

DISEÑO DE TALLERES PARA PROMOVER LA SALUD EN GRUPOS COMUNITARIOS

Guillem Saiz, Patricia¹, Chofre Lorente, Maria Teresa², De la Rubia Ortí, Jose Enrique³, Moreno Tur, María Paz⁴

1, 2, 3, 4: Departamento de Odontología
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Europea de Valencia
Calle General Elio 8 y 10 CP 46010
e-mail: patricia.guillem@uem.es

Resumen. *Una de las herramientas clave para promocionar la salud es el desarrollo de habilidades para la vida basadas en la propia persona como principal recurso. Un “taller” sanitario debe conseguir que sus participantes se conviertan en la parte “activa” del mismo, constituyendo una forma de motivación para sus iguales y con la finalidad de alcanzar unos objetivos comunes. Los conceptos principales que fundamentan el diseño de un taller son: planificación participativa, capacitar en aprendizaje significativo a las personas, aprender en grupo y técnicas participativas. La etapa inicial a perseguir en un taller se basa en un análisis inicial o evaluación de conocimientos previos que posee el grupo de participantes, fundamentación de conocimientos y posteriormente construcción del aprendizaje a través de actitudes y habilidades colaborativas que generen adquisición de conocimientos, en última instancia evaluación de lo aprendido.*

Palabras clave: Participación, Promoción de Salud, Educación en Salud, Aprendizaje, Planificación, Taller.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Promoción de la Salud como: “el proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud y por lo tanto mejoren su salud” (Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 2001). La Promoción de la Salud (PS) no sólo se ocupa de promover el desarrollo de las habilidades individuales y la capacidad de la persona para influir sobre los factores que determinan su salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno, tanto para reforzar los factores que contribuyen al desarrollo de estilos de vida saludables, como para modificar aquellos que impiden ponerlos en práctica. Esta estrategia se ha resumido en la frase “conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir” (Serrano MI, 1998) Por tanto, promover la salud es “capacitar” a las personas para que puedan mejorar su estilo de vida de una forma saludable, actuando sobre los determinantes que la condicionan. Entre estos determinantes, la modificación del “estilo de vida” se revela como uno de los más influyentes en la determinación de la aparición de la enfermedad, por ello, una de las habilidades que propone la Promoción de la salud es la de la creación de “talleres” en salud, centrados en potenciar habilidades de la persona a través de un aprendizaje colaborativo dentro del grupo de trabajo propuesto por el profesional sanitario (Instituto Madrileño de Salud, 2010). El hecho de “aprender haciendo”

combina la posibilidad de aplicar teoría y práctica en una actividad divertida y motivadora (OMS, 1983). Así pues, el objetivo de este trabajo es describir las etapas que forman el diseño de un taller para la educación sanitaria y de esta forma facilitar su implementación en el ámbito odontológico.

2. CONCEPTOS CLAVE PARA DISEÑAR UN TALLER: PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA, CAPACITAR, APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO, APRENDER EN GRUPO Y TÉCNICAS PARTICIPATIVAS.

2.1. Planificación participativa

La planificación participativa de programas y actuaciones en salud consiste en incorporar la participación de la población en todas las fases del proceso de planificación: desde el estudio de las necesidades en salud hasta su evaluación, pasando por la especificación de objetivos, actividades y recursos a utilizar. Las decisiones sobre que hacer y cómo, con qué recursos, cuando y donde se evaluará el programa o intervención deben ser tomadas teniendo en cuenta los intereses de los protagonistas, la participación de la población en el diseño no debe ser algo aislado y puntual si no que debe formar parte activa del proceso. El diseño del taller corresponde con la fase de planificación relacionada con los objetivos operativos y actividades relacionadas concretas que permitirán alcanzar los objetivos formulados en relación a las necesidades planteadas (Hawe P, Degeling D, Hall J, 1993). Planificar de una manera participativa requiere de un método de trabajo. No se trata solamente de señalar problemas y las posibles soluciones, sino de analizarlos y estudiarlos detenidamente, para saber dónde y cómo empezar a resolverlos. Como parte de este método de trabajo, se propone un instrumento específico para que los grupos planifiquen, tomen decisiones y evalúen sus acciones concretas en forma conjunta. Este instrumento es el taller. La planificación participativa tiene por finalidad (Instituto Madrileño de Salud, 2010):

- Definir el futuro que queremos para nosotros mismos;
- Aclarar cuáles son nuestros problemas más importantes, sus posibles soluciones y las acciones a corto, mediano y largo plazo que consideramos necesarias para lograr ese futuro que deseamos alcanzar.

