethnography*. Washington. Center for Applied Linguistics. 1981.
- Ibáñez Martín JA. *Hacia una formación humanística*. Barcelona. Herder. 1975.
- Jaki S. Los científicos y la filosofía. La confluencia de la física y la filosofía. *Atlántida*, 5, Madrid. Rialp. 1991.
- Jiménez A. *Antropología cultural. Una aproximación a la ciencia de la educación*. Madrid. MEC-INCIE. 1979.
- Jiménez A. Etnografía. En: *Gran Enciclopedia Rialp*. T. IX. Madrid Rialp. 1987.
- Kirk J. *Reliability and validity in qualitative research*. Beverly Hills. Sage. 1984.
- Kluckholm FR. The participant observer technique in small communities; *American Journal of Sociology*; 1940:46, 331.
- Kneller G. *Introducción a la antropología cultural*. Barcelona. Edhasa. 1974.
- López-Barajas E. *Metodología de la investigación*. Madrid. UNED. 1987.
- López-Barajas E. La investigación como fundamento de la Teoría de la Educación. En: *Cuestiones actuales sobre educación*. Madrid. UNED. 1992.
- López-Barajas E, Marín R, Pérez G. La investigación-acción, XI Seminario Interuniversitario de Teoría de la Educación. Santa Marta de Tormes, Salamanca. 1992
- Ludjoski RL. *Antropología*. Buenos Aires. Ed Guadalupe. 1977.
- Lytard JF. *La fenomenología*. Barcelona. Paidós. 1991.
- Maanen JV. *Qualitative methodology*. Beverly Hills. Sage.
- Magnusson D. *Toward a psychology of situations. An interactional perspective*. Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum. 1981.
- Mayo A, Lank E. *Las organizaciones que aprenden*. Barcelona. Gestión 2000. 2002.
- Mead JH. *Mind, self and society*. Chicago. Chicago University Press. 1934.
- Mead M. *Antropología, la ciencia del hombre*. Buenos Aires. Siglo XXI. 1978.
- Mehan H, Woods H. *The reality of ethnomethodology*. Nueva York. Wiley. 1975.
- Meltzaer BN, Petras JW, Reynolds LT. *L'interazionismo simbolico*. Milán. Franco Angeli Editore. 1975.
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis. A sourcebook of new methods*. Londres. Sage. 1984.
- Ordoñez MJ. *La teoría de las ambivalencias pedagógicas en la educación de la infancia acogida*, Tesis Doctoral. Granada. Universidad de Granada. Dtor.: S. Peiró. 1990.
- Páez D et al. *Teoría y método en sicología social*. Barcelona. Anthropos. 1992.
- Patton MQ. *Qualitative Evaluation Methods*. Londres. Sage. 1980.
- Peiró S. *Fundamentos y estrategias para efectuar el diseño socioeducativo*. Madrid. Dykinson. 1991.
- Pérez JA. *Teoría de la acción humana*. Madrid. Rialp. 1991.
- Poisson Y. *La recherche qualitative en education*. Canadá. Presses de l'Université du Québec. 1991.
- Rorty R. *La filosofía y el espejo de la naturaleza*. Madrid. Cátedra. 1989.
- Sprandley JP. *Participant observation*. Londres. Holt Rinehart and Winston. 1980.
- Stokols D. Environmental psychology. *Annual Review*; 1978:29, 253-295.

- Taylor JJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Buenos Aires. Paidós. 1986.
- Thierauf RJ, Grosse RA. *Toma de decisiones por medio de investigación de operaciones*, México. Limusa. 1974.
- Tonnies E. *Comunidad y sociedad*. Buenos Aires. Losada. 1957.
- Torres J. *El curriculum oculto*. Madrid. Morata. 1991.
- Toulmin S. *La comprensión humana*. Madrid. Alianza. 1977.
- Trilla J. El sistema de educación no formal: Definición, conceptos básicos y ámbitos de aplicación. Ponencia para el X Seminario Interuniversitario de Teoría de la Educación, Llanes, diciembre. 1991.
- Visauta B. *Técnicas de investigación social*. Barcelona. PPU. 1989.
- Volpini D. *Educazione e cultura: analisi antropología dei processsi educativi*. Bologna. Patron Editore. 1980.
- Von Wright. *Explicación y comprensión*. Madrid. Alianza. 1979.
- Walker R. *Métodos de investigación para el profesorado*. Madrid. Morata. 1989.
- Weber W. *Estilos de educación*. Barcelona. Herder. 1976.
- Weeb EJ, Campbell DT, Schwartz RD, Sechrest L, Grove J. *Non reactive mesures in the social sciences*. Boston. Houghton Mifflin Publications. 1981.
- Werner O, Schoepfle GM. *Systematic fieldwork* (vols. 1 y 2). Londres. Sage Publications. 1987.
- Wicker AW. Nature and assessment of behavior settings: Recent contributions from the ecological perspective. En: P. McReynolds (ed.). *Advances in psychological assessment*, vol. 5. San Francisco. Jossey Bass. 1981.
- Wigger L. Acción y educación. Un análisis crítico de las concepciones de acción en las teorías educativas. Tübingen. *Educación*; 1984:30.
- Wilcox K. Ethnography as a Methodology and its application to the Study of Schooling. En: *Spindler, G. (ed.), 1892, op. cit., 456-488*.
- Wittrock MC. *La investigación en la enseñanza*, vol. II. Barcelona. Paidós-MEC. 1989.
- Wolf ER, Mitchell *et al.* *Antropología social de las sociedades complejas*. Madrid. Alianza. 1980.
- Woods P. *La escuela por dentro. La Etnografía en la investigación educativa*. Madrid. Paidós-MEC. 1987.

17

La observación participante. Estatuto epistemológico, metodología y crítica

Emilio López-Barajas Zayas

INTRODUCCIÓN. ETNOGRAFÍA DE LA SALUD Y VIDA ORDINARIA. EL TRABAJO DE CAMPO. LA NATURALEZA DE LA IDENTIDAD ÉTNICA. FINALIDADES, CLASES Y ESTRATEGIA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE. LOS ESCENARIOS DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE. LA CODIFICACIÓN, LA INSTRUMENTACIÓN Y EL INFORME ETNOGRÁFICO. UN MODELO DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

La observación participante permite a la educación para la salud la obtención de la descripción fenoménica de la vida de los grupos sociales y étnicos en los entornos educativos, la comprensión de los valores y símbolos que están presentes la vida de las personas y los grupos en un momento histórico y cultural específico. Observa preferentemente el mundo interior de los participantes. Ciertamente, la vida humana está entretejida de razón y sentimientos, pero la perspectiva idealista que subyace en la observación participante permite conocer principalmente el mundo construido por los protagonistas sociales sin entrar en consideraciones de naturaleza ontológica o metafísica. La observación participante es investigación social del proceso heurístico que se orienta hacia la caracterización étnica de la diversidad cultural. No significamos con esto que los valores esenciales no sean relevantes, ya que éstos son los que permiten el desarrollo de una vida humana plenamente digna, solo advertimos que esta forma de metodología tiene su objetivo heurístico propio, ya que las fuentes modernas en las que se orienta epistemológicamente hunden sus raíces en el racionalismo, el idealismo

y la fenomenología modernos. La observación participante, puede definirse, inicialmente, como una técnica metodológica de investigación y evaluación cualitativa que se orienta a la vida ordinaria de los grupos humanos con objeto de describir, explicar y comprender fenomenológicamente las formas de vida y los significados étnicos y culturales.

La Educación para la Salud, por otra parte, sabe que la llamada observación empírica, también denominada científica o sistemática, resulta adecuada en los aspectos o cosas físicas del "mundo exterior", materiales, ya sea del centro, del aula, o en cualquier contexto de la sociedad, cuando observamos hechos o acontecimientos, pero cuando se trata de observar las formas y estilos de vida, desde la perspectiva de los grupos sociales, y determinar las características de los mismos, la observación además ha de ser participante. El conocimiento por parte de los educadores del pensamiento discente del ciudadano en general, es decir, de sus ideas, aptitudes y actitudes es muy necesario para ayudar a los alumnos en el desarrollo de formas alternativas de vida más saludable.

Los objetivos específicos de Educación para la Salud son, entre otros los siguientes: valorar la importancia de la observación participante como metodología pertinente que permite el conocimiento de los significados étnicos, y las formas de vida particularmente interesante en una sociedad plural y multicultural. Los objetivos específicos señalan la importancia de la vida ordinaria, los factores de identidad étnica, las finalidades y estrategias metodológicas de la observación participante. Así pues, el diseño metodológico de observación participante debe responder a las preguntas quién, qué, dónde, cuándo, para qué y por qué observar, pero sobre todo, desde el punto de vista estratégico, se podría sintetizar diciendo que responde a *cómo* observar la perspectiva del usuario o aprendiz.

ETNOGRÁFICA DE LA SALUD Y VIDA ORDINARIA

Los hechos que ocurren a diario en nuestros entornos educativos, por ejemplo, en un aula o centro de salud, no son siempre en realidad como aparecen. La observación participante es valiosa porque ayuda a evaluar si las formas y estilos de vida del grupo que se observa son saludables, la observación participante es un instrumento heurístico porque nos permite describir los "fenómenos" de la vida de los grupos étnicos tal como ocurre en un momento histórico y cultural específico (la percepción subjetiva de los grupos sociales). La metodología de la observación participante mira preferentemente hacia el "mundo interior" del grupo. Ciertamente, la vida de nuestros alumnos, o los ciudadanos en general, como la nuestra, está entretejida de la razón y los sentimientos. La perspectiva idealista que subyace en la observación participante permite conocer un mundo construido por los protagonistas sociales sin entrar, por el momento, en valoraciones de naturaleza crítica o consideraciones de naturaleza ontológica o metafísica.

El universo que habitamos, también el propio de los docentes y discentes, de la ciudadanía, está inundado de energía, y las calles de los pueblos y ciudades "tintado" de significados cognitivos y afectivos. Metodológicamente diríamos que está constituido de hechos provenientes del mundo exterior y de fenómenos propios del mundo interior. La educación para la salud ha de aunar, en la medida que sea posible, no solo los valores culturales, que serían decretados como los únicos desde una posición de gnoseología relativista, sino que también han de ser identificados, descubiertos, los valores trascendentes y los culturales, que nos abren a los valores universales en sentido estricto. La consideración de los valores culturales vigentes son necesarios en la estrategia de educación para la salud, pero no son suficientes. Una pedagogía historicista radical impediría el establecimiento de derechos humanos fundamentales, permanentes, y de la pedagogía consiguiente para el desarrollo de éstos; no permitiría un discurso pedagógico de valores que no fuesen aquellos que no estuviesen escritos por los hombres en sus respectivas constituciones. Hablamos, de los que demandaba Antígona en su defensa clásica de la justicia y la libertad, y que son los pilares de la vida social plenamente digna.

Cualquier grupo humano que se observe, por ejemplo, los diferentes grupos etnográficos en el aula, la diversidad cultural de algunos distritos o barrios de las ciudades modernas, permite al educador para la salud contemplar la vida corriente que palpita en su seno, y que ésta es dinamizada por el sentido antropológico y social de su cultura, sin considerar en muchos casos la validez de justificación de sus formas de vida. Hemos prestado la atención en estas últimas décadas a los "factores y estructuras sociales", y en otros casos, hemos subrayado la importancia de la "tecnología", ahora se abre paso de nuevo la apremiante necesidad de reconsiderar el sentido antropológico cultural y ontológico de los proyectos y programas de Educación para la Salud. Lo que se está posibilitando en esta época posmodernista es una percepción nueva de la dimensión antropológica de la pedagogía. Una perspectiva nueva que supere la antítesis idealismo vs. positivismo lógico, y además se abra hacia el realismo. La metodología dialéctica, propia del análisis idealista, ayuda a reconocer la contradicción individual y social, pero no permite establecer la validez de justificación de las ideas y creencias perceptuales. El control empírico, por otra parte, ciertamente como univocidad metodológica supone reducir la vida a la existencia física, material, por propia definición epistemológica.

La modernidad, por otra parte, nos sitúa a los educadores en general, y de forma particular a los educaciones sociales, en un mundo político y cultural relativista. La razón ilustrada no es la que se corresponde con la razón clásica griega. La racionalidad moderna es científica y dialéctica, trata de establecer el control y el análisis dialéctico. La racionalidad moderna es dualista, se hará pragmática o idealista (constructivista). El mundo moderno perderá desgraciadamente en su horizonte, progresivamente en el proceso del tiempo, por el prejuicio acerca de la filosofía natural; algunos términos que habían sido fundamentales para establecer, en nuestro

caso, el discurso pedagógico, tales como: las categorías, las esencias, los conceptos, la realidad y la verdad, es decir, la trascendencia ontológica y divina. Las formas y estilos de vida son derivaciones exclusivas del progreso científico moderno y de las ideológicas dominantes. El inmanentismo moderno actúa cuando de los valores humanos universales se trate, como agente que clausura la realidad del "mundo exterior" y la verdad. La crítica actual ha surgido por el desarrollo no sostenible que se ha producido; pareciese que se está "redescubriendo" la necesidad del conocimiento de la ley natural y eterna, aunque todavía se niega cuando de la vida personal y social se trate por razones de "liberalidad". El diseño de la vida saludable requiere a la educación para la salud el reconocimiento de las formas culturales y, además, de la esencialidad humana. Las formas culturales no siempre responden a estilos saludables que orienten a las personas hacia la felicidad.

La educación para la salud, a través de la observación participante, se abre hacia el "mundo interior" primariamente, hacia la intersubjetividad de la vida de ese mundo interior en su convivencia en el mundo exterior. La antropología, desde la óptica empirista, por otra parte, se escora hacia lo físico y, desde la perspectiva dialéctica, hacia lo sociocultural exclusivamente. Y sin embargo, el mundo de la vida ordinaria, el que permite el desarrollo de las redes de amistad y confianza —o tal vez sean éstas las que la hacen posible—, está entretelado de creencias y valores no solo inmanentes. El mundo de la vida diaria es el único que permite a los docentes el desarrollo o desempeño discente hacia un mundo abierto a los demás. La socialización educativa es necesaria, ya que el ser humano no está "diseñado" para vivir individualmente, sino en compañía de los demás. El mundo de lo cotidiano no es mi mundo privado, sino más bien un mundo intersubjetivo; el dinamismo fundamental de su realidad adquiere su verdadera naturaleza porque es compartido con los demás. La Educación para la Salud fomenta el desarrollo de aprendizajes referidos a las actitudes de colaboración donde la participación es su dinamismo propio. Mantenemos que la educación para la salud de calidad necesita incorporar en su axiología tanto de valores permanentes, absolutos, como también los valores relativos de la cultura propia. Uno de los problemas modernos a causa de su posición inmanente y relativista es la imposibilidad, por propia definición metodológica, para poder diferenciar que demandas surgidas en los grupos sociales son coherentes con la vida digna humana. Las demandas sociales no siempre son correlativas con la dignidad humana, por ejemplo, analícese a través de la red, mediante el buscador del Google, las diversas formas de aborto. Quizá sea por eso que las fuentes inmediatas de la observación participante necesitan de la antropología no solo cultural, sino también aquellos estudios naturales del hombre, biológicos, donde se advierte que el código genético de la madre es diferente del código genético del niño concebido.

Las disciplinas etnográficas y etnológicas que permiten la observación participante captan los fenómenos culturales. La Etnografía describe los grupos étnicos y la Etnología intenta la explicación de sus formas y modos de vida. Los antecedentes

inmediatos, no obstante, proceden ciertamente de la Antropología cultural y la Teoría psicosocial. La práctica etnográfica, señalando sus antecedentes, se generalizó en el siglo XIX de la mano de comerciantes, viajeros, soldados o misioneros. Malinowski criticó a éstos en *Los argonautas del Pacífico Occidental*, e intentó sistematizar el objeto del trabajo de campo del antropólogo. A partir de él, la observación participante se convierte en un canon metodológico de elaboración etnográfica. La aparición en 1967 de los diarios privados del autor, por otra parte, destrozarán el mito del relativismo antropológico que solo valora la perspectiva del grupo humano que estudia (las palabras, que no compartimos, son tremendamente duras como significativas): "veo la vida de los indígenas tan completamente vacía de interés o importancia, algo tan distante de mi como la vida de un perro" (Malinowski, 1967: 167). Esta experiencia muestra cómo el antropólogo debe superar la barrera cultural para llegar a la esencialidad universal de la naturaleza humana, donde se enraiza la fraternidad.

La observación participante es solo un procedimiento metodológico de los muchos que se pueden utilizar en la descripción etnográfica, y que teórica y práctica se asoció a la Antropología social. La Etnografía ha pasado progresivamente de la descripción a la comprensión valorativa de la realidad "interior" que estudia, es decir, de una óptica empírica a una perspectiva interpretativa. En sus notas de campo, el educador- investigador, no solo anota "lo que hay en la realidad" educativa sino que refleja los sentimientos de los protagonistas sociales, las significaciones e intencionalidades que "adivina" en ellos y, además, el grado de compromiso con el que observa. La percepción interna, llamada *emic*, no configura una realidad objetiva, pero ayuda al investigador a comprender el comportamiento social del grupo; el observador participante establece una distancia de los "suyos", se aparta de los "propios", para integrarse en el medio que hasta ese momento le es ajeno. La percepción externa, *etic*, por el contrario, implica un distanciamiento objetivo respecto del grupo observado que incluye al propio observador (López-Barajas Zayas E, 1994).

La aplicación de la observación participante a los estudios urbanos que desarrolla la sociología empírica de la Escuela de Chicago en los años veinte y treinta del siglo XX, responde a un modelo de práctica definido previamente por Radcliffe-Brown y Malinowski, y que este último exporta y explica en Estados Unidos gracias a su presencia en la Universidad de Chicago financiada por la Fundación Rockefeller (Guasch, 1997:16). La crítica, por otra parte, a quienes tratan de establecer líneas de evolución de las culturas, reside en la frecuente falta de comparabilidad de los datos (Boas, 1967). Éste es otro hecho relevante. El periodo llamado clásico de las ciencias sociales, no obstante, se caracterizó por la aplicación de los métodos procedentes de las ciencias naturales. De hecho, algunos de los nuevos y más representativos antropólogos provenían de las ciencias naturales, por ejemplo, Boas y Malinowski son físicos. La investigación requería que el antropólogo estuviese, desde el principio hasta el fin de la misma, en contacto estrecho con la población que está analizando,

debía comunicarse con ella solamente en el idioma nativo, y debía ocuparse de su vida social y cultural total, y por tanto observar sus actividades diarias "desde dentro y no desde fuera" de su vida comunal, tratando de comportarse como parte física y moral del grupo (Evans-Pritchard, 1967).