2.2. Capacitar

Promover la salud es “capacitar” a las personas para que puedan mejorar la salud actuando sobre sus determinantes. Una de las estrategias de la promoción de la salud consiste en alfabetizar en salud, de tal forma que el participante pueda desarrollar y trabajar habilidades cognitivas personales y sociales que determinan la capacidad individual de las personas para acceder, comprender y utilizar información con el fin de promocionar y mantener una buena salud (Carta de Otawa, 2001). La alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales de vida (Restrepo HE, 2000). Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento para la salud. Un bajo nivel general en este aspecto

puede afectar la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el futuro desarrollo educacional (Trilla M, 1994). En PS, el poder dotar a las personas en autocuidados es un proceso mediante el cual adquirirán un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud actuando colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia.

2.3. Aprendizaje significativo

El aprendizaje significativo, que tiene su punto de partida en el constructivismo, propone la conexión de los nuevos conocimientos con la experiencia previa de las personas (Rodríguez M, 2009). Solo podemos aprender de aquello que ya conocemos y este conocimiento previo, de forma aislada, es la variable que más influye en el aprendizaje (Moreira MA, 2005). Cuando nos referimos al aprendizaje significativo hablamos de aprendizajes eficaces, permanentes y reales, que la persona “se los quede”, que para ella tengan significado, que le sirvan para la vida y para afrontar el tema que se esté abordando, y también que sean procesos que se construyan por etapas, con secuenciaciones útiles y lógicas, de asimilación y construcción consciente, voluntaria y autónoma (Isaza A, 2005). El aprendizaje no ocurre por sumatoria de informaciones sino que se construye: la persona lleva a la situación de aprendizaje todas sus experiencias, vivencias, conocimientos y modelos cognitivos, sentimientos, habilidades y formas de actuar respecto al tema de que se trate, y aprende a partir de todo ello, consolidándolo, reorganizándolo y modificándolo ante las nuevas informaciones y variadas experiencias que se dan en el proceso educativo (Moreira MA, 2005).

Las actividades propuestas para lograr aprendizajes significativos deben generar procesos que posibiliten a las y los educandos en primer lugar expresar y/o investigar su propia realidad (partir de su situación); después, profundizar en el tema que se está trabajando (reorganizar conocimientos, analizar la situación general y algunos temas específicos personales o sociales, reflexionar sobre aspectos del área emocional) y, por fin, afrontar su situación. Del mismo modo las actividades deben poseer una coherencia en su estructura interna y guardar relación entre motivación y resultados de aprendizaje (Terán M et al 2009; Ausubel D, 1998).

2.4. Aprender en grupo

La utilización del grupo en educación para la salud es una práctica que se ha demostrado altamente efectiva para el trabajo con grupos pequeños de entre 8 y 15 personas (Isaza A, 2005). La investigación del aprendizaje grupal como práctica pedagógica aporta grandes beneficios ya que colabora en los resultados que facilitan el cambio de comportamiento frente a estrategias individuales. Se desarrollan habilidades para la interacción social, respeto, apoyo e intercomunicación entre los conocimientos y las actitudes a adquirir. Permite integrar experiencias propias y enriquecerse a su vez con las de los demás, se favorece el diálogo, la participación activa y la crítica sobre el tema abordar, ayuda a la resolución de conflictos y facilita la evaluación continua. (Moreira MA, 2005).

2.5. Técnicas participativas

Son instrumentos que indican de forma concreta y práctica cuales son los pasos más

adecuados para desarrollar una actividad. Se seleccionan entre otros criterios teniendo en cuenta los objetivos y las características de los integrantes del grupo. Entre las técnicas incluidas se encuentran aquellas que faciliten, impliquen, dialoguen, compartan y analicen, etc., y de la que algunos ejemplos que podemos utilizar son: tormenta de ideas, foto-palabra, dibujo-palabra, rejilla, cuestionarios, frases incompletas, cuchicheo, Phillips 6/6. Otras técnicas denominadas expositivas son útiles fundamentalmente para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías o estudios. Abordan sobre todo los conocimientos, hechos y principios dentro del área cognitiva, aunque también, en parte, las habilidades cognitivas (Isaza A, 2005). En este grupo se incluyen distintos tipos de exposiciones teóricas: exposición, exposición más discusión, lección participada, síntesis teórica, lectura bibliográfica sola o con discusión, panel de expertos, mesa redonda, debate público, vídeo con discusión. En las técnicas de análisis, se utilizan sobre todo para analizar la realidad y sus causas, cuestionar valores, actitudes y sentimientos, etc. Abordan sobre todo las habilidades cognitivas (de análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.) y también el área emocional, contribuyendo a modificar actitudes, valores y sentimientos (Mukhopadhyay A, 2007). Por el contrario técnicas de desarrollo de habilidades son esencialmente útiles para entrenarse en habilidades concretas y para desarrollar la capacidad de actuar, de comportarse en situaciones reales. En el aprendizaje vicario tiene un papel importante en la adquisición de comportamientos ya que la persona, al observar la conducta de los demás y las consecuencias a sus respuestas ante las circunstancias, puede aprender respuestas nuevas o modificar las previas, adaptándolas a su persona y contexto. (Bandura A y Walter M, 2003).

3. ETAPAS EN EL DISEÑO Y/O GESTIÓN DE UN TALLER

Se proponen tres etapas en las que se basa nuestra práctica profesional:

3.1 Etapa Inicial, ¿Cómo empezar?

Esta es una etapa de vital importancia y está orientada a proporcionar un clima agradable que genere confianza entre las personas participantes. La acogida de las personas participantes no debe improvisarse y es necesario que se preparen unas palabras de recepción, presentación con nuevos formatos tecnológicos, explicación de los contenidos generales e incluso la presentación del propio docente. El lugar donde impartiremos la sesión debe haber sido organizado previamente, preparado y cuidado en los detalles, disposición de las sillas y mesas, los materiales, etc.

3.2 Etapa central. ¿Cómo construir los aprendizajes?

Es una de las etapas más creativas del taller, mediante un esquema sencillo facilitaremos la elección de las dinámicas más adecuadas siguiendo una secuencia lógica en el proceso de aprendizaje: primero deberá posibilitarse la adquisición de conocimientos, después profundizaremos en las actitudes y seguidamente se trabajarán las habilidades (Ausubel D, 1998). Aunque la dinámica de trabajo esté enfocada a la adquisición de información sobre el tema, estamos generando una actitud de interés hacia él y al mismo tiempo estamos desarrollando habilidades de comprensión y comunicación. Esta etapa se podría dividir en: adquisición de la información (“saber”),

cambios de actitudes (“querer”) y adquisición de habilidades (“poder”) (Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003). Los objetivos relacionados con la adquisición de información se basan en los conocimientos que debe adquirir el grupo y que se encuentran emmarcados dentro de la esfera cognitiva y controlados mediante procesos intelectuales que utilizarán distintas dinámicas para conseguir que el grupo adquiera información veraz, actual y fiable sobre el tema en cuestión y promover un proceso de asimilación personal de dicha información (Colomer C, 2004).

El cambio de actitudes está relacionado con los sentimientos, se refiere a la disposición afectiva de las personas para actuar de una manera determinada ante una situación (Mukhopadhyay A, 2007). Son los objetivos más complejos y difíciles de alcanzar y a los que debemos dedicar más tiempo en su desarrollo. Las diversas técnicas nos permitirán hacer un buen análisis con el grupo sobre todos los aspectos que se hayan identificado como influyentes en el tema e ir dando respuestas a cada uno de ellos (Diez E et al, 2005). El énfasis debe ponerse en el planteamiento de cuestiones, la resolución de problemas y la toma de decisiones. Por último la adquisición de habilidades entraña la parte final donde las habilidades son las destrezas que las personas han de adquirir para ejecutar una tarea adecuadamente y se relacionan con el «saber hacer» (Vargas L, 1995).