La Educación para la Salud, a través de la observación participante, tiene una actualidad creciente desde la perspectiva social y formativa. Las formas y estilos de vida culturales inciden positiva o negativamente en la salud. Aunque la multiplicidad de las culturas es tan antigua como la propia humanidad, hoy más que nunca, el hecho de la movilidad de la población mundial que es un hecho reciente. Cada día, grupos muy numerosos de personas dejan sus hogares, y se encaminan hacia áreas pacíficas y prósperas. Las grandes ciudades, y después los lugares más desarrollados económicamente, actúan como polos de atracción, de quienes viven en lugares deprimidos: donde anidan el desempleo, la enfermedad, la miseria, las luchas internas, etc. Y la alegría de vivir, en ese proceso de trashumancia, se convierte, en muchos casos, en tragedia. La Educación para la Salud debe formular sus bases para responder al reto de una sociedad multicultural. Podríamos decir que tal vez sea la "aldea global, planetaria, electrónica, digital" la que ve moverse a sus ciudadanos de un lugar a otro, si no fuera por el dolor del desarraigo. La falta de ayuda, el individualismo creciente, de quienes puedan ofrecérsela (el llamado "primer mundo") estimula y alimenta esta "marcha pacífica". Por otra parte, en un modo de juego dialéctico social, la uniformidad impuesta por los medios de comunicación, encuentra su piedra de toque en la reacción por conservar la propia identidad y diversidad cultural. Junto a las "minorías históricas" aparecen las "minorías emigradas". Ante la perplejidad de todos, y muy especialmente de los educadores, ya no diferencia de forma exclusiva solo el territorio que se habita, sino también, la lengua, la religión y, en general, la etnia. La política de la integración en Estados Unidos es constante hasta la década de los setenta del siglo pasado y los escasos resultados, por el contrario se dieron paso a la coexistencia de un multiculturalismo cultural creciente. La Antropología de la educación propicia una educación intercultural, que implica conocer "todas las culturas", aquellas que conviven en una sociedad específica (incluidas las lenguas) aunque puede parecer una utopía. Sin embargo, es muy necesario el interconocimiento básico de los valores fundamentales que conviven en un contexto específico, con objeto de favorecer el conocimiento positivo recíproco. Éste conocimiento mutuo es factor decisivo de distensión en una convivencia multiétnica. Estas formas y estilos de vida en los llamados países avanzados expresa la necesidad, una vez más, de la búsqueda de lo sustantivo y esencial, que ahora habrá que recorrer el camino juntos. Por eso, la educación para la salud advierte reiteradamente de que el inmanentismo moderno solo propicia la identificación de algunos valores comunes materiales propios de la condición humana, de aquí que nuestra crítica sea al mismo tiempo, hacia las posiciones de un conservadurismo moderno que se resiste a la apertura del conocimiento del "mundo exterior", que clausuró la trascendencia

del conocimiento, especialmente a partir del prejuicio cartesiano de anteponer el pensar al ser, y que "afirmó" el prejuicio fenomenológico enunciado en la Crítica de la Estética por Kant, que consideró que la percepción no es inmediata y directa de las cosas. El futuro de la Educación para la Salud debe contemplar la organización del sistema educativo desde esta perspectiva de la diversidad cultural de los grupos étnicos y la objetividad de los valores.

Cualquier forma de vida o modelo particular de cultura (o subcultura) debe encontrar un reconocimiento solidario con objeto de facilitar una convivencia pacífica, y al mismo tiempo, el respeto ha de ser hacia las libertades de las conciencias. Y, además, desde la crítica epistemológica, hemos de recuperar la confianza en la capacidad del ser humano hacia el conocimiento de la realidad del mundo exterior y la verdad.

El origen de la observación participante ha sido interdisciplinar, lo que permite otear en el horizonte algunas fuentes claves para el diseño de un sistema educativo de calidad, multicultural e intercultural. Estas disciplinas son las siguientes:

- *La antropología cultural*, que tiene como objeto el universo de los símbolos, los valores, y las actitudes humanas. Permite identificar las diferentes formas de cultura y los elementos básicos comunes. Puede llevar a cabo un análisis conceptual y de ideas de los diferentes grupos y proponer criterios pedagógicos de actuación docente. Consideramos que la antropología filosófica también ha de convocarse para establecer los derechos fundamentales.
- *La teoría psicosocial*, por otra parte, es otra fuente para la antropología de la educación multicultural. La civilización penetra a la persona humana desde su infancia a causa de la plasticidad del ser humano, y los múltiples comportamientos humanos se especifican en condiciones socioculturales particulares. Será el interaccionismo simbólico la causa relevante de los significados sociales que las personas asignan a su mundo circundante.
- *El realismo ontológico* ha de considerarse en la crítica ya que permite alcanzar un análisis de los valores fundamentales en el proyecto o programa de educación para la salud, al recuperar la reflexión lógica. No se trata de una vuelta al "realismo ingenuo", ya que las cosas no son siempre como parecen, pero de este hecho no se infiere que nunca lo sean.

EL TRABAJO DE CAMPO

La práctica de la observación participante es trabajo de campo. La observación participante, exige al investigador o evaluador una permanencia prolongada de convivencia, participación y observación en los contextos culturales, que son objeto de estudio. Éstos son los pilares básicos en que se apoya un buen trabajo de campo.

La verdadera labor de investigación-acción en la educación para salud comienza con el registro de las observaciones, de las notas de campo, que se puede hacer en secuencia temporal, a través del *diario*, o temática, a través del *cuaderno de notas*. El *observador* debe identificarse y ser identificado por la comunidad objeto de comprensión interpretativa (en las etnografías escolares realizadas por el profesor no existe problema técnico). Su identidad se ve "modificada" en cierto grado por sus modos de hacer ante el grupo de estudio. Y esto es así porque el cómo del proceso mismo de la observación puede favorecer o no la integración del observador en el grupo. Por eso, el trabajo de campo requiere sensibilidad, percepción fina, atención constante y memoria para registrar los hechos y fenómenos. El observador se somete a las *reglas formales e informales del grupo* con objeto de que su presencia no distorsione el proceso normal de los hechos.

El *contexto o sistema de referencia*, y las *significaciones y valores* que de él emergen son fundamentales en la observación participante. Los hechos y los fenómenos son significativos desde el contexto en que ocurren, desde las personas que integran los grupos, desde los *códigos éticos* de la propia comunidad. Nuestra propuesta, no obstante, según ya hemos señalado, no es sola hacia el mundo simbólico, hacia las ideas del grupo (énfasis del mundo subjetivo y mental), sino también hacia los hechos y conceptos del mismo (énfasis del mundo objetivo y real). La interpretación cualitativa de los datos o fenómenos encontrados adquiere su lugar más representativo en la comparación de lo cultural y lo ético universal.

El trabajo de campo es distintivo del formador que tiene sensibilidad hacia los aspectos antropológicos y no solo técnicos. Consiste en la práctica, lo reiteramos una vez más, en la *escucha* de los grupos, en la comprensión de los valores y normas que le son propios, desde la permanencia prolongada en la comunidad elegida para ser estudiada, ya sea la escuela, la calle, el barrio, el distrito, la ciudad, o cualquier grupo social o étnico, recogiendo y anotando todas las observaciones, experiencias e informaciones posibles. ¿Qué tiempo se considera una estancia prolongada? Los estudios etnográficos, propios de la observación participante, requieren al menos de tres años de estancia o trabajo de campo. En todo caso, un año parece ser el mínimo indispensable para conocer un ciclo completo de la vida de las comunidades o instituciones donde es preciso recoger todas las variaciones estacionales de las actividades sociales o escolares; quizá en otro tipo de comunidades, menos dependientes de los cambios de la naturaleza, se podría abreviar este periodo; la prolongación del mismo no parece en principio necesaria, salvo que se den circunstancias especiales que así lo requieran, como en el caso del aprendizaje de un idioma extraño, que era lo usual en las tradicionales investigaciones con "primitivos" (Navarro P, 1983).

Lo fundamental en la observación participante es la *inmersión* completa en el medio cultural ajeno a fin de conocer los "imponderables de la vida real": las rutinas del trabajo, la higiene personal, las formas de alimentación, los modos de producción y trabajo, las amistades, los juegos, las diversiones, las enemistades, etc. Lo

fundamental es "apartarse de la compañía de los propios para comunicarse con los otros" tanto como se pueda. Las bases de la metodología propia de la observación participante tienen un denominador común: el estudio de campo, la inmersión en los grupos humanos. La inmersión completa requiere de dos hechos o actitudes:

1. La *perspectiva principal ha de ser interior o "emic"*. Se estudiarán los significados relaciones de los grupos humanos. Se reflexiona acerca de sus reglas, valores, categorías culturales. Se trata de encontrar los perfiles étnicos y biográficos de los diversos grupos. Pero también se deberán establecer las divergencias esenciales entre grupos. Para alcanzar estas metas se hace necesario, obviamente, una convivencia permanente y prolongada.
2. Se trata, desde la perspectiva teórica y práctica, de establecer una *distancia observacional* espacial, histórica y cultural adecuadas. En los estudios etnográficos escolares, por ejemplo, esto significaría situarse en el contexto de los profesores, de los padres o de los alumnos, de los ciudadanos, y no tanto en el propio del investigador observador. Las *etnografías no formales* permitirían el estudio de los adultos en sus contextos de vida ordinaria. Una cuestión puede en este momento plantearse ¿La distancia adecuada supone garantía de percepción real y verdadera? Ya lo hemos indicado, la garantía es hacia la percepción de las creencias de los grupos. Que la distancia se construya en términos de espacio indica que los antropólogos han de viajar lejos de casa y protegen sus ojos mediante el relativismo cultural. Cuando de estudios etnográficos próximos se trate, la "distancia" puede ser también necesaria. El establecimiento de la *distancia social* adecuada entre observador y observados para captar el significado de las ideas y los conceptos que formulen. La *distancia inicial* es importante para alcanzar más tarde la cercanía. La distancia puede ser *social, espacial o cultural*. El problema básico de la *mirada sociológica* es que la situación social del educador-observador condiciona aquello que mira y aquello que ve. Sin embargo, en la medida en que el observador reconoce y hace explícita cuál es su posición social, la subjetividad queda, si no controlada, sí al menos matizada. Por otra parte, "contra quienes defienden que el científico social nunca debe hacer observación participante de un grupo social en el que esté directamente implicado... se puede decir lo contrario, que la etnografía resultante puede ser excelente al no tener que traducir la cultura del grupo ya que conoce los códigos vigentes y puede hacerlos explícitos" (Guasch, 1997:35).

La observación participante permite, en principio, una *entrada fácil* en la situación social, que la que posibilita la llamada observación científica: "ya que al reducir la resistencia de los miembros del grupo, disminuye también la potencial perturbación que el investigador introduce en la situación "natural", y le permite observar y

experimentar normas, valores, conflictos y presiones del grupo, que en un periodo prolongado no pueden permanecer ocultos a quien desempeña un papel destacado en la interacción social del grupo" (Hargreaves, 1967:193).

La participación tiene también un aspecto ético o moral, que se manifiesta en varias vertientes: el papel del observador participante como tal, su aceptación por parte de la comunidad y su posible adscripción a un grupo determinado. Es conveniente presentarse en el trabajo de campo como lo que se es, por ejemplo, un educador para la salud, un sociólogo, o un pedagogo con sus respectivos proyectos, lo que suele implicar alguna breve explicación de tales oficios, cuando de comunidades no escolares se trate. En comunidades muy distantes culturalmente, puede resultar problemático no obstante la explicación del rol que se juega, ya que: "casi nunca aclara las dudas de los "nativos"; ya que éstas solo se disiparán con el tiempo y la constatación de sus ocupaciones, por lo que conviene empezar las actividades propias de la profesión con la mayor brevedad; iniciándolas quizá con el trabajo en los archivos locales, haciendo alguna entrevista y aceptando la primera invitación que se reciba, aunque sea, y ¡ojalá!, para un velatorio. Las presentaciones vagas o simuladas no conducen más que a errores y pérdidas de tiempo" (Navarro P, 1983:184).

La observación participante, en suma, trata de conocer la vida diaria de las gentes desde la propia percepción de ellas en su propio campo contexto. Las tensiones y ansiedades deben reducirse en lo posible, desarrollando relaciones de confianza y cooperación con los agentes sociales (actores). La estrategia aconseja no tomar partido por los subgrupos existentes; salvo casos flagrantes, lo mejor es permanecer al margen de los conflictos. El camino para establecer relaciones positivas ha de ser la colaboración con todos, la confianza y el respeto mutuo.

LA NATURALEZA DE LA IDENTIDAD ÉTNICA

La *identidad esencial* es la respuesta a las preguntas qué y quién soy, es decir, acerca del origen, de dónde vengo, y también, acerca de la finalidad, hacia dónde voy. Pero el concepto de identidad apunta también a quién quiero ser. La identidad es acerca del estatuto epistemológico, acerca de la naturaleza humana, la estructura y la finalidad de la vida. Se podría decir que es el conjunto de lo sustantivo, lo esencial, los rasgos o características, las informaciones que individualizan o distinguen algo y confirman que es realmente lo que se dice que es.

La *identidad cultural* es el conjunto de los valores, las tradiciones, los símbolos, las creencias y los estilos de vida que actúan en un momento histórico como elementos de cohesión dentro de un grupo comunitario, y que por tanto puedan fundamentar o comprender su sentimiento de pertenencia. La perspectiva *constructivista*, influida por el idealismo absoluto moderno, pretende una construcción *ex novo*, considera que la identidad cultural depende únicamente de factores coetáneos, olvidando que

incluso desde esta perspectiva inmanente existe una transmisión solo modificable a lo largo del tiempo. El ignorante relativista, cuando alcanza el poder político considera que puede establecerse legalmente cualquier demanda de un grupo humano, sin considerar que las propuestas pueden ser excluyentes, por contradictorias, en el momento de proceder a la formulación de la ley.

La educación para la salud ha de advertir que el mundo de la vida ordinaria, lo repetiremos una vez más, es el que permite el desarrollo de las redes de amistad y confianza y que la etnicidad cristaliza en éstas. El mundo de la vida diaria es el único que permite el desarrollo de un mundo abierto a los demás, ya que el mundo de lo cotidiano no es mi mundo privado sino más bien un mundo intersubjetivo; ya que una de las categorías básicas de la realidad humana consiste en compartirlo con los demás. El principio de socialización, lo repetimos, es básico en la teoría de la educación, aunque los procesos de socialización sean diferentes. Los procesos culturales también son tan variados como los propios grupos. Dentro de los propios países o comarcas, los principios constitutivos son tan diferentes, si se me permite la metáfora, como los cursos de los diversos ríos, que teniendo una naturaleza común, atraviesan paisajes muy distintos. Señalaremos a partir de ahora ejemplos de estudios netamente antropológicos por la fuerza, belleza y calidad significativa de los mismos que nos permitirán elaborar nuestras propias narraciones en los respectivos estudios de campo.

Se trata de encontrar lo genuinamente distinto en *cada grupo de incidencia crítica*, es decir, aquellas características que sean comunes a los diversos "grupos étnicos", aquellas cualidades que son comunes y aquellas que los diferencia de los demás, y que a los pedagogos nos permiten plantear un aprendizaje significativo a partir de dichos motivos. No solo considerando el uso del lenguaje o idioma propio, sino incluso al reflexionar acerca del uso mismo del lenguaje: pensemos en las diferencias tonalidades del español hablado por un sevillano o un madrileño, por no hacer referencia a los diversos grupos hispanoparlantes; o la forma distinta de expresar la vida o el trato con los demás. Una descripción paradigmática, situada en el contexto africano puede ilustrar lo complejidad étnica, y el modo brillante y práctico de hacerlo, es la siguiente: "... las diversas raíces de cada tribu las hacen inconfundibles, y cuando se vive con una persona Kalenjín, Luo, Kikuyu, Waluhya o Kamba, se ve cómo en el pensar y en el hacer de cada uno, en lo pequeño y en lo grande, canta el alma distinta, de su propia tribu, con sus notas y música propias. Sin embargo, creo que hay aspectos comunes a todas las tribus kenianas; voy a destacar tres: su uso magistral del lenguaje, su expresividad y alegría de vivir y su gran humanidad en el trato" (Toranzo E, 1994:107).

La Teoría de la Educación, la Antropología de la Educación, y la Educación para la Salud, encuentran un primer problema en el proceso de reflexión para perfilar la estructura de la identidad étnica, y que responde a la siguiente cuestión ¿Cuáles son los factores de diferenciación étnica fundamentales? La diversidad de los modos de vida es

tan amplia como hemos narrado como los paisajes propios. Esto hace que cada grupo étnico enfatice unos factores de diferenciación cultural. No existe, en consecuencia, unanimidad en los diversos grupos humanos acerca de los factores que determinan su caracterización étnica. La relevancia de dichas variables difiere de unas culturas a otras. No obstante, cabe señalar inicialmente los siguientes que permiten enfocar la observación participante respecto de ellos, cuando realizamos un estudio práctico:

- Genealogía y modelo de vida familiar.
- Valores y creencias.
- Lengua propia.
- Organización de la aldea o ciudad.
- Sentido del trabajo y modos de producción.
- Rituales y rutinas.
- Fiestas, juegos y diversiones.
- Formas de alimentación.
- Higiene y asistencia social.

Hemos de destacar uno de ellos, desde la perspectiva didáctica de la observación participante: el *conocimiento de la lengua*. En los estudios etnográficos de áreas sociales muy diferentes, esta categoría o factor es básico, desde una perspectiva instrumental: "al aprender un idioma se conoce la cultura y el sistema social que están reflejados en el mismo... cuando se ha comprendido totalmente el significado de los términos de la lengua local en todas sus situaciones de referencia, se ha completado el estudio de la sociedad" (Evans-Pritchard, 1975:95). La formalidad del estudio de educación para la salud demanda en la observación participante primariamente que el observador tenga en cuenta el *lenguaje usual, común y fundamental* de los grupos "observados". La observación participante ha de describir estos modos de lenguaje. Resulta ilustrativa, en este sentido, la siguiente narración informativa: "Tienen las tribus maestría en la palabra hablada (dicción perfecta en las lenguas que hablan y facilidad pasmosa para aprender idiomas) y sobre todo, precisión y belleza en lo que dicen (son hábiles oradores), en lo que narran y transmiten (historias, tradiciones) en sus canciones (que son poesía) y en lo que rezan" (Toranzo, 1994:107). También resulta conveniente la descripción del *uso del lenguaje*, concisión, expresividad, corrección, esencialidad, etc. La conversación en algunos grupos humanos es un arte: "las palabras se eligen despaciosamente, mirando al paisaje o a la tierra (no a la persona con la que se conversa); se busca la frase de lejos (¿en la sabiduría?) y se le va a dar una forma concisa, respetuosa, perfecta; y habrá pausas, pausas necesarias y corteses, serenas y expresivas. Pienso que han de ser sabios y poetas para poder hablar así, tan pensativos ante las palabras y tan precisos al pronunciarlas (Toranzo, 1994:107).

La inmersión no es la provocada por la ideología de los políticos. Son los agentes sociales los que han de someterse a inmersión para conocer la complejidad étnica.

Los problemas en la inmersión del observador en el grupo surgen, no obstante, desde el principio. La narración informativa siguiente resulta interesante al respecto: "En primer lugar, no sabía ni una palabra de su lengua. En segundo lugar, la primera mañana de mi estancia en el poblado no había allí ni un solo dowayo; todos estaban en el campo, cavando entre los brotes de mijo. Así pues, me pasé el día entero pensando en las cosas que había que hacer para convertir mi choza en un lugar donde poder trabajar" (Barley, 1989:70).

A veces es el *dominio del idioma* lo que resulta difícil, porque el mundo simbólico está cargado de significados, y estructura fonética es relevante en este sentido. Por ejemplo: "Los dowayos no tuvieron nunca conciencia de las dificultades que su idioma planteaba a un etnógrafo europeo. Se trata de una lengua tonal, es decir que el tono en que se pronuncia una palabra altera su significado (Barley, 1989:72).

Por último decir en cuanto a los factores de diferenciación étnica que los *valores y creencias son factores esenciales*, y en los que la familia tiene mucho que decir al investigador que trata de describir la caracterización étnica del grupo.

Conocida la naturaleza y estructura de la observación participante, cabe preguntarse por la siguiente cuestión: ¿cuál es la finalidad de la misma?

FINALIDADES, CLASES Y ESTRATEGIA DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

La observación participante (Woods, 1987:50) es un medio para llegar profundamente a la comprensión y explicación de la realidad por la cual el investigador "participa" de la situación que quiere observar, es decir, penetra en la experiencia en profundidad de los otros, dentro de un grupo o institución. Ya que según hemos dicho, pretende convertirse en uno más, analizando sus propias reacciones, intenciones y motivos en relación con los de los demás. Cabe señalar varias finalidades, una de naturaleza más específica y otras más generales:

1. Disminución de la distancia social.
 2. Descripción fenomenológica de las comunidades.
 3. Análisis de la intersubjetividad social y la subjetividad personal.
1. Hemos dicho anteriormente que la *observación participante* ha de establecer una distancia adecuada desde el punto de vista espacial, histórico y cultural. Ahora concretamos más: la *intencionalidad de la observación participante es la disminución de la distancia social* que existe entre el grupo social y el investigador. Las características del observador pueden ayudar o perjudicar inicialmente. Por ejemplo, en el caso de una etnografía urbana en Norteamérica será más fácil para una persona de color relacionarse con un grupo

de afroamericanos. Pero también puede defenderse lo contrario, y decir que es el acercamiento el que posibilita el estudio, la proximidad al hecho que se analiza. También puede ocurrir que la resocialización del investigador, su identificación con los sentimientos del grupo, le lleve a perder la objetividad de los fenómenos que estudia. La distancia social, espacial o cultural por sí misma no es garantía de veracidad. No obstante, parece claro que un investigador no puede enjuiciar su propia realidad social en la que está directamente implicado, ni tampoco estudiar algún hecho que le sea ajeno completamente. La garantía es de la creencia perceptual.

2. La finalidad principal de la observación participante es la *descripción fenomenológica de las comunidades y las organizaciones*. La explicación no siempre es posible, ni exigible al proceso de observación en sentido estricto. La inmersión solo demanda que la observación participante se implique mediante un acercamiento a la vida del grupo observado. Aun así se considera conveniente, en algunos casos, mantener una cierta distancia profesional para la objetividad de la observación, ya que se trata en realidad de adoptar una doble perspectiva que permita percibir la realidad "desde dentro", y "desde fuera" (Fetterman DM, 1989:30). La explicación, cuando es posible, adquiere más la caracterización de la comprensión interpretativa, ya que pretende situarse en la cultura de los otros.
3. La observación participante implica en cierta manera un *análisis objetivo de la intersubjetividad social y la subjetividad personal*, lo que supone revisar el sistema de referencia del observador respecto del observado. La relatividad es de la evaluación de la observación de hechos que ocurren en sistemas referenciales distintos. Esto hace que la presencia social de una persona en un grupo social que le es ajeno, solo puede solventarse en términos del grupo que le acoge. El grupo al que se incorpora el investigador siempre posee algún tipo de *nicho cultural* al que el extraño puede acogerse. Este nicho cultural puede ser el de persona adoptada, el de huésped o incluso el de enemigo. Siempre existe un modo de interactuar con los otros (Guasch, 1997:11-12).

Los *informes de naturaleza etnográfica* son a veces contradictorios, en cuanto a las posibilidades de adaptación del observador al sistema de referencia nuevo, que significa el grupo social, así por ejemplo podemos señalar la voz de un ilustre antropólogo: "Poco después de haberme instalado en Omarakana empecé a tomar parte, de alguna manera, en la vida del poblado, a esperar con impaciencia los acontecimientos importantes o las festividades, a tomarme interés personal por los chismes y por el desenvolvimiento de los pequeños incidentes pueblerinos; cada mañana, al despertar, el día se me presentaba más o menos como para un indígena" (Malinowski, 1973:25).

La observación participante, desde la perspectiva crítica, no solo dialéctica, se puede definir por tanto como una técnica de investigación que se orienta a la vida

ordinaria de los grupos humanos con objeto de describir la perspectiva fenomenológica de los mismos; y cuando sea posible la explicación y comprensión de las formas de vida y los significados étnicos y culturales.

Los estudiosos comprometidos con los grupos sociales marginados, por otra parte, se han preocupado por inducir, acelerar y controlar los cambios sociales. Esto ha dado lugar, en muchas ocasiones, a rebasar la técnica de la observación participante a fin de que ésta permita no solo la participación del investigador en tareas cotidianas de la comunidad, sino que se involucre con la población en la transformación social de la realidad, para dar lugar a la investigación-acción. De este modo la población, conjuntamente con el investigador, promueve y dirige los cambios sociales, convirtiéndose así en un agente de cambio político y social (Pérez Serrano G, 1994).

El educador observador debe identificarse y ser identificado por la comunidad objeto de la investigación. Una cosa ha de tener clara: que la percepción de su "identidad" se ve "modificada" por sus modos de hacer ante el grupo de estudio. Concretamente, el proceso de la observación, desde su momento inicial, puede favorecer o no la integración del observador en el grupo. El trabajo de campo requiere sensibilidad, percepción fina, atención constante y memoria para registrar los hechos. El observador se ha de respetar las reglas formales e informales del grupo con objeto de que su presencia no distorsione el proceso normal de los hechos. La observación participante puede ordenarse en dos modalidades básicas diferentes, según la actitud del observador, y que son las siguientes: pasiva y activa.

La *participación pasiva* del observador se da si interactúa lo menos posible dentro del grupo, lo cual permite alcanzar una gran objetividad respecto de la percepción subjetiva e intersubjetiva en los grupos, pero despierta el recelo del grupo que se siente observado. El observador interactúa lo menos posible con los observados, "siendo consciente de su única función de observador, lo cual aumentará su oportunidad de percibir los eventos tal como se desarrollan. Este rol pasivo se utiliza como una forma de aislarse emocionalmente y de minimizar las interferencias ocasionadas por las reacciones y evaluaciones afectivas. El observador "permanece como un extraño y es anónimo para el observado, considerando éste que desempeña un papel especial no integrado con los restantes roles en su situación. Si bien se intenta lograr mayor objetividad, existen algunas restricciones, como el hecho de que abandone esta situación pasiva o, en caso contrario, que se pueda provocar hostilidad en los observados" (Anguera MT, 1989:134-135). La *participación activa* es aquella en la que el educador observador intenta maximizar su incorporación a las tareas cotidianas del grupo, por lo que puede llegar a conocer las expectativas de las personas, sus intereses y actitudes ante determinadas cuestiones o ante determinados estímulos. Tal compenetración puede hacer perder, total o parcialmente la objetividad en los perceptos y sus análisis. El observador "maximiza su participación en lo observado con el fin de recoger datos, e intenta integrar su rol con los demás existentes en la situación.

Su actividad "es aceptada por ambas partes, y su intención es lograr así una mejor observación; mientras en algunos casos su conducta es similar a la de los observados, en otros desempeña papeles complementarios, y así habla informalmente con ellos, participa en sus actividades y juegos, etc., de forma que desaparezca la diferencia existente, e incluso en alguna ocasión puede introducir cambios en la estructura social del grupo" (Anguera MT, 1989:135). Una excesiva actividad de participación puede llevar al observador a una posición de liderazgo social. Cuando ésta se produce será consecuencia del prestigio social del observador, lo que puede derivar a partir de ese momento en un sesgo del comportamiento del grupo. Se podría decir que el mayor nivel cultural del "extraño" comienza a orientar el futuro del grupo. La participación del observador puede ser pasiva, si interactúa lo menos posible, consiguiendo una gran objetividad, pero despierta el recelo del grupo que se siente observado. Además de la participación activa y pasiva, podemos señalar una última modalidad: la denominada con la expresión *participación-observación*. Hay diferencias entre el papel que juega el observador en la metodología de observación participante (un observador externo al grupo) y la participación-observación en la que un miembro del grupo se convierte en observador. Algunas ventajas que pueden señalarse a la participación observación son las siguientes (Anguera MT, 1989):

- La investigación es *a posteriori*. El miembro o los miembros del grupo analizan los hechos pasados de su etnia o grupo social. La facilidad de acceso a los datos es mayor, pudiendo recabar información a otros miembros del grupo que tuvieron las mismas experiencias.
- Los observadores no tienen que integrarse en la colectividad por la sencilla razón de que ya pertenecen a ella. El significado de los hechos no escapa a ellos en todos sus matices, lo que a veces resulta difícil a quien observa desde fuera. Las observaciones pueden ser más profundas.
- El participante-observador se mueve libremente en el espacio de la comunidad. Los escenarios y los datos que en ellos se muestran son patentes desde tiempo, por lo que no tiene que recurrir a la memoria. Las dificultades de registro desaparecen.

También tiene sus inconvenientes:

- El desertor del grupo no es buen informante. Suele justificar su abandono, y de ahí su tendencia a manifestaciones peyorativas respecto de la comunidad a la que perteneció. Las informaciones potencialmente valiosas que puede poseer, cuando de grupos sociales normales se trate, suelen estar deformadas.
- Las fobias y filias son posibles, lo que llevará a interpretaciones no ajustadas a la realidad.

— La presión del grupo sobre los informes que realiza el observador. Difícilmente los aspectos muy negativos se pondrán de manifiesto.

La *autoobservación* es un caso particular del participante-observador. El proceso de información requerirá la introspección. La dificultad de la introspección deriva de la necesidad en que se encuentra el individuo para practicarla, de convertir lo subjetivo en objetivo, y por tanto la imposibilidad metodológica misma del procedimiento. Las estrategias de observación pueden clasificarse en las siguientes: iniciales y secuenciales. La estrategia inicial de observación participante elige el espacio (lugar) y el tiempo en los que realizar su trabajo. Lo que supone señalar los campos y los escenarios de observación, por ejemplo, en los estudios de educación no formal pueden ser: una comarca, un barrio, una calle, etc.

La *estrategia de observación participante* debe considerar al menos las siguientes variables:

1. La descripción geográfica del campo.
2. Las dificultades potenciales.
3. Representación escénica.
4. Agentes sociales.
5. Contradicciones sociales.
6. El choque cultural.

1. La descripción del campo, en cualquier caso, es muy necesaria, ya que permite la identificación de las vías de comunicación, instituciones, recursos, etc. Un ejemplo de descripción puede ser el siguiente: "Según mi mapa, Poli tenía que ser una población de tamaño considerable. Si bien era cierto que no daba indicación alguna del número de habitantes, señalaba que era una *souz-préfecture*, tenía un hospital, dos misiones, una gasolinera y una pista de aterrizaje. Aparecía destacada hasta en los mapas ingleses de gran escala. To me había imaginado una ciudad del tamaño de Cheltenham, aunque de arquitectura menos majestuosa (Barley, 1989:50).

2. Las dificultades existentes en los campos lejanos y desconocidos han de ser tenidas en cuenta. Como testimonio informativo, podemos señalar el siguiente: en general, "...resultaba sorprendente lo mucho que se estaban estudiando las culturas y lenguas locales, las numerosas traducciones, investigaciones lingüísticas puras —se está refiriendo al trabajo de las misiones— e intentos por adaptar la liturgia al sistema simbólico autóctono que se hacían; mi propia investigación hubiera sido inviable sin el.

3. El estudio de campo es a modo de representación escénica. Algún autor muestra su preocupación por la presentación de la persona en la vida cotidiana y

destaca la importancia de la expresión no verbal en la observación participante. La vida ordinaria, tal como se vive diariamente en los mercados, las plazas y las calles, tiene una gran belleza plástica, de expresión tradicional o moderna. La belleza puede ser desigual si paseamos por Granada, Verona, Kioto, Sydney, Tánger, Londres o Roma, pero sin duda en cualquiera de ellas es excepcionalmente bella. En cierto modo el estudio de campo es el gran teatro del mundo, una representación teatral donde se trata de comunicar algo. Esta acción siempre ocurre en un sistema de referencia, en un lugar (campo o realidad social), en uno o varios escenarios donde se desarrollan una serie de escenas), unos actores (los protagonistas del grupo social), el público (que presencia la escena), y los bastidores (donde los actores se quitan la máscara). La sociedad actual nos obliga a ser actores profesionales, quizás ha sido siempre así, por lo que se exige a nuestro comportamiento una actitud correcta, aptitud para el tipo de representación que se trate, adecuación (al personaje), decencia (reglas de la cultura dominante) y decoro (matices del comportamiento permitido) (Goffman, 1981). Se trata de identificar la interacción básica entre el contexto, la apariencia, la actitud, la aptitud, y la virtud. La estrategia secuencia señala el proceso de selección de los escenarios y las "secuencias o muestras". La metodología puede ser mediante un muestreo teórico, también llamado aleatorio simple, o a través de muestras sociales divergentes o negativas. Estos escenarios, en culturas diferentes, pueden no estar previstos en el plan general previsto, ni sus incidencias. Por eso tal vez sea significativa la confidencia del antropólogo: "En todas las partes del mundo los bares son el sitio donde mejor se toma el pulso de una población y se capta su estado general; aquél no era una excepción. Al cabo de unos diez minutos, apareció un apoyo de la misión" (Barley, 1989:44).

4. Hemos de contrastar lo que las personas dicen con lo que hacen. La *observación participante* ha de tener en cuenta que los agentes sociales se comportan del modo más conveniente, pero su apariencia puede esconder otros propósitos. Los actores que serán "protagonistas" de la observación pueden ser los líderes de los grupos, líderes políticos o sindicales, etc. Por ejemplo, a veces en un grupo aparte, en asientos especiales, cuidadosamente servidos y al sol, está un grupo de *elders* (ancianos). El anciano es, en África, el eje de la vida social y el conocedor de la historia de la tribu, que transmite a la generación siguiente: "En Kenia los he conocido narrando esas historias con una voz suave, la mirada perdida en la lejanía y una sonrisa en los labios; los he escuchado con emoción parecida a cuando de pequeña me explicaron el *Cantar de Mío Cid* y *La Canción de Rolando*)...; y allí están ellos esta tarde, honrando la reunión con su presencia y hablando entre sí en voz baja, mientras contemplan las colinas (Toranzo, 1994:119) hay que considerar, no obstante, los bastidores, donde los actores se quitan la máscara. Hemos de considerar la adecuación al personaje, los criterios de decencia establecidos (reglas

que regulan la vida social), la cultura dominante y los matices del comportamiento permitido o decoro social. Hemos de advertir que no siempre los criterios establecidos, la cultura dominante, es real y verdadera. La naturaleza histórica del ser humano es importante, pero aún lo es más su naturaleza esencial, ontológica.

5. Hemos de contrastar lo que las personas dicen con lo que hacen, es decir, las *contradicciones individuales y sociales*. La observación participante ha de tener en cuenta que los agentes sociales se comportan del modo más conveniente, pero su apariencia, como decimos, puede esconder otros propósitos.

6. El *choque cultural* es el primer impacto para observador y observados. El choque cultural en el aula exige a los docentes una actitud primaria de comprensión acerca de las creencias y valores de los alumnos, una actitud que no debe precipitar el entendimiento de los significados de que para los alumnos tienen las cosas más sencillas. Veamos un caso extremo: "El mapa despertó una gran curiosidad en los dowsyos, que no llegaron a comprender jamás sus principios lógicos y me preguntaban dónde se encontraban aldeas en las que yo no había estado nunca. Si les contestaba, seguidamente me preguntaban el nombre de las personas que vivían allí; no llegaron a entender nunca por qué podía responderles a lo primero pero no a lo segundo (Barley, 1989:71)

LOS ESCENARIOS DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Los escenarios son muy variados, y su complejidad es mayor o menor. Hay escenarios que son cristalinos y otros que muestran oscuridad para identificarlos. Los escenarios que nos permiten el acceso se denominan abiertos, y aquellos que no son accesibles se llaman cerrados. En estos últimos hay que conocer el grado de negociación y la calidad del mismo que se requeriría para abrir nuestra investigación. También pueden ser visibles o no visibles. Las significaciones más valiosas en las vidas de las personas no suelen mostrarse de modo visible. El llamado curriculum oculto es una prueba de ello. Los escenarios también pueden ser públicos o privados. La negociación, en cualquier caso, debe ser con alguien relevante en el grupo. Se planten problemas éticos, como hemos señalado, en el acceso encubierto o deliberado por el respeto debido a los miembros del grupo social.

Algunos escenarios posibles en los estudios de observación participante han sido: poblados africanos, melanesios o amazónicos, familias de emigrantes, grupos juveniles de suburbio, compañías de soldados, cárceles, casas de salud, centros de salud, residencias de estudiantes, minorías marginadas, sesiones de práctica milenarista, etc. Éstos nos permiten ver el amplio abanico de posibilidades acerca de las cuales podemos decir en el momento de la estrategia secuencial.

La *selección* es de las *unidades de observación o escenarios*, por la sencilla razón de que la percepción humana así procede. Los escenarios deben ser variados. Los escenarios son los contextos en los que particularmente se practicará la *observación participante*. Los escenarios pueden variarse en el proceso de la investigación si el interés de lo que aparece en el proceso así lo requiere. Los criterios para la selección de un escenario pueden variar pero básicamente requieren: accesibilidad, oportunidad, conveniencia y actualidad o relevancia. El acceso a los escenarios no es tarea fácil, donde una cosa parece clara, que el dominio de la lengua es factor importante: "Hubo de transcurrir un año entero hasta que oyer a los dowayos referirse a mí como "nuestro" hombre blanco, lo cual me produjo un gran orgullo. Estoy convencido de que mis intentos por dominar la lengua, aun siendo deficientes y estando infravalorados, contribuyeron grandemente a que me "aceptaran" (Barley, 1989:75).

La *oportunidad y la conveniencia* de acceso al escenario deben ser consideradas, por los innumerables peligros que encierran: "Al cabo de unas semanas el calor aumentó mucho, empezaron a caer chaparrones esporádicos e instituí el baño de la tarde. El agua es muy peligrosa en el país dowayo. Hay varias enfermedades parasitarias endémicas, la peor de las cuales es la bilharziasis, que muchos dowayos padecen y producen graves hemorragias intestinales, náuseas, debilidad y, finalmente, la muerte (Barley, 1989:84).

La *accesibilidad* al escenario puede ser impedida por razones de comprensión interpretativa. Así se manifiesta en el testimonio siguiente: "El problema de trabajar en el terreno del simbolismo reside en la dificultad para definir qué datos son susceptibles de interpretación simbólica. Lo que se pretende describir es en qué tipo de mundo viven los dowayos, cómo lo estructuran y lo interpretan (Barley N, 1989:159).

Las formas de acceso y presencia, desde supuestos prácticos, pueden variar según las posibilidades reales, pero desde luego el acceso se hace posible si compartimos alguna experiencia en común, algunas actitudes hacia la cultura, etc. Sobre todo, se han de buscar similitudes de experiencias biográficas, lo que ayuda bastante en el momento de integración al grupo. La revelación de aspectos de la propia persona del observador ayuda a crear un clima de confianza. Las relaciones de campo son de amistad y confianza, por lo que se construyen día a día. Puede ocurrir que el investigador quede marginado del escenario y resulte imposible realizar su trabajo. Se puede entrar en el campo como miembro provisional, tolerado, aceptado y apreciado. Hay que interesarse por todo, respetar sus hábitos y costumbres, subrayar los puntos comunes de encuentro, prestar ayuda a todos, etc.

Una de las dificultades, ya aludida, y que requiere una mayor reflexión, es la superación del "choque cultural" y el "choque vital". En las aldeas y ciudades se desarrolla la vida ordinaria en diversos escenarios. El choque vital hace referencia a la contradicción cultural entre el observador y el escenario observado. Algunas variables, que pueden desencadenar la inadaptación e incluso el conflicto, hacen referencia a calendario, horarios, formas de alimentación, ocio y tiempo libre, creencias e ideologías, etc.

El *choque vital*, por su parte, aunque estrechamente relacionado con el anterior: "...posee en ocasiones entidad suficiente como para que sea definido independientemente, desde el momento en que ciertas prácticas del grupo pueden resultar fatigosas, repugnantes o insalubres desde la perspectiva del observador, lo que o quiere decir que los observadores se diviertan sufriendo esas mismas limitaciones" (Morales Domínguez JF, 1981:42).

■ LA CODIFICACIÓN, LA INSTRUMENTACIÓN Y EL INFORME ETNOGRÁFICO

Establecidas las bases epistemológicas, las unidades de observación (sistemas de referencia) y escenarios específicos de la *observación participante*, el proceso ha de recorrer aún las siguientes etapas: codificación, registro, pruebas auxiliares para la recogida de hechos, fenómenos, datos, notas de campo, y finalmente el informe etnográfico.

La *codificación* de datos cualitativos, por su parte, sigue la siguiente secuencia (Taylor y Bogdan, 1986):

- Desarrollo de categorías de codificación. Lista de aspectos o complejos conceptuales que son básicos. Se *asigna un número o letra a cada categoría* de codificación.
- Codificación propiamente dicha. Se indica en el margen de cada nota de campo el número asignado a la categoría correspondiente. El procedimiento de codificación se puede revisar para su mejora cualitativa en el proceso. Si un dato pertenece a más de una categoría se asigna a cada una de ellas.
- Separación de los datos que pertenecen a las categorías respectivas, pero conservando intacto el texto original.
- Comprobación de datos, o hechos que no se sitúan en las categorías establecidas. Se tratará de asignarles a la categoría más cercana, o de lo contrario, crear una nueva categoría junto a las ya existentes. No fuerce la asignación.
- Mejore el análisis revisando el texto y las categorías. Si alguna categoría no parece necesaria puede prescindirse de ella, pero nunca porque no aparezcan datos al respecto.