3.3 Etapa final. ¿Cómo evaluar?

Sólo si evaluamos podremos saber si el esfuerzo que nos ha supuesto diseñar y realizar las actividades de educación para la salud ha merecido la pena, y si los problemas que hemos sentido y padecido son o no superables. Elaborar una memoria nos podrá recordar lo que hemos hecho (Nutbeam D, 2000). Sin embargo la evaluación a través de distintas herramientas nos permitirá examinar de forma crítica y objetiva si el programa ha conseguido, y en qué grado, cumplir los objetivos propuestos. Todo programa de Educación para la Salud (EpS) debe estar sometido a una evaluación continua, desde el análisis previo de la situación, hasta los resultados del programa, pasando por la elección de prioridades, la definición de objetivos, la propuesta de objetivos y la elección de actividades, todo debiera ser sometido a evaluación. Este análisis de la evaluación continua nos permitirá realizar o sugerir las correcciones necesarias para mejorar, o en su caso, conseguir, el logro de las metas del programa. Distinguimos, clásicamente, tres niveles de evaluación: Evaluación del programa, evaluación del impacto en la población diana y evaluación del impacto en el entorno (Perea R, 1997).

En la etapa final hemos de disponer de un tiempo y espacio para, a través de alguna dinámica grupal, revisar y evaluar el aprendizaje. Es importante que las personas participantes reflexionen sobre lo aprendido en esta experiencia: sobre sí mismas, sobre las otras participantes, sobre la salud y el tema que hemos tratado; sobre qué significa este aprendizaje para la propia persona; cómo va a afectar a sus actitudes y conductas, y qué acciones va a transferir a su día a día como resultado de este aprendizaje (Hawe P et al, 1995). El taller o cada sesión del mismo es conveniente que finalice con un cierre. El comentar en voz alta un resumen de los principales temas tratados por parte de la persona conductora del taller junto a la tarea de agradecimiento de la participación motiva al compromiso del grupo con acciones en la vida real. Una propuesta de cierre

es invitar a todas las personas a situarse de pie y en círculo y a expresar con una palabra o frase como se sienten después de todo lo experimentado (Guayta R, 1998).

4. DISCUSIÓN

Los avances son cada vez mayores en cuanto se refiere a la incorporación de las teorías del aprendizaje y la pedagogía activa en relación a la práctica de la promoción y educación para la salud. En el sistema sanitario predominan las actuaciones grupales basadas solo en la transmisión de información casi de forma unidireccional (OMS, 1983) y no en el fomento de la motivación y habilidades (Turabián JL, 1998) situándose las o los profesionales como expertos y las personas participantes como receptoras pasivas (Hernández J, 2001). Desde nuestra experiencia en formación de profesionales sanitarios pensamos que existen varias razones que explicarían esta distancia entre «lo que se ha demostrado efectivo» y «lo que se hace en la práctica». En primera instancia, una falta en el conocimiento de los modelos teóricos y prácticos de la promoción de la salud y en competencias para el diseño e implementación de metodología participativa (Restrepo HE, 2000; Duro JC, 2003). En segundo lugar, una organización que prioriza enfoques individuales y asistenciales frente a enfoques grupales y de prevención o promoción. Y, finalmente, la falta de apoyo y valoración de la práctica de la promoción y la EPS en el ámbito administrativo (Duro JC, 2003; 24. Ante esta realidad cabe plantearse estrategias de formación de grado, posgrado y formación continuada centradas en la práctica, que motiven y capaciten a los futuros profesionales de la salud de una forma más completa e integral (Hernán M, 2003). También sería importante favorecer la evaluación cuantitativa y cualitativa de las experiencias grupales en promoción de salud, (Duro JC, 2003) demostrando la evidencia y eficiencia de este tipo de actuaciones y difundiendo modelos de buena práctica. Un tercer paso sería incluir este tipo de acciones en los contratos-programa e incentivar su puesta en marcha, otorgando idéntico valor al que se da a otro tipo de actuaciones sanitarias clínico-asistenciales. En la práctica se prioriza la tecnocracia y se están llevando a cabo políticas sanitarias obviando los enfoques poblacionales o de salud pública (Nutbeam D, 2000).

5. CONCLUSIÓN

La promoción de la salud no puede ser considerada como una serie de acciones encaminadas únicamente hacia la transmisión de información desde el profesional sanitario al individuo. Profundizar y utilizar nuevas “experiencias de aprendizaje” permite abordar la configuración del comportamiento humano desde la experimentación de diversas situaciones de aprendizaje. Si bien es cierto que un taller no puede responder a todos los determinantes sociales que condicionan la salud y en el que los factores contextuales y del entorno son también considerados muy influyentes sobre la salud de las personas. Sin embargo, el taller se constituye como una herramienta eficaz para sentar las bases para que las personas participantes se capaciten en el control de su propia salud y de todos aquellos factores que la determinan.