Pueden utilizarse como *clases de registro* las siguientes (Ruiz, 1989):

- El registro básico (conjunto de notas tomadas durante las entrevistas o grabaciones, que no debe alterarse en ningún sentido).
- El registro temático (contiene apuntes, descripciones, reflexiones y ensayos del investigador según campos temáticos).

- El registro *logístico* (contiene el cuaderno o diario de campo, en el que se anotan las dificultades encontradas, acontecimientos significativos, reflexiones personales, etc.).
- El registro complementario (incluye consultas técnicas a especialista, citas y referencias bibliográficas, etc.).

Las *pruebas o instrumentos* auxiliares son numerosos. Algunos autores consideran que los procedimientos de recogida de datos pueden ser *interactivos y no interactivos* en función del grado de intrusividad que se establece entre etnógrafo-participantes (Goetz JP, Lecompte MD, 1988:125). Los procedimientos interactivos, habrá que decir finalmente, que se utilizan a partir de las relaciones personales, son reactivos, y la técnica más usual que se utiliza junto con la observación participante es la entrevista con profundidad.

La recogida de los datos se considera en la práctica como un continuo desde las *técnicas o pruebas menos estructuradas* notas de campo, paseos, visitas, sucesos especiales, hasta *las más estructuradas*, como es el censo. La observación participante, no obstante, como trabajo de campo, se interroga por la realidad social y educativa, pero sobre todo escucha. Observa un mundo que se expresa, que habla, aunque también recoge hechos físicos, utensilios, material escrito, etc. Otros instrumentos son: diccionarios, cuestionarios tipo, planos, cámara fotográfica o filmadora, lápices de colores, papel milimetrado, cinta métrica, etc. Objetos de interés pueden ser además, carteles, adornos, demografía, archivos, registros, actas, diarios, biografías, autobiografías, fotografías, etc. Los mapas del territorio con la ubicación de sus dedicaciones, los planos de los asentamientos con sus nombres propios y de los diversos tipos de viviendas son de particular interés. La recogida de útiles o artefactos, documentos escritos (cartas, memorándums, informes oficiales, diarios de sesiones, actas, etc.). Los estudios de casos aporta una información valiosa. Otros procedimientos son los análisis de interacción (sociogramas).

Un instrumento etnográfico excelente en el que registrar los hechos y fenómenos de la observación participante es el *diario o cuaderno de campo*. Hay que reseñar día, hora, lugar y persona. Las notas de campo se escriben de modo inmediato al suceso. Por tanto, se anotan las observaciones habidas durante la jornada, y posteriormente se ordenan de forma temática. El observador debe valorar si puede tomar notas en presencia de los demás miembros del grupo. El diario tiene siempre un enfoque más personal, al reflejar la actitud y vivencias del investigador. Los diarios son auto-informes para reunir esta información con referencia a un cierto periodo de tiempo. Anotan hechos y también sentimientos, reflexiones, interpretaciones, valoraciones, explicaciones, etc. El diario expresa la experiencia personal vivida en un escrito y correspondiente a un tiempo (fecha y hora) y lugar específico. No existen pautas estrictas para la redacción de diarios, aunque se deben concretar las fechas, los detalles de tiempos, la forma de redacción y los temas. La narración longitudi-

nal puede ser de una persona, un grupo, una clase, etc. El grado de estructuración del diario varía de unas personas a otras. El diario se diferencia de la biografía en que éste es contemporáneo de los acontecimientos que narra. Un diario semiestructurado puede tener las siguientes categorías: qué ha sucedido ese día en ese lugar con ese grupo, hechos, situaciones significativas o conflictivas, juicio de valor para mejorarlas. El diario de campo "suele ser el más subjetivo de los textos que escribe el etnógrafo. En el diario aparecen frustraciones, miedos, ansias y placeres. Los diarios son personales, a veces demasiado personales como para ser publicados" (Guasch, 1997:47).

Los *registros narrativos* suelen ser los siguientes: anecdotario (esporádicos), notas de campo (intervalos), muestreo de tiempo (intervalos intermitentes y uniformes), consulta de documentos personales (intervalos). El anecdotario o incidente crítico es la descripción o explicación de un hecho significativo de la conducta de un sujeto. Consiste en anotar los detalles del suceso de modo matizado con objeto de proceder a un análisis posterior. No se hacen interpretaciones en la definición. Algunas categorías a incluir son: nombre del observador, del observado, fecha y hora, clase y lugar, contexto, la anécdota, comentario si es necesario, sugerencia de actuación. El muestreo de tiempo es una selección de hechos ocurridos en intervalos de tiempo no consecutivos. Son narraciones de sucesos o comportamientos. Se describe con la mayor cantidad de detalles posibles.

La *entrevista abierta*, singular o en grupos, que versa sobre un tema específico ofrece información valiosa. La entrevista se diferencia de la conversación porque hay una meta fijada, se trata de recabar información o simplemente motivar. El procedimiento de la entrevista es importante. La entrevista propia de la observación participante ha de ser abierta, por lo que no es persuasiva ni directiva. No se trata de influir en una dirección determinada, por lo que se debe acoger cualquier tema que los miembros del grupo aporten, en suma, no se debe interrumpir durante la entrevista y dar la mayor libertad posible al entrevistado. La *entrevista en profundidad* como modalidad tiene su origen en la propiamente clínica y psiquiátrica. El entrevistador sugiere algunas cuestiones importantes con objeto de que el entrevistado exprese libremente todos sus pensamientos y sentimientos acerca de dichos temas. La entrevista es conversacional, caracterizada por la no directividad, sin juicios de valor con la finalidad de que el entrevistado descubra por vía fenomenológica las motivaciones que incentivan sus comportamientos. Se trata de encontrar respuestas que están en la profundidad de su psicología que no se expresarían en situaciones ordinarias. El equilibrio entre preguntas y respeto a la intimidad del sujeto debe estar garantizado. No se trata de que el entrevistador no intervenga sino de mantener una actitud que estimule al entrevistado a responder; de lo contrario, si permaneciese el entrevistado en una actitud misteriosa o ambigua, podría provocar en el entrevistado reacciones típicas de ansiedad, frustración, repulsa, etc. La actitud del entrevistador ha de ser de interés abierto, de "empatía" o "simpatía neutral". Por eso la entrevista se

hace en privado, las preguntas son directas, no se acepta un sí o un no, ni la primera respuesta sin más, se presta atención al sentido y significación de las palabras, y se exploran todas las áreas posibles. La entrevista permite profundizar en las cuestiones que escapan a la observación, o matizar algún fenómeno que se ha observado. La entrevista no estructurada es el procedimiento más usual.

Existen *informantes claves* que son aquellos individuos que por sus especiales características, contactos, residencia, relaciones, conocimientos, etc., pueden prestar una ayuda valiosa al investigador y conseguir algunas informaciones que resultarían inalcanzables por otro procedimiento. Algunas otras variantes o clases de entrevistas son:

- *Entrevista a informante clave*, las fuentes principales en función del rol o status en el grupo, disponibilidad, etc. Condiciones mínimas son: profundo conocimiento tácito o implícito de su cultura, compromiso activo con el grupo social de referencia, disponibilidad de tiempo para informar, y ausencia de proclividad en el análisis del contenido de sus propias informaciones.
- *Entrevista autobiográfica* relata las experiencias y los modos de percibir la realidad del entrevistado. Permite generar hipótesis y establecer inferencias acerca de la cultura del grupo (Fetterman DM, 1989:61). Las autobiografías profesionales permiten el análisis de roles y comportamientos desde la experiencia del ejercicio profesional, a partir de cuyos hechos se valorarán las distintas concepciones de la escena escolar (Goetz JP, Lecompte MD, 1988:135). El carácter inmanente de la percepción autobiográfica puede ser garantía de creencia perceptual, pero no tener correspondencia con la realidad y la verdad de los hechos.

La *demografía estructural* trata de establecer las categorías, variables y factores de las formas sociales concretas. Para ello no basta con el censo oficial, es necesario el segundo bloque informativo que es la ficha familiar, que relaciona los "números", lo cuantitativo, con los comportamientos y los hechos socioeconómicos obtenidos por la observación directa y el material proporcionado por los informantes. El parentesco es, pues, la categoría que permite la ampliación de la célula familiar. La familia como categoría básica natural permite el establecimiento de agrupaciones mayores relacionadas entre sí. El establecimiento de agrupaciones sociales sin considerar el parentesco produce unas formas cuantitativas que resultan artificiales e inexactas. El parentesco como categoría básica adquiere en estos casos, por tanto, un papel clave en la descripción de la naturaleza, la estructura y la organización de las relaciones sociales; cuya importancia desdibuja la preeminencia de otras instituciones, más importantes en contextos diferentes para su adecuada comprensión. Nuestra sociedad rural es asimilable a esas sociedades tradicionales en lo que se refiere a la importancia del parentesco para su organización social. De ahí la importancia y necesidad de

su estudio para un conocimiento correcto del mundo campesino (Navarro P, 1983). El parentesco, ya lo hemos dicho, es uno de los universales de la sociedad humana, o si se prefiere, una propiedad ahistórica de la especie humana. Los sistemas de parentesco dependen de que las relaciones que se derivan de la descendencia y del matrimonio sean reconocidas socialmente y puestas en práctica culturalmente, y por lo común implican una serie de términos de parentesco y un conjunto de actitudes y pautas de comportamiento que, juntos, constituyen un todo sistemático (Sill D, 1975). El parentesco tiene generalmente una fuerza que puede convertirse en negativa, cuando anidan en él la contradicción personal o social. Recordemos el consejo del prudente Néstor a Agamenón:

"...agrupa a los hombres por tribus y por familias, de manera que se ayuden las tribus a las tribus y las familias a las familias, porque si así procedes, sabrás pronto, quiénes de los aqueos son valientes y quiénes son cobardes, peleando como van a pelear separados" (Homero, 1989:47).

Se podría decir que los instrumentos que hacen a la observación participante más "objetiva" en sus percepciones son los censos y genealogías, ya que describen técnicamente los datos y sus relaciones dinámicas en las relaciones intersubjetivas entre los agentes sociales y las familiares tal como se dan en la realidad social. El recuento de una población, en la práctica social, tiene dos modos básicos para llevar a cabo su objetivo: el censo por fichas familiares, que recoge los datos en un momento dado y los agrupa por unidades de residencia familiar, y las genealogías, en donde se refleja la evolución de la población en el transcurso de las generaciones familiares, pero centrándose en las relaciones de parentesco; en este último caso se recogen, además de los datos de los vivos y presentes, los de los muertos y ausentes. No son dos procedimientos alternativos para conocer una demografía determinada, sino dos fuentes complementarias para su mejor estudio, dando las fichas la instantánea del presente, con su información directa y personalizada, y las genealogías, la dinámica del pasado, con sus datos indirectos y parentales. El censo es un instrumento a veces olvidado por su naturaleza empírica, y sin embargo permite la información básica de la población. La distribución de las gentes en un grupo humano, aun considerando sus aspectos formales, es de suma importancia para la acción social y educativa. El conocimiento de estos factores y variables permite, además, para la descripción y comprensión interpretativa de las relaciones y funciones que se originan en su seno. La ficha de familia es la pieza clave de la recogida de datos; porque es la más importante, y además porque es el eje alrededor del cual se aglutina y concreta toda la información. Se puede afirmar, en otro sentido, que la educación infantil comienza en su contexto, en la familia aprenden los futuros ciudadanos a nominar cosas, y conocer hechos: el sentido de la paternidad, la filiación, el sentido del trabajo, las fiestas, mercados y demás sucesos; los ríos, las casas, los paisajes, y las empresas o

negocios; por otra parte las formas de vida, las clases sociales, el conocimiento de los comportamientos de los grupos políticos y las creencias religiosas, etc. A través de la información contenida en las fichas se puede recordar a cada familia y su entorno, con lo que la descripción de conceptos abstractos adquiere ese sabor inconfundiblemente humano (directo, vivo y personal) de los buenos estudios antropológicos. Es por esto por lo que, de una forma o de otra, se debe tener esa referencia personal y familiar desde el principio del trabajo de campo, cualquiera que sea la forma de conseguirla (Navarro P, 1983). La interacción familiar en algunos procesos históricos y culturales ha podido ser injusta, pero esto no significa desconocer el estatuto epistemológico de la misma que le hace ser célula básica de la organización social de la aldea o ciudad.

El procedimiento para elaborar las *fichas familiares* puede hincar su proceso por dos vertientes o caminos. Estos son los siguientes: la copia de las hojas del hogar del archivo municipal o el levantamiento del censo casa por casa. Los registros obtenidos por la primera modalidad deben ser validados y matizados por los informantes. Si el censo se hizo personalmente, solo habrá que completarlo con las observaciones realizadas a lo largo del trabajo de campo. Una segunda visita permite establecer la correspondencia entre los datos obtenidos, con objeto de ganar fiabilidad en los mismos. Además es necesario completar estos datos familiares con otras informaciones igualmente útiles para la investigación; aquellas que provienen del conjunto informativo de las fichas familiares. Estos datos son más variados y su fuente es múltiple; se pueden destacar aquí las siguientes variables y factores a título indicativo: las propiedades de todo tipo y su localización, las estimaciones de estatus y clase social, la pertenencia a grupos de trabajo, pandillas de juego o diversión, organizaciones políticas y asociaciones religiosas; las relaciones de parentesco real, ficticio, caciquil y ritual (compadrazgo); la asistencia a ferias, mercados, fiestas y actos religiosos; más todo cuanto haga referencia a una persona concreta sobre cualquier tema o suceso, todo aquello que implique un nombre propio (Navarro P, 1983).

Las *genealogías*, por su parte, son el conjunto de redes familiares que unen genéticamente (filiación o descendencia) o voluntariamente (alianza y pacto de sangre) un cierto número de personas. El proceso técnico para diagramar la genealogía consiste esencialmente en recoger los nombres de los miembros de los grupos cognaticios descendientes del informante y de cada uno de sus antepasados, junto con los cónyuges de los miembros; siendo conveniente recoger también los nombres de los padres y hermanos de éstos. En concreto, el procedimiento consiste en preguntarles por el nombre de sus padres; después por los de sus propios hijos, por orden de edad, sus matrimonios y su prole; a continuación se les preguntó los nombres de los padres del padre, los hijos de éstos, sus matrimonios y la prole; pasando luego a hacer lo mismo con los padres de la madre y su descendencia; siguiendo así con los padres del padre del padre, los padres de la madre del padre, los padres del padre de la madre

y los padres de la madre de la madre; remontándose luego a la generación de los padres del padre del padre del padre. Así hasta agotar el conocimiento genealógico del informador respecto de su familia (Rivers WHR, 1975).

Las *encuestas o cuestionarios*, por otra parte, pueden aplicarse pero tienen un valor limitado, y además se considera generalmente como un instrumento no cualitativo. Pueden aportar información útil acerca de actitudes, valores, juicios y actividades de los encuestados. Se pueden hacer preguntas en pasado, presente o futuro. Las preguntas pretenden conocer experiencias, opiniones, sentimientos, emociones, creencias, etc.

La observación no participante se utiliza a veces en estudios etnográficos para varios objetivos diferentes: las crónicas de flujos de comportamiento, como su nombre indica para describir con detalle el objeto de la observación; los análisis proxémicos para apreciar la distancia social entre las personas del grupo; y el análisis kinésico para evaluar el lenguaje corporal (Fetterman DM, 1989: 79). Éste último permite automatizar las nuevas posturas corporales, las maneras de andar, correr o permanecer sentado, y en general todos los mecanismos comunicativos que implican algún factor kinésico, junto a toda clase de expresiones de alegría o enfado, exclamaciones de asombro, de saludo y despedida (Birdwhistell, 1970). La observación participante, habrá que decir finalmente, se interesa por la comunicación no verbal, por lo que la proxémica nos permite la evaluación el espacio social en el que se mueven los sujetos, proximidad, distancia, inclinaciones, rechazos, conflictos, etc.; y la kinésica, en segundo lugar, el movimiento corporal, gestos, posturas, etc.; y, en tercer lugar, la paralingüística es ayuda valiosa al analizar aspectos complementarios del lenguaje tales como pausas, énfasis, silencios, subrayados, etc.

El trabajo de campo propio de la observación participante acaba con el *informe etnográfico*, que es a modo de conclusión final, y que comprende al menos cuatro secciones (Woods P, 1987:193): un *esquema especulativo preliminar* que contenga los rasgos más importantes de la investigación; un *plan de trabajo provisional* que incluya núcleos y títulos con indicación de su contenido y su localización en el conjunto de datos obtenidos en las distintas fases de la investigación; un *plan reelaborado* que requiere tantos borradores como sea necesario para desarrollar cada núcleo; un *plan final* que incluye el establecimiento de conexiones o vínculos clave de ideas e interpretaciones con relación al marco general de la investigación.

UN MODELO DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

El "modelo estrella", que proponemos finalmente, en una especie de *guía práctica* que permite establecer las etapas del proceso que deberíamos seguir al emplear la observación participante como un "instrumento" heurístico o de evaluación. El *modelo* que proponemos desarrolla su estructura en las siguientes etapas:

1. Bases metodológicas.
2. Estrategias iniciales y secuenciales.
3. Instrumentos de recogida de datos.
4. Representación cualitativa de los hechos y fenómenos.
5. Interpretación cualitativa.
6. Validación.
7. El Informe etnográfico. Conclusiones.
8. Citas y fuentes.
9. Anexos.

1. Un *diseño de observación participante* ha de establecer *las bases metodológicas*, en primer lugar. La finalidad obviamente, en un sentido estricto, ha de ser la descripción fenomenológica, pero ya hemos advertido que nuestra propuesta considera también las cosas y los hechos que se observan de forma sistemática, que son de naturaleza sustantiva, esencial. Un hecho es cierto, la observación participante indaga la naturaleza intersubjetiva. Esta decisión básica exige al educador-investigador, en esta primera etapa del proceso metodológico, que manifieste el interés antropológico y el sentido del ser humano que fundamenta su investigación. Implícitamente siempre se hace, aunque algún profesor no sea consciente de ello. En esta primera etapa se deben señalar algunas *fases* esenciales:

- Las *hipótesis de trabajo u objetivos generales* que se propone el estudio. Una perspectiva estrictamente etnográfica trataría de la descripción fenomenológica de la comunidad objeto de estudio, mientras que una mirada etnológica intentaría la explicación de los fenómenos o hechos que tienen lugar en el marco de la comunidad que se analiza. No debemos olvidar que cuando se investiga con esta metodología, la Antropología, Etnografía y la Etnología son ciencias auxiliares de gran importancia.
- El investigador ha de *manifestar brevemente el sentido que la naturaleza humana* tiene para los que investigan. Particularmente resulta interesante definir que sentido tiene para ellos la percepción, las posibilidades y límites de la misma. El proceso de la percepción es básico en la observación. La actitud no es de relativismo gnoseológico.
- Las *categorías o factores de diferenciación étnica*. El investigador puede establecer las categorías *a priori* en función de sus objetivos, pero también puede plantear una primera etapa de acercamiento descriptivo, y más tarde, reformular o formular las categorías o factores étnicos que considera básicos observar. Los factores étnicos variarán en su relevancia o importancia de un grupo étnico a otro; por ejemplo, en unos casos puede ser el lenguaje el factor o rasgo más diferenciador, mientras que en otro grupo étnico puede ser la creencia religiosa. Por

esta razón hemos de observar las intenciones, emociones y representaciones simbólicas vigentes en los grupos.

2. Establecidas las bases metodológicas de la observación participante, la segunda etapa ha de establecer la señalización de *las estrategias iniciales y secuenciales* a seguir en el proceso investigador o evaluador de que se trate. Las fases más decisivas en esta etapa se concretan en el establecimiento de los *criterios para seleccionar y acceder a los escenarios etnográficos*. El acceso a los campos y escenarios etnográficos plantea problemas éticos y grados de negociación necesarios. ¿Dónde, cuándo y en qué entornos observaremos? Las *categorías de lugar, tiempo y situación* de los campos de observación han de ser concretados. Los escenarios a veces pueden ser recurrentes. Las fases de esta etapa son las siguientes:

- Establecer la *distancia observacional adecuada*. Cuando de grupos "extraños" al investigador se trate todas las medidas de prudencia y discreción serán útiles.
- *Clases de observación participante* a desarrollar, descripción geográfica del campo. Se ha de especificar si la observación participante es activa, pasiva, o incluye ambas según el tiempo del proceso.
- Señalar los *contextos y escenarios*. Las comunidades tienen en un momento concreto histórico una cierta "representación escénica", por lo que se han de concretar los criterios de selección y acceso a los escenarios. Y señalar qué agentes sociales pueden resultar más interesantes observar.
- *Previsión del choque cultural*. El conocimiento de la cultura del grupo observado favorece la comprensión e interpretación de los fenómenos y hechos, por lo que previamente se debe hacer un esfuerzo por conocer las formas de vida de dichas comunidades.

3. El diseño de la observación participante, en una tercera etapa, ha de señalar los *instrumentos que se utilizarán para la recogida de hechos y fenómenos culturales*. La importancia del trabajo de investigación o evaluación determina la calidad y número de instrumentos auxiliares de evaluación que debemos utilizar. Siempre será bueno conocer un "inventario de ellos" para elegir en cada caso. En coherencia con lo anteriormente expuesto, señalamos algunos instrumentos que son especialmente útiles, y que pueden utilizarse de forma conjunta:

- El contexto o marco general de la comunidad puede diagramarse a través de la *demografía estructural* del grupo que se observa. Esta meta requiere contar, entre otros recursos, con las *genealogías y las fichas familiares*, o tal vez otros instrumentos o tipos de registros. El censo suele considerarse instrumento "cuantitativo", pero a través de la reflexión sobre él se pueden sacar conclusiones interesantes.

- Las *listas de comportamiento y las muestras de flujos* (fragmentos de comportamiento), cuyos datos nos permitirán la caracterización de la vida diaria de los grupos.
- Algunos instrumentos clásicos son: el *diario o cuaderno de campo* (puede considerarse el diario como independiente del cuaderno de campo), *registros narrativos, entrevistas abiertas, entrevistas en profundidad, entrevistas a informantes clave, autobiografías, y los cuestionarios.*

4. La cuarta etapa hemos de *representar cualitativamente los hechos y fenómenos observados*. Pueden utilizarse *tablas y gráficas* de naturaleza diversa, pero siempre será necesario que la abundancia de datos recogidos después de un gran periodo de tiempo pueda sintetizarse de forma expresiva. En la codificación se pueden considerar, como ya hemos explicado anteriormente, los siguientes registros:

- Básico.
- Temático.
- Logístico.
- Complementario.

5. El *análisis de los hechos y fenómenos* es de naturaleza cualitativa. Se trata, en esta quinta etapa, de analizar la *subjetividad e intersubjetividad* de los miembros del grupo étnico que se estudia. La caracterización de la fiabilidad de las creencias del grupo, en los diversos ámbitos de la vida corriente, es central en esta etapa. El *análisis de los patrones* de formas de comportamiento es relevante. En suma, el análisis es de los valores, creencias, y demás factores étnicos, que permitan observar la intersubjetividad y la subjetividad personal.

6. La *validación* es la última etapa del proceso de observación participante. Tiene un componente crítico. Ahora sí que hemos de preguntarnos acerca de la validez de los factores étnicos que son relevantes. La validación ha de hacer referencia a la realidad de la vida humana más allá de las consideraciones subjetivas que han sido centrales en las etapas anteriores. No puede sacralizarse cualquier forma de cultura o subcultura. En este momento la antropología cultural debe dar paso a la filosófica. La crítica, a nuestro juicio, ha de advertir que el estudio étnico ha de ser transcendido desde su perspectiva social hacia una visión ontológica, ya que ésta es la única que permite establecer derechos humanos universales. Un procedimiento cualitativo para determinar la validez de contenido del estudio es la *triangulación*, que puede ser de:

- Los investigadores o evaluadores (contrastar sus respectivas conclusiones).
- Estudios de observación participante anteriores (de la misma comunidad).
- Teorías etnográficas acerca de las comunidades.

- Los agentes sociales entrevistados.
- Los datos o fenómenos étnicos observados.

7. El *informe etnográfico, las conclusiones*. Finalmente, se han de establecer las conclusiones que consideramos deben ser:

- Comprensivas e interpretativas: identifican los fenómenos correspondientes al panorama simbólico de las comunidades.
- Explicativas: aproximación probabilística a las causas y factores de los hechos y fenómenos observados.
- Deductivas: inferencias reflexivas y argumentativas.
- Prescriptivas: acciones normativas para mejorar la vida de los grupos.

Además, en el informe deberá expresar detalladamente las *citas, fuentes y anexos*. En suma, se trata de fundamentar el modelo de observación participante, es decir, manifestar el estatuto metodológico que los sustenta, por lo que siempre se deberá reflexionar, como hemos manifestado, acerca de la naturaleza, estructura y finalidad de dicha metodología, además de señalar las principales etapas y fases de los procesos.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Adler PA, Adler P. Observational techniques. En: Denzin N, Lincon YS. *Handbook of qualitative research*. Newbury Park. Sage. 1994:377-392.
- Anguera MT. *Metodología de la observación en las ciencias humanas*. Madrid. Cátedra. 1989.
- Anguera MT. Posibilidades de la metodología cualitativa versus Cuantitativa. *Revista de Investigación Educativa*; 1985:3-6, 127, 144.
- Aznar P, Requejo A. Etnografía. *XI Seminario Interuniversitario de Teoría de la Educación*. Santa Marta de Tormes. Barcelona. policopiado. 1992.
- Barley N. *El antropólogo inocente*. Barcelona. Anagrama. 1989.
- Bartolomé M. *Elaboración y análisis de datos cualitativos. Aplicación a la investigación-acción*. Barcelona. Universidad. 1990.
- Bartolomé M. Investigación cualitativa en educación ¿comprender o transformar? *Rev. Investigación Educativa*; 1992:20, 7-36.
- Becker HS. *Problem of inference and proof in participant observation: Problem of inference and proof in participant observation*. Reprint edition. Irvington Pú. 1993.
- Birdwhistell. *El lenguaje de la expresión corporal*. Barcelona. Editor Gustavo Gili. 1970
- Boas F. *Cuestiones fundamentales de Antropología*. Buenos Aires. Solar-Hachette. 1967
- Bogdan RC, Biklen, SK: *Qualitative research for education. An introduction to theory and methods*. Boston. Allyn and Bacon. 1982.
- Bouché JH. *Antropología pedagógica*. Madrid. UNED. 1992.
- De Soto HG, Dudwick N. *Fieldwork dilemmas: Anthropologists in postsocialist states*. University of Wisconsin Press. 2000.

- Denzin NK. *Interpretive Ethnography: Ethnographic Practices for the 21st Century*. Thousand Oaks. California. Sage Publications. 1997.
- Ember CR, Ember M. *Cross-cultural research methods*. Oxford. AltaMira Press. 2000.
- Evans-Pritchard. *Brujería, magia y oráculos entre los azande*. Barcelona. Anagrama. 1967.
- Fetterman DM. *Ethnography: Step by sep*. London. Sage Publications. 1989.
- Goetz JP, Lecompte MD. *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid. Morata. 1988.
- Goffman. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires. Amorrortu. 1981.
- Guasch, O. *Observación participante*. Madrid. CIS. 1997.
- Hargreaves et al. *International handbook of educational change*. Dorrecht. Springer Verlag. 1967.
- Homero. *La Iliada, Canto Segundo*. Madrid. Edaf. 1989.
- Kluckholm FR. The participant observer technique in small communities. *American Journal of Sociology*; 1940:46, 331.
- López-Barajas E. La investigación como fundamento de la Teoría de la Educación. En: *Cuestiones actuales sobre educación*. Madrid. Editorial UNED. 1992.
- López-Barajas E, Marín R, Pérez G. La investigación-acción. *XI Seminario Interuniversitario de Teoría de la Educación*. Salamanca. Santa Marta de Tormes. 1992.
- López-Barajas E. *La observación participante*. Madrid. UNED. 1994.
- Lytard JF. *La fenomenología*. Barcelona. Paidós. 1991.
- Navarro P. Las herramientas "familiares": el trabajo de Campo. El Censo y la genealogía. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, enero – marzo. 1983.
- Malinowski B. *Los argonautas del Pacífico Occidental*. 1967.
- Malinowski B. *Una teoría científica de la cultura*. Barcelona. Edhasa. 1981
- Méndez Castro P. Concepto de identidad. Tomo 1 y único. Nauatl. Aghev. 2008.
- Morales JF. *Psicología social*. Madrid. McGraw-Hill Interamericana. 1981.
- Navarro P. Las herramientas "familiares": el trabajo de campo: El Censo y la genealogía". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*; 1983: Enero Marzo.
- Pérez Serrano G. *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid. La Muralla, 1994.
- Poisson Y. *La recherche qualitative en education*. Canadá. Presses de l'Université du Québec. 1991.
- Rivers WHR. *Psychology and Politics and Other Essays*. Londres. Routledge and Kegan Paul, 1975.
- Ruiz Olabuénaga JI, Ispizua MA. La descodificación de la vida cotidiana. En: *Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao. Universidad de Deusto. 1989
- Sprandley JP. *Participant observation*. London. Holt Rinehart and Winston. 1980
- Taylor JJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. Buenos Aires. Paidós. 1986.
- Toranzo E. *En el corazón de Kenia*. Madrid. Rialp. 1994.
- Woods. *La escuela por dentro. La Etnografía en la investigación educativa*. Madrid: Paidós-MEC. 1987.

Investigación biográfica

Emilio López-Barajas Zayas

INTRODUCCIÓN. ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN: MODALIDADES Y FINALIDADES. GÉNESIS, EVOLUCIÓN, DEFINICIÓN Y SENTIDO. CATEGORÍAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS. UN EJEMPLO CLÁSICO PARA LA INDAGACIÓN BIOGRÁFICA. EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y BIOGRAFÍA. UN MODELO METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN. CONCLUSIONES. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS.

INTRODUCCIÓN

La investigación biográfica en Educación para la Salud requiere una reflexión previa: el conocimiento del estatuto del ser humano y la dignidad del mismo. Tal vez por eso sea necesario hacer memoria histórica y advertir que la frontera de la reflexión filosófica entre Sócrates y el mundo anterior fue acerca del sentido de la naturaleza del hombre. La importancia que tiene la biografía humana, las historias de vida, es la que se infiere de la propia reflexión sobre la vida plenamente humana. La reflexión giró, en aquella época clásica, como todos sabemos, desde un objeto cósmico hacia un objeto estrictamente humano (López-Barajas Zayas, 1998:209).

Difícilmente se puede llevar a cabo la Educación para la Salud sin la búsqueda previa de lo genuinamente humano. La metodología biográfica humana no se detiene en lo psicológico y contextual, sino que requiere el conocimiento de los diferentes aspectos o dimensiones antropológicas, incluida la metafísica; ésta última hace referencia a lo permanente, y por tanto común, en los seres humanos. Hoy sabemos que el hombre no solo se reconoce por principios universales, pero tampoco solo

con lo estrictamente biológico y social. (López-Barajas Zayas, 1998:209). Las propuestas metodológicas, cuando de la biografía o autobiografía educativas se trate, han de preguntarse por la cuestión previa ¿qué es el hombre?, o si se prefiere por la siguiente ¿cuáles son las categorías o dimensiones de lo verdaderamente humano? La perspectiva pedagógica, psicológica y social requiere este último nivel de reflexión, de lo contrario estaríamos realizando propuestas solo normativas y tecnológicas sin referencias de ultimidades que el hombre necesita saber. (López-Barajas Zayas, 1998:209). La Educación para la Salud no pretende solo el bienestar físico, psíquico y social, que siendo importante, no es meta final porque esa etapa, en el supuesto que se lograra, no produce ni siquiera la alegría y mucho menos la felicidad. El fin de la educación, no debemos olvidarlo, es la felicidad.

La antropología biográfica, por tanto, —lo repetiremos una vez más— ha de analizar tanto los aspectos psicológicos y sociales, como también los conceptos derivados de una racionalidad del espíritu, propios diríamos técnicamente, de una filosofía natural. El sentido de la vida humana del personaje, responde siempre a los conceptos de contextualización histórica, social, psicológica, esencial o metafísica propios de la persona humana. (López-Barajas Zayas, 1998:210). La comprensión del proceso biográfico encuentra en estos parámetros las fuentes explicativas principales del comportamiento humano. La utilización de las historias de vida como procedimiento metodológico resulta por eso algo difícil, en cualquiera de sus dos vertientes principales (heurística y didáctica), si no conocemos la estructura humana, si no nos planteamos seriamente el problema de la identificación de las notas o elementos esenciales que la configuran. (López-Barajas Zayas, 1998:210).

Las primeras categorías humanas, que se convierten en principios de Educación para la Salud son la *unidad e identidad*. La persona es una e indivisible, desde el momento de su concepción, por eso tiene un código genético distinto del de la madre, desde ese instante. El ser humano es persona que deviene en una personalidad, constituye una unidad óptica integral (naturaleza común humana) y, al mismo tiempo una unidad física y psicológica que se desarrolla en un contexto social y cultural específico. La identidad humana nace de su racionalidad espiritual.

La definición de la noción de persona requiere un breve comentario. Recordemos que el origen del término persona procede del latino *personare*, y este a su vez derivaría del griego *prosopón*; significando la careta con la que los actores cubrían su rostro para salir a escena. Otros consideran que procede del término etrusco *phersuna* que tiene el mismo significado. Consideramos en nuestro discurso el sentido real. Una definición real de persona bastante acertada, que señala la unidad y la identidad, es la de Boecio (siglo, v, 475-525): *rationalis naturae indiviuda substantia* (sustancia individual de naturaleza racional). La sustancia individual existe en sí misma. La individualidad es indivisión, separación al mismo tiempo de lo demás. La investigación en Educación para la Salud ha de considerar estos rasgos constitutivos humanos. (López-Barajas Zayas, 1998:210-11).

La persona significa, también, ser libre, con capacidad de *autonomía* (autogobierno) de la propia existencia. La persona es unidad compleja que siente, piensa, quiere y sueña. Por lo que las diversas modalidades de racionalidad deben integrarse en el proyecto de Educación para la Salud (deductiva, inductiva, e intuitiva). La racionalidad científica es necesaria pero no es la única. (López-Barajas Zayas, 1998: 211), ya que por propia definición epistemológica y metodológica solo explica el mundo físico y material.

La unidad radical e incommunicable que es cada mujer y hombre, paradójicamente se realiza a sí misma mediante la *complejidad de vivir con los demás*. Aún más vivir con las cosas, con los demás y con nosotros mismos, en cuanto vivientes que se necesitan en una relación mutua de dependencia. La Educación para la Salud ha de considerar esta dimensión de apertura a los demás. (López-Barajas Zayas, 1998: 211). La inteligencia emocional con los demás es fuente de bienestar y felicidad. El ser humano necesita de la convivencia y el amor de los demás. El amor se caracterizará, en cada supuesto, de *eros, amistad, o agapé*. Los seres humanos no pueden vivir plenamente sin el amor.

Los valores materiales son muy necesarios para la vida humana, pero hemos de advertir que el ser humano no es pura materia. La dimensión de la *trascendencia ontológica* permite descubrir los valores universales, deducidos mediante la reflexión propia y el conocimiento racional de Dios, permite la apertura humana no solo hacia los otros como elementos del ecosistema, hacia la explicación fenoménica, sino también hacia el *ser causal*. (López-Barajas Zayas, 1998:211).

La identidad biográfica, que la investigación pretende conocer, es búsqueda de la consciencia y la memoria. Uno se siente responsable de su propia acción y de la identidad permanente que la misma conlleva. "El complejo entramado de tendencias, responsabilidades, mecánica de tensiones, impulsos... quedan unificados, y el individuo como persona en el continuo devenir, en ello encuentra su propia identidad. Ser uno mismo (el sé tú mismo socrático o el ser el mismo que uno realmente es, como apuntaba Kierkegaard) constituye la más patente captación de la identidad humana.

La *libertad*, además de ser categoría personal, es característica de la estructura de la vida humana. La persona se cuestiona su destino. El hombre se siente *libre* para escoger, y necesita de la libertad como medio (educación en libertad). El compromiso humano es libre. Sin libertad no hay educación posible, solo adiestramiento. (López-Barajas Zayas, 1998:212).

Los seres humanos, ya lo hemos dicho, necesitamos de los demás. La *sociabilidad*, en otra dimensión biográfica, es *apertura a los otros*. Esto es un hecho humano. La existencia humana requiere el encuentro con los demás. La sociedad es comunidad de personas. La Educación para la Salud exige este supuesto básico (López-Barajas Zayas, 1998:212).

El hombre vive en comunidad pero muestra una *singularidad*. La persona tiene, además de su constitución ontológica, unas características psicológicas genuinas, un

modo de percibir de modo diferente la misma realidad. La indagación en Educación para la Salud se orienta hacia lo específico de cada persona. (López-Barajas Zayas, 1998:212). Si la significación lógica del aprendizaje se relaciona con la realidad y la verdad, la significación psicológica se relaciona con el saber y experiencia anterior.

La perspectiva investigadora y didáctica debe considerar estas características o notas esenciales para el análisis biográfico o autobiográfico. ¿Cuáles serán los criterios y modalidades fundamentales de la metodología de las historias de vida? Analicemos la estructura de esta cuestión.

■ ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN: MODALIDADES Y FINALIDADES

Consideramos, según lo anteriormente expuesto, que la metodología de las historias de vida, que considera la racionalidad espiritual, permite diversas modalidades, es decir, no solo el uso *descriptivo, interpretativo, reflexivo, sistemático y crítico de documentos de la vida, sino también ontológico*, que muestran momentos puntuales de la existencia, y que aportan, además de una serie de hechos, una gran riqueza de significación e intencionalidad de los mismos. Los documentos incluyen: autobiografías, biografías, diarios, narraciones de vida, historias de vida, narraciones de experiencias personales, historias orales, historias personales, etc. (López-Barajas Zayas, 1998:212).

Las *finalidades* de la investigación biográfica pueden ser diversas. Se puede establecer una panorámica diferenciada, y sentidos diferentes de las historias de vida. Algunas propuestas permiten solo la interpretación o comprensión plausible de los problemas que analizamos en el contexto de las ciencias humanas y sociales. Tratamos de establecer procedimientos que configuren propuestas no solo fenoménicas en el análisis de una historia o narración de vida. La reducción "eidética" es legítima, pero no la única. La perspectiva puede ser explicativa y también demostrativas, dependerá de la naturaleza del hecho que se estudie. Además de considerar la posibilidad extraordinaria que se ofrece en la formación por la vía prescriptiva o normativa, es decir, en este último supuesto, claramente didáctica (López-Barajas Zayas, 1998:213). Las historias de vida permiten a la investigación en Educación para la Salud, diversos modos de escribir o narrar una biografía. Cada forma presenta diferentes problemas textuales y de análisis de contenido, se perciben diferentes mensajes y metas. Intentamos profundizar en la textualización de los procesos escritos que se refieren a la vida humana, y caminamos intelectualmente no solo por la demostración, la explicación, sino también, y principalmente, por la comprensión e interpretación humana de la vida (López-Barajas Zayas, 1998:213).