REFERENCIAS

Ausubel D, Novak L, Hanesian H. Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo. México: Trillas; 1998.

Bandura A, Walter M. Teoría cognoscitiva del aprendizaje social. En: Cloninger, Susan C, editores. Teorías de la personalidad. 3.a ed. México: Pearson Educación; 2003. p.345-78.

Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Salud Pública Educ Salud [revista en Internet] 2001. [consultado 24 Sep 2013]; 1(1). Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>

Colomer C, Hernández J, Colomer J, Paredes J, Talavera M. Guía de Formación de Formadores. Quaderns 25 de salut pública i administració de serveis de salut. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios de la Salud; 2004.

Díez E, Juárez O, Villamarín F. Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. Med Clin (Barc). 2005;125:193-7.

Duro JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. Rev Esp Salud Pública. 2003 [consultado 27 Jun 2013];77(5):615-627. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000500010&lng=es.

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. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [consultado 24 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.famp.es/racs/ObsSalud/CajaHerr/formacionSalud.pdf>

Guayta R. Educación Sanitaria. FMC – Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 1998; vol. 5, 7: 440-453.

Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluación en promoción de salud. Barcelona: Masson; 1993.

Hernández J, Colomer C. La participación comunitaria. En: Colomer C, Álvarez-Dardet C, editores. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2001. p. 89-98

Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública Serie Monografías EASP nº 51; 2013 [consultado 24 Sep 2013]. Disponible en: http://www.easp.es/es/system/files/easp_formacion_en_salutogenesis_activos_1.pdf

Instituto Madrileño de Salud. Guía de Promoción de la Salud para agentes de salud comunitaria. Madrid: Instituto Madrileño de Salud Área 1 de Atención Primaria; 2010

[consultado 24 Sep 2013]. Disponible en: <http://egavilan.files.wordpress.com/2010/05/guia-de-promocion-de-salud.pdf>

Isaza A. Clases magistrales versus actividades participativas en el pregrado de medicina: de la teoría a la evidencia. *Revista de Estudios Sociales*. 2005 [consultado 10 Mar 2013];20:83-92. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2348964>

Moreira MA. Aprendizaje significativo crítico. *Indivisa. Bol. Estud. Invest.* 2005. [consultado 24 Sep 2013]; 6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=7710060612>

Mukhopadhyay A, Shehjar K. *Promotion & Education*. 2007;14:76

Nutbeam D. Eficacia de la promoción de la salud, las preguntas que debemos responder. En: Comisión Europea e IUPHE, editor. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud (parte II)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.

OMS. Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria. Informe técnico de un comité de expertos. Ginebra: OMS; 1983. *Serie de Informes Técnicos 690*.

Perea R. Fundamentos y justificación de la Educación para la Salud. Curso de Educación para la Salud. Ed. UNED - *Fundación Universidad-Empresa*. Madrid;1997.

Restrepo HE. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para Promover la Salud. En: Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Ciudad de México: OMS; 2000 [consultado 24 Sep 2013]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hprmexico_report_sp.pdf

Rodríguez Beltrán M. Empoderamiento y Promoción de la Salud. Red de Salud 14 Junio 2009 [consultado 24 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/SaludPublica/Promoci%C3%B3nSalud/RedAragProyectosPromo-Salud/EMPODERAMIENTO PS MRODRIGUEZ.pdf>

Serrano MI. La Educación para la Salud en el Siglo XXI. Ed. Díaz de Santos. Madrid.;1998.

Terán M, Pachano L. El trabajo cooperativo en la búsqueda de aprendizajes significativos en clase de matemáticas de la educación básica. *Educere*. 2009 [consultado 10 Mar 2013];13 (44):159-167. Disponible en: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102009000100019&lng=es&nrm=iso

Turabián JL, Pérez-Franco B. Utilidad y límites de la educación sanitaria. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 1998; vol. 5, 7: 419-421.

Trilla M, Planas M, Espluga A. (1994). Educación sanitaria. En: Martín A, Cano J.

Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. *Ed. DOYMA, S.A. Barcelona.*

Vargas L, Bustillos G, Margan M. Técnicas participativas para la educación popular. *2.a ed. Madrid: Popular; 1995.*