La investigación biográfica es de naturaleza interdisciplinaria. Los estudios biográficos no son algo completamente nuevo. La literatura y la filosofía clásicas, por

otra parte, acogen en su acervo tratados verdaderamente paradigmáticos de biografías y autobiografías, que presentan hechos psicológicos, sociológicos, metafísicos, y religiosos de sus protagonistas. La sociología moderna también se ha vuelto sucesivamente sobre esta metodología. La Universidad de Chicago, y las revistas *Life Histories*, *Oral History*, entre otros hechos, son algunas muestras del interés de la comunidad científica en momentos recientes y actuales (López-Barajas Zayas, 1998:213). El interés de los estudios biográficos, en el marco de la antropología cultural ha sido creciente. La consideración y tolerancia de la diversidad étnica ha vuelto a abrir el debate acerca del relativismo cultural ante ciertas manifestaciones de agresión a la vida humana y los seres vivos en general (López-Barajas Zayas, 1998:213).

La investigación biográfica es cualitativa, por lo que el supuesto fundamental del método biográfico en la investigación social y educativa, es que la vida puede ser captada y representada en un texto. La vida puede ser descrita e interpretada en un texto personal y social. Tal vez puede parecer una ficción que su contenido sea esencial, cuando solo es una producción narrativa, pero sea como fuere en las historias de vida se expresa lo que se ha venido a llamar una "metafísica de la presencia" (Derrida, 1972, 1981). Aún más, los personajes relatados, en muchos casos, fueron reales; y aun cuando no lo sean en muchos casos representan aún mejor las notas esencialmente humanas (evidencia en algunas narraciones homéricas) (López-Barajas Zayas, 1998:214). El análisis biográfico trata de responder a una cuestión fundamental: *como hace la mujer y el hombre para dar sentido, significado a sus respectivas vidas*. Se establece la metodología para captar las significaciones e intencionalidades presentes en la escritura, en la narrativa, o incluso en las formas orales (López-Barajas Zayas, 1998:214).

Las historias de vida como procedimiento de intervención educativa o social (vertiente formativa o didáctica) permiten iluminar la comprensión de la propia vida de los adultos, las condiciones en que eligieron y tomaron sus decisiones, los factores psicológicos y sociales que fueron manipulados en su entorno y cuyas consecuencias y motivaciones desconocían en el momento en que los hechos ocurrieron (López-Barajas Zayas, 1998:214).

Los propósitos de los estudios biográficos generan modalidades biográficas que plantean metas diferentes. Las descripciones de vida que se realizan en primera persona pueden ser: autobiografías, narraciones de vida (*life story*), e historias de vida (*life history*). La biografía es la descripción de la propia vida, la autobiografía es la narración, por la propia persona, de su vida. Los significados en ambos casos son psicológicos, contextuales, y esenciales de las vidas respectivas. La *hermenéutica* es la ciencia auxiliar (López-Barajas Zayas, 1998:214). El *lenguaje*, obviamente, es el camino idóneo para penetrar en el significado, en el interior de la vida de la persona, en concreto en los signos y los procesos de significación (López-Barajas Zayas, 1998:214). Sin embargo, insistimos, no todo valor es una cuestión semántica.

La Educación para la Salud considera que las circunstancias, las vertientes, las modalidades y las potencialidades de las respectivas vidas son distintas. Stanley, el joven protagonista de *The Jack Roller* (Shaw, 1930/1966), y que de alguna manera sufrió una niñez difícil comienza su historia con las palabras siguientes: "Al comenzar la vida, cada uno tiene sus oportunidades. Algunas buenas y otras negativas. Algunos han nacido con una buena fortuna, con estupendas viviendas, de padres bien educados; mientras que otros han nacido en la ignorancia, el poder y el ámbito del crimen. En otras palabras, el destino comenzó a guiar mi propia vida aun antes que naciera.... mi comienzo tuvo una limitación negativa, una madrastra mala, ignorante y egoísta, que solo pensaba en ella y en su propio hijo". La indagación y formación permite rastrear los procesos psicológicos y sociales de los individuos y sus interacciones en los grupos de socialización (López-Barajas Zayas, 1998:215).

Algunas narraciones están abiertas a quienes investigan o forman, ya que las propuestas que los protagonistas hacen están tintadas de la duda. Leemos en Jean-Paul Sartre (*The Words*, 1964-1981) en su narración autobiográfica: "La muerte de Jean-Paul (su padre) fue un gran acontecimiento en mi vida: propició que mi madre volviera a sus cadenas y me diese la libertad. No era un buen padre, la norma... Yo dejé a un joven hombre que no tuvo tiempo de ser mi padre, y que podría ahora ser mi hijo. ¿Fue aquello bueno o malo? No lo sé. Pero suscribo literalmente el veredicto de un eminente psicoanalista: yo no tengo Superego" (López-Barajas Zayas, 1998:215). Otras veces las influencias proceden de una u otra persona que aparecen en el escenario de las respectivas biografías. En el caso que comentamos a continuación es la madre la referencia más fuerte. Helmut R Wagner (1985), comienza la biografía intelectual de Alfred Schutz, con las siguientes líneas: "Alfred Schutz había nacido en Viena el 13 de abril de 1899. Su padre murió antes de su nacimiento, y su madre se casó con el hermano de su primer marido, Otto Schutz. Este hombre fue ejecutivo de la banca, quien aseguró una existencia confortable de clase media a toda la familia; una persona serena, que no ejerció mucha influencia en su hijastro. Por contraste, la madre de Schutz, que fue enérgica, de fuerte voluntad y protectora, jugó un papel decisivo en la orientación del desarrollo de su hijo" (López-Barajas Zayas, 1998:215). Resumiendo lo hasta aquí expuesto, se puede inferir a partir de los textos comentados (podrían ser otros muchos) que las historias o narraciones de vida implican una serie de modalidades con finalidades diversas que deben analizarse con sumo cuidado (López-Barajas Zayas, 1998:215).

Podemos enumerar una serie de elementos, como indicadores en el camino de la investigación, que permanecen comunes en cualquier modalidad (López-Barajas Zayas, 1998:215). El sentido antropológico que cada personaje ha dado a su vida, características de la persona, la existencia de los otros, la influencia y la importancia del género y la clase, los comienzos en la familia, la socialización secundaria de los protagonistas, los conocimientos de los autores u observadores, los objetivos o metas vitales, los momentos vitales o críticos de especial interés, contextualización

de personas reales, revisión de experiencias y fiabilidad y validez de los datos. El carácter sistemático de los elementos es básico en la elaboración biográfica, dado que éstos adquieren su más genuino significado en la unidad radical de la persona, como ya se subrayó con anterioridad (López-Barajas Zayas, 1998:216).

■ GÉNESIS, EVOLUCIÓN, DEFINICIÓN Y SENTIDO

El proceso metodológico de las historias de vida ha sido extenso, por lo que hay que definir algunos conceptos más, antes de señalar un modelo o proceso a seguir en la investigación biográfica en el campo de la Educación para la Salud. El conocimiento de la génesis y proceso de los términos siempre resulta ilustrativo (López-Barajas Zayas, 1998:216). La metodología de los relatos de vida se origina hacia los años veinte en la Escuela de Chicago. No obstante, pueden señalarse obras anteriores y posteriores a esta fecha, y que expresan el interés de filósofos, psicólogos, pedagogos, historiadores y literatos. Algunas de las más representativas pueden ser las siguientes: *Las Confesiones*, de San Agustín (paradigma de descripción humano espiritual); *Las confesiones*, de Rousseau; *A Small Boy and Others* y *Notes of a Son and Brother*, de Henry James; *A Room of One's Own* (1929), de Virginia Woolf; *Landscape for a Good Woman: A Story of Two Lives* (1987), de Carolyn Kay Steedman, *The Words*, de Jean-Paul Sartre; *Si le grain en meurt*, de Gide; *Dichtung und Wahrheit*, de Goethe; *Mémoires d'outre tombe*, de Chateaubriand; *Essays*, de Montaigne; *Apología pro vita sua*, de Newman. Una obra de conjunto que puede consultarse a este respecto es: *Interpretive Biography*, de Norman K Denzin (1989) (López-Barajas Zayas, 1998:216). La preocupación por utilizar la biografía y la autobiografía como metodología de la investigación no siempre fue aceptado. Una obra que resulta clave es *The polish peasant in Europe and America*, de Thomas y Znaniecki (1918-20) que desencadenó toda una polémica acerca del poder de generalización de este procedimiento para mostrar con objetividad los hechos indagados (Grawutz, 1984). Otra obra que debe señalarse en este sentido es: *Los hijos de Sánchez*, de Lewis, (1971) (López-Barajas Zayas, 1998:217).

En España, puede consultarse *Anthropos* (Revista de Documentación científica de la cultura, octubre y diciembre 1991) para el conocimiento de autobiografías de grandes personalidades. Existen también algunos estudios generales acerca de los diarios de clase como medio para la investigación de las actividades docentes (Zabalza, 1991). También puede consultarse algunos de los trabajos presentados al II Seminario Interuniversitario, celebrado en Madrid (López-Barajas Zayas E y JM Montoya, 1994).

La definición nominal requiere, por otra parte, la diferenciación de los términos propios (al menos *biografía* y *autobiografía*) de otros afines. Baste por el momento señalar algunos de los más relevantes que se encuentran en el campo de relación

semántica: método, vida, experiencia, identidad, origen, caso, auto-etnografía, narración, historia, ficción, historia o relato personal, etnia, formas de vida, modos de producción, etc. (López-Barajas Zayas, 1998:217). La *biografía*, intentando una definición real, es la historia de la vida de una persona. La *autobiografía* es la vida de una persona escrita por ella misma. No obstante, consideramos que ambas son modos diferentes pero que deben integrarse en una sola expresión, que a nuestro juicio debe ser "método biográfico". Por tanto, la investigación biográfica se ocupa tanto de la dimensión biográfica como de la autobiográfica (López-Barajas Zayas, 1998:217). De lo anteriormente expuesto se deduce que en realidad existen dos modalidades estratégicas: la investigación biográfica y la autobiográfica. La documentación procede del propio sujeto, o de otros sobre un sujeto concreto. Las diferencias que se señalarán en el proceso de la investigación serán más de grado epistemológico. Y esto es así por varias razones (López-Barajas Zayas, 1998:217).

En la autobiografía la voz *bio* significa el curso del tiempo de la vida. El término *auto* significa identidad, autodefinición de la existencia propia. Aquí surge una primera diferencia con la autobiografía en sentido estricto. El problema del conocimiento de sí propio de la autobiografía no surge en la biografía. La autorreflexión y crítica es de uno mismo o de otra persona. La autobiografía tiene un final abierto y la biografía puede no tenerlo. La autobiografía es un espejo en que el individuo refleja su propia imagen, en la biografía es la imagen elaborada por una persona ajena. El carácter de autoexamen o no, cambia de una modalidad a otra (López-Barajas Zayas, 1998:218). Además, en la autobiografía aparece como un nuevo modo de ser como consecuencia de la reflexión realizada. La biografía no puede cambiar al sujeto (López-Barajas Zayas, 1998:218). Ambas modalidades presentan un denominador común: la consciencia de que en la identidad está el lugar del nacimiento de la verdad que se intenta hallar. En la autobiografía es el hombre que se reconoce a sí mismo en la búsqueda de sí a través de su historia. Y esto es lo primero en la lógica de la coherencia y la racionalidad de la indagación que se realiza (López-Barajas Zayas, 1998:218).

Hemos señalado con anterioridad los fundamentos y las finalidades de las historias de vida, y también hemos realizado una definición de las modalidades principales. Nos corresponde ahora especificar las categorías más significativas a considerar en los respectivos análisis (López-Barajas Zayas, 1998:218).

■ CATEGORÍAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS

Las categorías más relevantes, desde la perspectiva fenomenológica, son las siguientes: reducción "eidética" o esencial (búsqueda del significado objetivo),

determinación del género, la etnia y la clase social, el origen familiar, las crisis o momentos clave y el tiempo (López-Barajas Zayas, 1998:218).

El método biográfico, en la práctica, requiere una descripción principalmente fenomenológica y no tanto fenoménica. Quiere esto decir que más que alcanzar una explicación la metodología biográfica se enmarca epistemológicamente en la corriente científica cualitativa, ciencia ideográfica, que pretenden la comprensión e interpretación de los fenómenos de la educación para la salud en contextos concretos. No obstante, consideramos en cuanto al sentido antropológico, expresado en los supuestos propios de la reflexión deductiva, que no se excluye la explicación ni la deducción en los procedimientos de análisis como ya señalamos (López-Barajas Zayas, 1998:219). El conocimiento y la formación de los autores, la ideología propia, las creencias, son decisivos en la investigación biográfica, incluso la reducción "eidética" (de toda la tradición, todo saber adquirido, incluso de la existencia) no puede prescindir de algún modo metodológico. Los supuestos fundamentales, los "a priori", los axiomas o verdades evidentes de que parten en sus interpretaciones los relatores, deben ser considerados en los análisis. En la modalidad autobiográfica se presupone la presencia de un autor u observador participante que registra el sentido de la vida del sujeto (López-Barajas Zayas, 1998:219).

La investigación biográfica en Educación para la Salud ha de indagar como se expresan o sugieren metas los protagonistas, que reflejan claves acerca de los posteriores momentos críticos. Son los objetivos y metas vitales. Las señales de esas metas pueden ser los valores propios que se estructuran en el texto, el sentido y la intensidad del trabajo o la dedicación a tareas específicas, etc. (López-Barajas Zayas, 1998:219). La investigación biográfica también indaga el género, la etnia y la clase social, ya que son otras categorías básicas. La influencia del género (masculino o femenino), la etnia propia, como así mismo la clase social a la que pertenece el autor, son categorías muy significativas. Los valores, las finalidades propias, el lenguaje, las formas de vida, la extracción social, son generalmente defendidas por los autores. Otra cuestión menor es señalar que la mujer, salvo excepciones, no ha escrito autobiografías hasta fechas recientes (López-Barajas Zayas, 1998:219).

El contexto familiar es fundamental en la indagación biográfica, el ámbito familiar en el que se desarrollan las producciones propias, las historias de familia, la presencia o ausencia de los padres o de las madres, etc., es una categoría muy importante en el análisis biográfico. Parece que el autor considera necesario comenzar (la biografía o la autobiografía) desde ese punto original de la familia. Se aprecia un efecto importante de estructuración de la personalidad de los sujetos (López-Barajas Zayas, 1998:219).

El método biográfico investiga detenidamente los momentos críticos (crisis o momentos claves), las etapas decisivas en las que cristaliza la personalidad del sujeto estudiado. Se sugieren personas reales que influyeron decisivamente en la toma de posición, actitudes radicales ante la existencia. Se asume que dichos periodos fueron

decisivos y que dieron coherencia a la vida en cuestión (López-Barajas Zayas, 1998: 220). El tiempo en la obra escrita, se podría decir, está en la vida paralela. Pero hay que diferenciar el tiempo en que ocurren los hechos, el actual, y la recreación que los autores hacen del tiempo pasado (López-Barajas Zayas, 1998:220).

Algunos de los *instrumentos* son los siguientes. Los *relatos de vida* son ficciones, narran cómo ocurrieron los acontecimientos que señalan. El relato tiene un componente simbólico y otro real. El problema de la investigación es la determinación del grado de realidad o ficción. *La Odisea*, de Homero, es muy real, está muy de acuerdo con la verdad de la naturaleza humana, aunque el ropaje literario sea mitológico. Los *autorelatos* nos indican el contexto de las específicas experiencias que narran. La *etnografía* es el relato de la vida de un grupo (López-Barajas Zayas, 1998:220). Se podría decir que narran alguna dimensión o segmento de la vida. Las clases de relatos de vida pueden sintetizarse en las siguientes: *relato único*, *cruzado*, y *en paralelo* (López-Barajas Zayas, 1998:220). Otros instrumentos son las *historias de vida*. La historia de vida es una anotación escrita de la vida de la persona basada en conversaciones o entrevistas. La vida puede referirse a un grupo humano o social. Las *historias de vida orales* focalizan hechos, procesos, causas y efectos antes que la propia vida del sujeto o grupo (López-Barajas Zayas, 1998:220). Los *diarios personales* son narraciones que cuentan acerca de la personal experiencia de los autores. Ofrecen percepciones subjetivas de los acontecimientos que viven y narran. La correspondencia. Las cartas tienen un valor importante en la investigación biográfica (López-Barajas Zayas, 1998:220).

Los recursos iconográficos. Pueden señalarse: películas, vídeo, etc. Objetos personales. Cuestionarios libres y composiciones literarias. Obras producidas: pinturas, esculturas, servicios prestados a la sociedad, etc., (López-Barajas Zayas, 1998: 221).

Los procedimientos de análisis se determinarán en función del nivel de investigación. Recordemos que la investigación tiene tres niveles: *básica (pura o fundamental)*, *tecnológica*, y *en la acción*. Según tenga por finalidad el desarrollo de teorías, la resolución de problemas, o la mejora de la práctica educativa y social (López-Barajas Zayas, 1998:221). Pero cabe diferenciar según el camino de análisis elegido que podamos diferenciar según la naturaleza y finalidad de la metodología entre los siguientes (López-Barajas Zayas, 1998:221): a) Antropológico cultural; b) Filosófico antropológico. La exclusividad del primero es propio del inmanentismo y el segundo es más propio de los procedimientos de análisis clásico. Consideramos que ambas formas de análisis son necesarias. Una técnica de análisis es el *análisis de contenido*. El lenguaje, lo hemos subrayado con anterioridad, es parte importante el análisis. Puede realizarse en base gramatical o no gramatical. Dependerá de los objetivos generales de la investigación. Lo fundamental es identificar los valores (signos), y los procesos de significación (valoración) que han sido adquiridos en el proceso de desarrollo y socialización del personaje (López-Barajas Zayas, 1998:221). La

validación de los instrumentos de recogida de datos, y de la investigación misma se alcanza mediante la *triangulación*. Ésta cabe realizarlas desde los *datos*, los *procedimientos* y las *teorías* (López-Barajas Zayas, 1998:221).

■ UN EJEMPLO CLÁSICO PARA LA INDAGACIÓN BIOGRÁFICA

Tratemos de ilustrar algo de lo expuesto para su mejor comprensión práctica. Las narraciones biográficas permiten el conocimiento no solo de los hechos sino de los sentimientos, y la contradicción humana. Un ejemplo puede ser la *Iliada*. Nos muestra una de las guerras más recordadas, ningún poema mejor para contar el resentimiento y el dolor, la venganza, que engendra la violencia. Se narran los hechos biográficos que se producen en torno a la ciudadela de Troya, a causa del conflicto producido por el rapto de Elena. Hemos seleccionado *el canto vigesimosegundo*. En el se narra la muerte de Héctor a manos de Aquiles, ciego de ira por la muerte previa de su amigo Patroclo. Inicia el diálogo trágico Aquiles, que se propone vengar su muerte al tener a su merced a su enemigo (López-Barajas Zayas, 1998:222).

Héctor, dice Aquiles después de haber matado a Patroclo, a buen seguro que te creíste invencible y sin miedo a nadie, sin acordarte acaso de mí. Patroclo, tenía en las naves un vengador mucho más poderoso que él dispuesto a no dejar su muerte sin castigo. Está vengado, y mientras a él van a hacerle funerales espléndidos los aqueos, tus honras fúnebres las celebrarán los perros hambrientos y las aves, allá en la playa.

No son los hechos históricos lo que nos conmueven sino los sentimientos que se despiertan en las biografías de los personajes, y que surgen con la frescura de ocurrir ante nosotros. La narración biográfica continúa. Héctor le contestó, con voz tenue y desfalleciente:

Aquiles, yo elevo mis manos moribundas hacia tus rodillas para rogarte por lo que de más entrañable tengas, por tu alma, por tu vida y tus padres, que no consientas que los perros me coman y me destrocen junto a las naves. Acepta el bronce y el oro que darán en abundancia mi padre Príamo y mi desventurada madre y entrega a los míos mi cadáver, para que lo lleven al palacio y me pongan en la pira los troyanos y sus mujeres.

El velocísimo Aquiles le contestó, mirándole con ojos fulgurantes de cólera:

Perro, no me supliques ni pretendas tocar mis rodillas; ojalá el furor y la rabia que tengo me alentarán a desgarrar tus carnes y a comérmelas crudas;

porque eso es lo que están pidiendo las amarguras y los dolores que me has hecho pasar. Nadie podrá apartar a los perros de tu cabeza, aunque me den diez o veinte veces el valor del justo rescate me prometan más, y ni siquiera aunque Príamo Dardánida mande redimirte a peso de oro; ni aun así la infortunada mujer que te parió podrá ponerte en un lecho para llorarte, y los perros y las aves de rapiña destrozarán tu cuerpo.

Héctor le respondió, ya moribundo:

Como te conocía bien, estaba seguro de que no podría convencerte, ya que es de hierro tu corazón. Pero guárdate y no concites contra ti la cólera del cielo; sí, los justos dioses castigarán tu barbarie y, a pesar de tu arrojo y de tu poderío, sucumbirás muy pronto a los golpes de Paris y de Apolo, junto a las puertas Esceas.

Y dichas estas palabras, la muerte empañó sus ojos, mientras volaba el alma, gimiendo, a los infiernos, porque dejaba un cuerpo joven y valeroso. Aunque le vio morir, todavía le dijo el divino Aquiles:

Muere, que yo moriré también cuando les acomode a Zeus y a los otros inmortales.

El canto vigesimocuarto, por otra parte, nos muestra un Aquiles compasivo y sensible, nos muestra la contradicción humana, de modo paradigmático. Después del funeral de su amigo, Aquiles "ya en soledad, no conseguía olvidar a su amigo entrañable al que lloraba sin tregua ni descanso; el sueño, que todo lo puede, nada podía contra su dolor y daba vueltas en el lecho, revolviéndose una y otra vez, recordando la imagen del compañero leal, su fortaleza, su valentía, los trabajos que colmaron juntos, las fatigas comunes y las infinitas penalidades que los dos habían padecido, unas veces peleando y otras cruzando los mares" (p. 378). Solo el recurso a las historias de vida permite conocer en profundidad el hecho que se investiga, en todas sus facetas y sentimientos (López-Barajas Zayas, 1998:223).

■ EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y BIOGRAFÍA

La segunda vertiente metodológica de las historias de vida, la vertiente didáctica o prescriptiva, es el marco general hacia el que se orienta hacia la Educación para la Salud. Parece que por su naturaleza está orientada hacia la educación y aprendizaje continuos. El ámbito de la vida puede ser informal o formal. Estos últimos, como el de la clase, son lugares de aprendizaje humano. La formación es importante pero lo

definitivo es el aprendizaje del discente, es decir, aquel que se da en el que aprende. La educación y socialización humanas, como el aprendizaje de formas y estilos de vida saludables, se realiza sucesivamente en los ámbitos que han sido llamados: primario, secundario y terciario. La familia y la escuela son contextos que influyen decisivamente en los dinamismos vitales y psicológicos. Son acciones complementarias con los procesos de reinserción y reciclaje para el trabajo (López-Barajas Zayas, 1998:224). La biografía educativa, lo hemos reconocido, es un procedimiento metodológico para la formación, ya que permite conocer y favorecer los procesos de aprendizaje a través de los cuales las personas adquieren sus saberes. Pretende una renovación metodológica, así lo estudiamos en esta sección (López-Barajas Zayas, 1998:224).

Los relatos biográficos, en Educación para la Salud, ponen en evidencia los procesos a través de los cuales se configura el saber en situaciones concretas. Como se articula en la acción y se enriquece o no en su integración con determinados valores que representan un supuesto antropológico. Es decir, bajo cualquier comportamiento siempre subyace un código ético de valores, expreso o implícito. Los conocimientos que se adquieren en la escuela cobran su verdadero sentido en la interacción social, y los valores y símbolos que provienen de lo mejor de la tradición. El saber del discípulo siempre está "tintado" de la visión real del maestro. Las biografías educativas reconocen las múltiples experiencias de formación que jalonan el itinerario o camino de la vida de una persona adulta (López-Barajas Zayas, 1998:225). La experiencia del discente puede ser clave en la resolución de cuestiones objeto de investigación educativa. La experiencia permite la interpretación de la vida del adulto. La experiencia no solo empírica (fenoménica) sino también fenomenológica (perspectiva interior) (López-Barajas Zayas, 1998:225).

La Educación para la Salud encuentra un área de interés en las formas de producción y de trabajo que en las llamadas sociedades avanzadas suponen una fuente de riesgo de la salud, por el estímulo del desarrollo de competencias de forma continua. La Educación para la Salud, a través de la alternancia como metodología propia, ha de diseñar acciones sucesivas o simultáneas de trabajo y formación. La pedagogía de la alternancia se plantea los modos prácticos de realizarlo. El desarrollo personal armónico está ligado a la formación. Las transformaciones personales deben a esta orientación de la formación en las organizaciones, la comprensión de la necesidad del cambio hacia formas de producción más acordes con el diseño humano. El desarrollo sostenible no ha de serlo solo con medio y sino con los supervivencia de los seres vivos, donde los seres humanos ocupan el centro del orden.

La práctica de la Educación para la Salud no está disociada de la organización familiar ni de las organizaciones del trabajo y el desarrollo social. Pero ello no significa que solo pueda ser entendida como institucional. Se pretende una integración entre teoría y práctica en contextos formales y no formales. Los formadores, a través de su experiencia, van mejorando sus propuestas metodológicas y sus modos de animar al aprendizaje hacia formas y estilos de vida saludables. El educador no

solo se siente responsable del proceso de aprendizaje sino del modo en que ayudar al proyecto global de la vida de los ciudadanos (López-Barajas Zayas, 1998:225).

El análisis del dinamismo biográfico, especialmente del adulto, considera como beneficiario de su propia formación al protagonista de la misma, el adulto. Las "historias de vida" de los adultos sitúan de modo adecuado el lugar que las organizaciones han jugado en el devenir social. La vida del grupo familiar, étnico, escolar, religioso, deportivo o de militancia política, etc., ejercen diferentes modos de influencia según la percepción subjetiva de cada adulto (López-Barajas Zayas, 1998:225). Los adultos tienen formas de aprender y razones diferentes para formarse. Los adultos tienen una parte de responsabilidad importante, pero también el grupo en que se integran, y la acción de los docentes. Las dificultades de aprendizaje para la adquisición de nuevas técnicas o competencias, de actitudes fijadas, de aspectos cognitivos, o resistencias culturales diversas (López-Barajas Zayas, 1998:226).

El análisis de necesidades y demandas de formación en la vida cotidiana del adulto se vinculan directamente a las posibilidades de trabajo en cada momento. La formación permite una incorporación al trabajo. La "base escolar" es necesaria, de lo contrario los objetos propios de ésta configuran el primer programa de formación de adultos. Serán diferentes los procedimientos metodológicos. (López-Barajas Zayas, 1998, p. 226)

La experiencia directa de una fase de la historia de vida permite, a la Educación para la Salud, una interpretación diferente sobre el contenido expuesto en la biografía educativa del adulto. La principal alternancia puede ser la estimulación de nuevas e interesantes experiencias que despierte el deseo de conocer. Propuestas que deben ayudar al adulto a conocerse a sí mismo (López-Barajas Zayas, 1998:226).

Las etapas o ciclos de vida laboral son otros momentos interesantes a considerar en la biografía educativa. El dominio o ámbito de la vida cotidiana es aún muy complejo. Abarca las actitudes, el "ser", el "saber hacer", las normas sociales, y las posibilidades técnicas en cada momento. El conocimiento de la vida cotidiana permite un conocimiento superior al que se puede obtener a través de algunos instrumentos estandarizados, ya que nos muestra algo de la identidad biográfica (López-Barajas Zayas, 1998:226). Consideramos que la educación incluye todo, es ser y la historia del adulto. Éste recita la historia de su vida, principalmente, en las categorías propias de los procesos de enseñanza y aprendizaje. La vida de cada adulto es única, irrepetible. El adulto habla de su experiencia formativa, de los hechos específicos acerca de la salud y que mejor permiten comprender los dinamismos de sus hábitos de vida sanos. Se establecen los ciclos de la vida, y las etapas dentro de ellos, además de los diferentes "estatus y roles" desarrollados en el curso de su existencia. Algunos factores que en concreto se señalan son (López-Barajas Zayas, 1998:226): la autoestima personal, el papel de la conciencia subjetiva, los momentos críticos de su aprendizaje escolar, las necesidades familiares, las posibilidades sociales de su entorno, las dificultades de aprendizaje y socialización, criterios acerca de qué

son estilos de vida saludables, formas de alimentación, higiene y aseo personal, sentido del papel de los hombres y las mujeres en el mundo actual, metas, ilusiones, ambiciones, frustraciones, y esperanzas, etc.

■ UN MODELO METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN

Se propone, finalmente, a modo de conclusión final, el siguiente modelo, que debería documentarse en cada biografía y que sigue los siguientes pasos o etapas (López-Barajas Zayas, 1998:227):

1. El sentido antropológico de la vida de los protagonistas. Cada investigador o grupo ha de pronunciarse acerca de cuáles de las siguientes categorías le parecen que son propias de la biografía humana. Si alguna no le pareciera correcta debe desestimarla, con el riesgo de reduccionismo que podría suponer: ecológica, psicológica, etnográfica, cultural, pedagógica, y axiológica.
2. La identidad humana. Categorías personales. Cada investigador ha de hacer algo semejante. Tiene que pronunciarse acerca de las notas que le parecen caracterizan la identidad humana: autoconcepto, autonomía, socialidad, aceptación de sí mismo, entusiasmo, y objetivos y metas vitales.
3. La ideología o creencia de los autores. Categorías autobiográficas: breve descripción fenomenológica; intencionalidad del lenguaje; significación del lenguaje; análisis de contenido.
4. La existencia de los otros. Categorías socializadores: los comienzos en la familia. Socialización secundaria: escuela ciclos laborales. Momentos críticos.
5. Género, etnia y clase social. Categorías diferenciales: mujer u hombre; formas de vida; grupo social o de incidencia crítica.
6. Los instrumentos para la recogida de datos: las historias de vida (*life history*); las narraciones de vida (*life story*); autobiografías; los diarios personales; la correspondencia; los recursos iconográficos; objetos personales; obras producidas.
7. Validación: triangulación (datos, interpretaciones, observadores participantes); análisis de contenido (unidad de análisis, categorías, regla para asignar los datos a las categorías).

■ CONCLUSIONES

La metodología de las historias de vida permite el uso *descriptivo, interpretativo, reflexivo, sistemático y crítico de los documentos de la vida*, que muestran momentos

puntuales de la existencia y que aportan, además de una serie de hechos, una gran riqueza de significación e intencionalidad de los mismos. Los documentos incluyen: autobiografías, biografías, diarios, narraciones de vida, historias de vida, narraciones de experiencias personales, historias orales, historias personales, etc.

El supuesto fundamental del método biográfico, en la investigación social, es que la vida puede ser captada y representada en un texto. La vida puede ser descrita e interpretada en un texto personal y social. Tal vez puede parecer una ficción que su contenido sea esencial, cuando solo es una producción narrativa, pero sea como fuere, en las historias de vida se expresa lo que se ha venido a llamar una "metafísica de la presencia" (Derrida, 1972, 1981). Aún más, los personajes relatados, en muchos casos, fueron reales; y aun cuando no lo sean en muchos casos representan aún mejor las notas esencialmente humanas (evidencia en algunas narraciones homéricas).

El análisis biográfico trata de responder a una cuestión fundamental: *cómo hace nla mujer y el hombre para dar sentido, significado a sus respectivas vidas*. Se establece la metodología para captar las significaciones e intencionalidades presentes en la escritura, en la narrativa, o incluso en las formas orales.

Como procedimiento de intervención educativa o social (vertiente formativa) permite iluminar la comprensión de la propia vida de los adultos, las condiciones en que eligieron y tomaron sus decisiones, los factores psicológicos y sociales que fueron manipulados en su entorno y cuyas consecuencias y motivaciones desconocían en el momento que los hechos ocurrieron.

El método biográfico, en la práctica, requiere una *descripción principalmente fenomenológica* y no tanto fenoménica. Quiere esto decir que más que alcanzar una explicación, la metodología biográfica se enmarca epistemológicamente en la corriente científica que pretenden la comprensión e interpretación de los fenómenos de la educación de adultos. Y, en cuanto al sentido antropológico, en los supuestos propios de la reflexión deductiva, tal y como ya señalamos.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

Baslex MF, Hoffmann PH, Pernot L. *L'invention de L'autobiographie d'Hésiode á Saint Augustin*. París. Presses de L'école Normalem Supérieure París. 1993.

Bouché Peris JH. *Antropología pedagógica*. Madrid. UNED. 1993.

Cornejo JM. *Técnicas de investigación social: El análisis de correspondencia (teoría y práctica)*. Barcelona. PPU. 1988.

Denzin NJ. A Controversy over method versus meaning in interpreting life history Materials. *Biographie et Société / Biography and Society Newsletter*; 1985, 4:5-10.

Denzin NK. Interpretive Interactionism and the use of life stories. *Revista Internacional de Sociología*; 1986;44 (July-September): 321-339.

Denzin NK. *Interpretive biography*. London. Sage Publications. 1989.

- Evans GW. Environmental stress and health. En: A. Baum, T. Revenson, J.E. Singer (eds.). *Handbook of health psychology*. Mahway, NJ. Erlbaum. 2001.
- Evans GW, Wener R. Rail commuting duration and passenger stress. *Health Psychology*. 2006;25, 3:408-412.
- Ferraroti F. *Histoire de vie. Le méthode biographique dans les sciences sociales*. París. Librairie des Méridiens. 1981.
- Gamella JF. *La historia de Julián, memorias de heroína y delincuencia*. Madrid. Editorial Popular. 1990.
- Gargallo B. Las historias de vida como técnica de investigación etnográfica. Comunicación presentada al XI Seminario Interuniversitario de Teoría de la Educación. Salamanca. Documento mecanografiado. 1992.
- Geetz C. *Works and lives: The anthropologist as author*. Stanford, CA. Stanford University Press. 1988.
- Keenan TA. *Delivering Wellness to Boomers: What Do They Really Want?* Presentation at the American Society on Aging 46th Annual Meeting, March 24-28, 2000. San Diego. 2000.
- Keller C, Fleury J. *Health promotion for the elderly*. Thousand Oaks. Sage Publications. 2000.
- Lewis O. *Los hijos de Sánchez: Autobiografía de una familia mejicana*. México. Mortiz. 1971.
- López-Barajas E. La investigación cualitativa vs. cuantitativa. En: *I Seminario sobre Metodología Pedagógica*. Madrid. UNED. 1993.
- López-Barajas E, Montoya JM. *La investigación etnográfica. Fundamentos y técnicas*. Madrid. UNED. 1994.
- López-Barajas E. *Las historias de vida y la investigación biográfica. Fundamentos y metodología*. Madrid. UNED. 1996.
- Mailbach E, Louiselle Parrott R. *Designing health messages*. Thousand Oaks. SAGE Publications. 1995.
- McCarthy B. Understanding and putting into practice the four styles of life long learning. *The Older LEARNer*, 2008, (4):4-5.
- O'Keefe S. *Publicity on the Internet: Creating Successful Publicity Campaigns on the Internet and Commercial On line Services*. New York. John Wiley and Sons. 1997.
- Perea Quesada R, López-Barajas E. *Métodos de investigación social*. Madrid. Fundación Empresa. 1998.
- Peterson LH. *Victorian autobiography: The tradition of self-interpretation*. New Haven, CT. Yale University Press. 1986.
- Plummer D. *Los documentos personales*. Madrid. Siglo XXI. 1989.
- Poirier J, Clapier-Valladon S, Raybant P. *Les récits de vie. Théorie et pratique*. París. PUF. 1983.
- Pujadas JJ. *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas. 1992.
- Sartre J-P. *The Words*. New York. Vantage Books. 1964.
- Shaw C. *The Kack-Roller*. Chicago. University of Chicago Press. 1930/1966.

- Springer M. *Autobiography: Essays Theoretical and Critical*. New York. Princeton University Press. 1980.
- Thomas WI, Zaniecki F. *The polish peasant in Europe and America*. Volumes I-II. Chicago. University of Chicago Press. Volumes III-V. Boston. Badger Press. 1958.
- Zabalza MA. *Los diarios de clase: documentos para estudiar cualitativamente los dilemas prácticos de los profesores*. Barcelona. PPU. 1991.

Glosario de términos

Abstracción. Proceso ideal que consiste en separar un aspecto parcial o cualidad de un objeto total. Resultado o producto de esa operación mental. La abstracción, que concentra la atención sobre un aspecto único, difiere del análisis, el cual considera todos los aspectos a la vez y en el mismo plano.

Actitud. Disposición de ánimo de algún modo manifestada.

Ambiente. Circunstancias que rodean a las personas o cosas.

Análisis. Etimológicamente significa descomposición de un todo en sus partes. En el lenguaje filosófico, análisis designa el método que consiste en descomponer mentalmente un todo (real o formal) en sus constitutivos parciales.

Analogía. La correlación entre los términos de dos o varios sistemas u órdenes, es decir, la existencia de una relación entre cada uno de los términos de un sistema y cada uno de los términos de otro. La analogía equivale entonces a la proporción.

Antítesis. Oposición de ideas. Proposición opuesta a una tesis dada que expresa un hecho o una idea positiva.

Aprendizaje inmanente. Que se da en el que aprende.

Aprendizaje significativo. Conocimiento interior adecuado a la estructura cognitiva del discente y existe un elevado grado de isomorfismo con la realidad; comprensión unitaria de un objeto.

Asociación. Relación entre dos variables significativamente mayores o menores de la que se explicaría por azar. Puede ser positiva, si la presencia de una variable aumenta la probabilidad de que ocurra la otra, o negativa en el caso inverso.

Axioma. Principio evidente que constituyen el fundamento de la ciencia. Lo que es digno de ser estimado, creído o valorado.

Caso. Sujeto de la población de estudio que padece la enfermedad, trastorno sanitario o proceso que se investiga.

Cohorte. Grupo social que se estudia.

Comprensión. Del latín *prehendere*, coger, atrapar, sorprender. En el siglo XIII aparece el vocablo comprender, del latín *comprehendere*, que significa “concebir una idea”. La palabra comprensión no aparece en la lengua española hasta el 1607. La hermenéutica como teoría de la comprensión se ocupa del modo en que se posibilita el acceso al otro, ya sea sujeto, texto, acontecimiento, etc.

Constructo. Construcción formal, intelectual de la ciencia.

Currículo. Conjunto de factores que se le ofrecen al alumno como posibilidad de aprendizaje: “No sólo conceptos, sino también principios, procedimientos, y actitudes; y que abarca, además, tanto los medios a través de los cuales la escuela proporciona esas oportunidades.

Deducción. Proceso de razonamiento que va de lo general a lo particular.//Etimológicamente procede del término latino *deducere* acto para llegar a una conclusión a partir de unas premisas suficientes que contienen la conclusión. Tradicionalmente el silogismo ha sido el modo principal de la deducción, pero también caben la inferencia proposicional. El sistema deductivo plantea principios primarios, reglas de formación y transformación.

Demostración. Proceso de argumentación lógica cuyo fin es el establecimiento de la verdad.

Descriptor. Indicador utilizado para investigar o evaluar. Dato o *item* que se considera representa algún elemento de la variable o característica que se estudia.

Diseño. Procedimientos, métodos y técnicas mediante los cuales el investigador va a seleccionar los casos, recoger una información y analizar los resultados.// En sentido amplio significa el plan general de la investigación. En sentido estricto es una fase del método experimental en la que se intenta controlar las variables extrañas (que no se desean introducir en la investigación).

Dualismo cartesiano. Consideración teórica del mundo dividido en dos esferas independientes, el mundo de lo visible y el mundo de lo inteligible (del pensamiento).

Eficacia. Es la medida de los beneficios obtenidos por una población cuando sobre ella se aplica, en condiciones ideales, una intervención concreta. Se determina fundamentalmente de forma experimental y su validez es universal, siempre y cuando no se modifiquen las condiciones de aplicación del experimento.

Epistemología. Teoría crítica del conocimiento científico.

Estilos de vida. Modo, forma, manera de vivir.

Etiología. Causa u origen de la enfermedad.

Etnia. Grupo humano con formas de vida muy semejantes.

Étnico. Rasgo perteneciente a un grupo cultural diferenciado.

Etnografía. Descripción de grupos humanos.

Etnología. Explicación de las formas de vida de los grupos humanos.

Explicación. Proceso por el que se establece la relación de causa y efecto. La explicación teológica apela a la finalidad (intenciones, fines, motivos). La explicación causal, desde la perspectiva científica, es la única que establece las condiciones de control válidas para el hallazgo de las relaciones.

Factor de confusión. Variable que enmascara el valor real de la asociación entre un posible factor de riesgo y una enfermedad, puesto que se relaciona a la vez con la exposición y con el efecto estudiado, no siendo un paso intermedio entre ambos.

Factor de riesgo. Factor exógeno, modificable, que precede a la enfermedad, asociado a un aumento en la probabilidad de su aparición y con responsabilidad en su producción.

Fenomenológico. No observable directamente, por lo que requiere reducir lo aparente para encontrar el significado objetivo.

Grupo de incidencia crítica. Subgrupo de individuos con características parecidas pertenecientes a una misma unidad social.

Hábito. Facilidad que se adquiere por larga y constante práctica de un mismo ejercicio.

Heurístico. Indagador, investigador.

Holista: Perspectiva que considera los elementos de un sistema de forma global, interactiva y dinámica.

Inducción. Proceso por el que se pasa de hechos conocidos a desconocidos, de conocimientos particulares a teorías o leyes generales. Generalizaciones a partir de un número suficiente de casos individuales.

Intuición. La intuición, en el sentido clásico, es visión directa, completa, sin elementos mediadores para la comprensión de una verdad o la aprehensión de una realidad. La sensible está referida a datos y procesos, cosas u objetos, que son percibidos por los sentidos. La intelectual (inteligible) se relaciona con la intuición de los universales (esencias) y con las entidades metafísicas (existencias).

Intuición eidética. Estrategia que pretende conocer lo “esencial” del objeto de la investigación, lo qué es y significa.

Investigación-acción. Nivel de investigación que tiene como finalidad la mejora de la práctica social o educativa.

Investigación básica. Nivel de investigación que tiene como finalidad el desarrollo de teorías científicas. Tiene por objeto probar el grado de verosimilitud de una teoría científica, y por tanto de sus correspondientes hipótesis científicas.

Marcador de riesgo. Variables endógenas, no controlables, que definen a los individuos particularmente vulnerables. Está asociado a un aumento del riesgo de padecer la enfermedad aunque no tienen influencia directa en su producción (por ejemplo, sexo, edad.).

Medio ambiente. Medio físico, biológico, cultural y psicosocial en que se desarrollan y establecen los sistemas sociales y ecológicos.

Método. Etimológicamente procede del término griego que significa camino, procedimiento hacia algo. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española lo define como: procedimiento que se sigue en las ciencias para hallar la verdad o enseñarla.

Modelo científico. El término castellano “modelo” procede etimológicamente del latín *modulus*, molde; y directamente del vocablo italiano *modello*. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española recoge entre otras acepciones: ejemplar o forma que uno se propone y sigue en la ejecución de una obra artística o en otra cosa; y también: representación en pequeño de una cosa. Son, por consiguiente, los “modelos científicos”, estructuras simplificadas o conocidas que se emplean para investigar la naturaleza de los fenómenos que los científicos desean explicar. Así pues, respecto de la permanencia o validez del modelo habrá que señalar que éste es un sistema coherente de hipótesis, que ha de entenderse por principio como necesitado de verificación.

Nativo. Miembro natural de un grupo social.

Objeto de la investigación. En sentido amplio es aquello hacia lo que se dirige la conciencia, ya sea de forma cognoscitiva o volitiva. El objeto define la ciencia; en nuestro caso el objeto de la investigación sería la “educación de adultos”.

Patógena. Dícese de los elementos y medios que originan y desarrollan las enfermedades.

Personalidad: Diferencia individual que constituye a cada persona y la diferencia de otra.

Plausible. Verosímil o probable.

Población de estudio. Grupo elegido para la investigación.

Población diana. Conjunto de individuos sobre los que se desea efectuar deducciones.

Precisión. Grado en que se obtienen resultados similares cuando se mide algo en más de una ocasión y en las mismas condiciones. También denominada error aleatorio.

Reduccionismo. Supremacía del método sobre la realidad, reduce lo real al mundo de los visible, o contrastable.

Sensibilidad. Proceso por el que los sentimientos son informados por la razón.

Sesgo. Tendencia sistemática a subestimar o sobreestimar el parámetro de interés a causa de una deficiencia en el diseño o en la realización de un estudio. También se le denomina error sistemático.

Sesgo de información. Sesgo que se produce cuando existen errores en la medición de la exposición o de la enfermedad.

Sesgo de selección. Sesgo que se produce cuando el resultado obtenido puede explicarse, total o parcialmente, por cómo se seleccionaron los pacientes del estudio.

Tabla de contingencia. Tabla de resumen de datos donde se ordena la información en celdas formando lo que también se conoce por tabla de 2×2 .

Teorema. Enunciado cuya validez se somete a prueba.

Teoría. Explicación sistemática de un ámbito de conocimiento.

Tesis. Etimológicamente del griego, “acción de poner”, también la acción de instituir o establecer. Acción de poner una doctrina, un principio, una proposición.

Triangulación. Procedimiento para determinar la validez del conocimiento que exige al menos tres argumentos o datos obtenidos desde distintas personas o perspectivas epistemológicas.

Universo. Población objeto de estudio. Todos los objetos posibles o medidas de cierta clase o tipo.

Validez externa. Posibilidad de generalización de los resultados obtenidos a la población diana establecida

Validez interna. Grado en que los resultados de un estudio están libres de sesgos, es decir, miden lo que se pretende.

Verificación. Contratación.

Índice analítico

booksmedicos.org

- Acción educativa, 79
- Actividad deportiva, 92
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 156
- Alcohol, efectos nocivos del, 89
- Alimentación y educación física, 47
- Ambiente psicosocial en el ámbito escolar, 129
- Ámbito escolar,
 - factores determinantes de la salud, 124
 - prevención de accidentes, 125
 - sanidad e higiene, 125
- American Public Health Association, 14
- Análisis cualitativo, 364
- Antropología, 377
- Asamblea Mundial de la Salud, 68
- Asamblea Mundial del Envejecimiento, 178, 189
- Asociaciones de padres, 140
 - prevención de accidentes, 125
 - sanidad e higiene, 125
- Aumento de la población, 69
- Autoconcepto y salud, 17
- Autoestima y salud, 17
- Biografía y EpS, 436
- Brainstorming, 282
- Brainwriting, 286
- Burnout, síndrome de, 160
- Calidad de vida, 48, 60
 - salud y, 49
- Carta,
 - de Bagkok, 20
 - de Ottawa, 19, 22
 - Europea sobre Medio Ambiente y Salud, 100
- Casos,
 - análisis descriptivo de, 360
 - selección de, 359
- Causas principales de muerte, 75
- Center for Diseases Control, 3
- Clases de registro, 413
- Codificación de datos, 413
- Comunidad,
 - concepto de, 211
 - participación en la educación para la salud de la, 216
- Concepto holístico de salud, 71
- Conferencia de Alma Ata, 15
- Consumo de drogas ilegales, 93
- Control epidemiológico en el ámbito escolar, 127
- Crítica epistemológica, 368

- Datos,
 - calidad de los, 366
 - codificación de, 413
 - triangulación de los, 364
- Declaración de Yakarta, 20
- Delgadez extrema, 92
- Demografía estructural, 421
- Desarrollo,
 - comunitario, 205
 - educación comunitaria de, 207
 - de la comunidad, programas de salud, 212
 - sostenible, salud y, 22
- Desgaste profesional, 160
 - factores condicionantes del, 161
- Desplazamiento de la población, 67
- Determinantes de la salud, 73
 - modelo conceptual, 86
- Diagramas de afinidad, 284
- Dietas adecuadas, 90
- Diversidad y EpS, 374
- Drogas ilegales, 93
- EDADES (Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España), 94
- Educación,
 - alimentaria, 5, 50
 - como sistema social, 8
 - comunitaria, 208
 - concepto de, 4
 - emocional, 37
 - contenidos, 40
 - definición, 28
 - objetivos, 39
 - y salud, 27
 - física, 58
- Ejercicio físico, 92
- Elaboración de programas de EpS, 255
 - calendario, 258
 - características, 256
 - evaluación, 258
 - naturaleza, 255
 - programación de contenidos, 257
 - técnicas e instrumentos, 257
- Emociones, 42
 - definición de, 31
 - tipología y salud, 33
 - y salud, historia, 32
- Encuestas, 96
- Enfermedad profesional, 159
- Ensayo,
 - clínico aleatorio, 336
 - de campo, 338
 - de intervención en comunidades, 338
- Entrevistas, 416
- Envejecimiento,
 - activo/saludable, 188
 - y salud, 169
- Epidemiología,
 - concepto de, 316
 - medidas básicas,
 - de asociación, 330
 - de frecuencia, 327
 - de impacto, 332
 - método científico en, 319
 - objetivos de la investigación, 321
 - tipos de estudios, 333
 - usos de, 318
- Escuela, la, 123
 - factores determinantes de la salud, 124
 - prevención y detección de patologías, 130
- Escuela de padres, 141
 - relación del profesor con la familia, 141
 - el cuestionario, 144
 - la entrevista, 142
 - notas informativas, 146
 - sesiones informativas, 145
- Espacios educativos infancia, 80
- Estatuto epistemológico, 393,
- Estilos,
 - de vida, 59
 - de la personas mayores, 169
 - importancia de los, 131
 - importancia familia y adolescencia, 119
 - saludables, 357
 - y medio ambiente, 87
 - educativo de los padres, 114

- Estrategia educativa en la salud de la personas mayores, 169
- Estrategia Mundial de Salud para Todos, 82
- Estrategias educativas en la salud, 169
- Estrés laboral, 165
- Estructura de investigación, 428
- Estudios
 - de casos, el, 311, 353
 - estructura del, 356
 - naturaleza del, 354
 - de investigación, planificación y diseño, 347
 - epidemiológicos, tipos de, 333
 - experimentales, 335
 - observacionales, 338
 - analíticos, 338
 - de casos-control, 342
 - de cohortes, 339
 - de mortalidad y morbilidad, 344
 - descriptivos, 343
 - ecológicos, 345
 - serie de casos, de, 345
 - transversales, 343
- Etnografía, 371, 378
 - de la salud, 394
 - metodología de la investigación, 382
 - modelo de investigación, 385
- Etnología, 380
- EUROSHNET (Red Europea de Expertos de Seguridad y Salud en el Trabajo en Normalización, Certificación y Ensayo), 158
- Evaluación, 259
 - características, 261
 - de programas en EpS, propuestas metodológicas, 266
 - final o sumativa, 265
 - formativa o de proceso, 264
 - funciones, 262
 - inicial o de diagnóstico, 264
 - objetivos, 261
 - tipos de, 263
- Factores determinantes de la salud en el ámbito escolar, 124
 - control epidemiológico, 127
 - prevención,
 - de accidentes, 125
 - de enfermedades transmisibles, 127
 - sanidad e higiene, 125
- Familia escuela, interacción, 139
 - asociaciones de padres, 140
 - escuela de padres, 141
 - relación del profesor con la familia, 141
 - el cuestionario, 144
 - la entrevista, 142
 - notas informativas, 146
 - sesiones informativas, 145
- Familia y adolescencia, 119
- Fases de una investigación, 346
 - preliminares, 346
- Fichas familiares, 417
- Formación de grupos, técnicas, 275, 276
 - de parejas rotativas, 275
 - de las tres R, 277
 - para estimular la participación, 278
 - para afrontar los problemas, 281
 - Brainstorming*, 282
 - para generar consenso, 285
 - Brainwriting*, 286
 - grupo nominal, 286
 - voto ponderado, el, 287
- Formación para la salud, 149
- Fundación europea para la Mejora de las Condiciones de Vida en el Trabajo, 156
- Grupos,
 - formación de, 275, 276
 - nominal, 286
 - técnicas de, 271
 - trabajo en, 274
- Hábitos saludables de vida, 87
- Hijos, salud de los, 114
- Hombre, el, 64
- Identidad étnica, naturaleza de la, 402
- Identificación y resolución de problemas, 229

- Indagación biográfica, 435
- Índice de Masa Corporal, 91
- Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (edades), 94
- Informe,
 - etnográfico, 413
 - Lalonde, 73
 - sobre el desarrollo Mundial, 65
- Inmigración, La, 68
- Inspección de Trabajo y Seguridad social, 157
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 157
- Integración,
 - curricular, procesos de, 134
 - proyecto educativo del centro, 137
 - social del individuo, 98
- Inteligencia emocional, 40
- Interacción familia escuela, 139
- Intervenciones en salud, 63
- Investigación, fases de una, 346
- Investigación biográfica, 425
 - categorías, 432
 - definición y sentido, 431
 - estructura, 428
 - génesis, evolución, 431
 - instrumentos y procedimientos de análisis, 432
- Investigación científica, la, 291
 - modelos generales de, 295
 - método comparado, 300
 - método descriptivo, 305
 - método ecológico, 303
 - método epidemiológico, 309
 - método etnográfico, 311
 - método experimental, 308
 - método fenomenológico, 304
 - método histórico, 296
 - método reflexivo o lógico, 302
 - método semiótico, 298
 - niveles de, 295
 - sentido de la, 292
- Investigación epidemiológica, objetivos de la, 321
 - criterios de causalidad, 322
 - precisión, 324
 - validez,
 - externa, 326
 - interna, 323
 - y precisión, 324
- Investigación etnográfica, 371, 378
 - ciencias auxiliares, 377
 - metodología, 382
 - modelo, 385
- Jubilación y proyecto vital, 186
- Ley de prevención de riesgos laborales, 151
- Longevidad, 77
- Marco,
 - comunitario, educación para la salud en el, 214
 - interdisciplinar, promoción salud, 19
- Mayores, personas,
 - estrategias educativas en la salud, 169
- Medicina del trabajo, 156
- Medio ambiente,
 - y estilos de vida, 87
 - y salud, 99
- Metodología,
 - para la evaluación de programas de EpS, 266
- Métodos,
 - epidemiológico en investigación, 315
 - aplicación, 319
 - concepto, 316
 - de investigación científica,
 - descriptivo, 305
 - comparado, 300
 - ecológico, 303
 - experimental, 308
 - epidemiológico, 309
 - etnográfico, 311
 - fenomenológico, 304
 - histórico, 296
 - reflexivo o lógico, 302

- semiótico, 298
- epidemiológico en investigación, 315
- Mobbing, 160
- Modelo,
 - de observación participante, un, 419
 - metodológico de investigación, 439
- Movilidad de empleo y el paro laboral, 70
- Naturaleza de la identidad étnica, 402
- Necesidades,
 - de elementos minerales, 56
 - energéticas, 54
 - en salud, 63
 - proteicas, 55
 - vitamínicas, 56
- Nutrición y alimentación, 55
 - finés de la, 54
- Objetivos fundamentales de la estrategia SPT, 84
- Observación participante, 393,
 - codificación, 413
 - escenarios de, 411
 - finalidades, clases y estrategia, 405
 - informe etnográfico, 413
 - instrumentación, 413
 - modelo, 419
- Oficina Regional para Europa, 13
- OIT (Oficina Internacional del Trabajo), 156
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 81
- Organismos,
 - internacionales de seguridad y salud en el trabajo, 156
 - públicos de seguridad y salud en el trabajo, 156
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 81
- Participación,
 - comunitaria, 217
 - en el proceso, 236
- Patologías, prevención y detección en la escuela, 130
- auditivas, 132
- de columnas, 13
- del lenguaje, 131
- psicomotrices, 132
- Personas mayores, 180
 - aspectos psicológicos y sociales, 180
 - necesidad de afecto, 181
 - necesidad de independencia, 182
 - necesidad de logro, 182
 - necesidad de pertenencia, 181
 - necesidad de reconocimiento, 183
 - envejecimiento activo/saludable, 188
 - estrategias educativas en la salud, 169
 - jubilación y proyecto vital, 187
 - promoción de la salud y bienestar, 196
 - salud y estado de bienestar, 177
 - y sociedad, 175
- Phillips 6/6, 279
- Pilares para la salud, 85
- Plan Nacional sobre Drogas, 94, 97
- Población, aumento de la, 69
- Prevención,
 - de accidentes en el medio escolar, 125
 - tráfico de vehículos, 126
 - intoxicaciones, 127
 - de enfermedades transmisibles en el ámbito escolar, 127
- Principios Fundamentales de Salud para Todos, 83
- Problemas,
 - alternativas, 243
 - comunicación de, 235
 - conocimiento y definición del, 241
 - desarrollar soluciones alternativas, 242
 - identificación de, 229
 - proceso de solución de, 238
 - solución de, 230
 - y creatividad, 231
- Programas de salud para el desarrollo de la comunidad, 212
- Proyectos y programas, 247
 - analizar, obstáculos y dificultades, 253
 - denominación de, 250
 - desarrollo de, 249
 - diagnóstico, 251

- establecer recursos, 252
 - fundamentación, 252
 - metodología, 254
 - objetivos generales, 253
 - prever la población, 252
 - temporalización, 254
 - ubicar el proyecto, 252
- Rasgos de eficacia e ineficacia, 163
- Realidad sistémica, 64
- Realización de campo, 348
- Red Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, 158
- Red Europea de Expertos de Seguridad y Salud en el Trabajo en Normalización, Certificación y Ensayo (EUROSHNET), 158
- Red Europea de Promoción de la Salud, 158
- escuela de padres, 141
 - relación del profesor con la familia, 141
 - el cuestionario, 144
 - la entrevista, 142
 - notas informativas, 146
 - sesiones informativas, 145
- Red Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, 158
- Redacción informe, 367
- Redes de información en Seguridad y Salud en el trabajo, 158
- Registros, 413
- Relación del profesor con la familia, 141
- el cuestionario, 144
 - la entrevista, 142
 - notas informativas, 146
 - sesiones informativas, 145
- Salud,
- comunitaria, intervención educativa, 220
 - familiar, formas primarias de, 109
 - estilos educativos, 114
 - funciones y relaciones, 112
 - fundamentos básicos, 111
 - perspectiva histórica, 110
 - laboral, 158
 - mental, integración de la, 98
 - para todos en el año 2000, 15
 - evolución histórica, 11
 - y calidad de vida, 49
 - y desarrollo sostenible, 22
 - y estado de bienestar en las personas mayores, 177
 - necesidades de formación, 177
- Sanidad e higiene en el medio escolar, 125
- Seguridad,
- en el trabajo, 149
 - cultura de la prevención, 150
 - y salud en el trabajo, internacionales, 156
 - nacionales, 157
 - redes de información, 158
 - organismos públicos en materia de, 156
- Selección de casos, 360
- Síndrome de Burnout, 160
- Sistema,
- de cuidados de salud, 100
 - sanitario Español, 100
- Sociedad,
- actual, 67
 - competitiva y estresante, 70
- Sociedades multiculturales, 68
- Sustancias toxicas,
- consumo ilegales, 93
 - dependencia de, 93
- Tabaco,
- disminución de consumo, 87
 - efectos nocivos sobre la salud, 87
- Técnicas,
- de las tres R, 277
 - grupales, utilización, 271, 272
 - inconvenientes, 274
 - normas, 273
 - técnicas adecuada, 272
 - para estimular la participación, 278
- Trabajo,
- de campo, 348, 399
 - en grupo, inconvenientes y obstaculizadores, 274
- Trining group*, 276

Vejez,

- calidad de vida en la, 192
- mitos y estereotipos sociales, 185
- repertorio de actividades de ocio, 194

Vida,

- ordinaria, 394
- saludables, estilos de, 357

- Voto ponderado, el, 287

booksmedicos.org

