



La educación para la salud es una actividad polivalente, compleja y dinámica, socialmente construida, pilar de la promoción de la salud. Para ejercerla se requiere comprender el fenómeno salud/enfermedad y el fenómeno educativo, esto implica que el educador/equipo de salud debe tener una formación específica y una actitud de compromiso.

En este libro se aborda de manera exhaustiva el desarrollo de esta disciplina, las dos épocas por las que ha pasado: una en que se consideraba que la educación para la salud consistía meramente en transmitir información al educando para modificar su comportamiento, y otra en la que se han generado distintas corrientes teóricas centradas en la participación activa del individuo en su propio proceso educativo, tomando en cuenta sus saberes y necesidades particulares, hasta hacer posible la organización de la población para que, con un sentido crítico, logre por sí misma buscar y transformar las condiciones que afectan su salud y su vida.

## Educación para la salud: los modelos de intervención y su fundamentación teórica

Educación para la salud: los modelos de intervención y su fundamentación teórica

## Educación para la salud: los modelos de intervención y su fundamentación teórica

**Isabel de la Asunción Valadez Figueroa**  
**Vania Vargas Valadez**  
**Josefina Fausto Guerra**  
**Rosalba Montes Barajas**

STAUdeG | LETRAS ACADÉMICAS



STAUdeG | LETRAS ACADÉMICAS



**Educación para la salud:**  
los modelos de intervención  
y su fundamentación teórica

ISBN 978-95-201-1111-2



# Educación para la salud: los modelos de intervención y su fundamentación teórica

Isabel de la Asunción Valadez Figueroa  
Vanía Vargas Valadez  
Josefina Fausto Guerra  
Rosaiba Montes Barajas





Martín Vargas Magaña  
Secretario General

Pedro Verónica Rosales  
Secretario de Organización

Jorge Alberto Vargas Moreno  
Secretario de Actas y Acuerdos

Ricardo Flores Martínez  
Secretario de Finanzas

Francisco Javier Torres Aguayo  
Secretario de Trabajo y Conflictos

Erika Natalia Juárez Miranda  
Secretaria de Asuntos Académicos  
y Culturales

Octavio Raziel Ramírez Osorio  
Secretario de Prestaciones

Martín Villalobos Magaña  
Secretario de Relaciones

Andrés Rodríguez García  
Secretario de Deporte  
y Promoción de la Salud

Luis Florián Cruz  
Secretario de Análisis  
Económicos, Políticos y Sociales

Educación para la salud: los modelos de intervención y su fundamentación teórica/Isabel de la Asunción Valadez Figueroa... [et al.]; Martín Vargas Magaña, presentación.  
- 1a. ed. - Guadalajara, Jalisco : Sindicato de Trabajadores Académicos de la Universidad de Guadalajara, 2015.

260 p. : il. ; 21.9 cm x 25 cm. - (Letras Académicas)

Bibliografía: p. 242-259

ISBN 978 607 9427 21 4

1. Educación sanitaria 2. Promoción de la salud, Proyectos de intervención. 2. Investigación Jurídica-México I. Valadez Figueroa, Isabel de la, autor Vargas Magaña, Martín, presentación V. Serie

613 .E24 CDD

RA448 .E24 LC

Primera edición, 2015

Textos

© 2015, Isabel de la Asunción Valadez Figueroa, Vania Vargas Valadez, Josefina Fausto Guerra y Rosalba Montes Barajas

D.R. © 2015, Sindicato de Trabajadores Académicos de la Universidad de Guadalajara  
Av. José Parres Arias 555, Conjunto Belenes  
45157 Zapopan, Jalisco

[www.staudg.mx](http://www.staudg.mx)

ISBN 978 607 9427 21 4

Se prohíbe la reproducción, el registro o la transmisión parcial o total de esta obra por cualquier sistema de recuperación de información, existente o por existir, sin el permiso previo por escrito del titular de los derechos correspondientes.

Hecho e impreso en México  
*Printed and made in Mexico*

## Índice

6	Presentación
8	Prólogo
	<b>CAPÍTULO 1</b>
12	Contexto histórico del concepto de educación para la salud
	<b>CAPÍTULO 2</b>
32	La educación para la salud como disciplina
	<b>CAPÍTULO 3</b>
62	Modelos de intervención educativa en educación para la salud
	<b>CAPÍTULO 4</b>
122	Corrientes que instrumentan la educación para la salud: crítica, participativa y emancipatoria
	<b>CAPÍTULO 5</b>
176	Intervenciones participativas en educación para la salud: educación popular y la investigación acción, investigación participativa, investigación acción participativa
234	Consideraciones finales
240	Referencias bibliográficas

## Presentación

MARTÍN VARGAS MAGAÑA

Los títulos que forman esta colección son los trabajos ganadores del segundo concurso **Publica Tu Libro**, al que invitamos a participar a la comunidad universitaria. La valoración y selección de las obras estuvo a cargo de un grupo de académicos destacados, provenientes de las distintas áreas de conocimiento, a quienes agradecemos su labor como jurados.

En la comunidad académica universitaria existe talento, arte y oficio para generar materiales de apoyo a la docencia y de divulgación del conocimiento, con contenidos originales y valiosos. Por ello, a través de este concurso, nos dimos a la tarea de convocar a docentes e investigadores para dar origen a la colección *Letras académicas*.

*Publica Tu Libro* y *Letras académicas* pretenden cumplir con tres propósitos fundamentales: primero, brindar un apoyo decisivo a nuestros compañeros profesores e investigadores para que publiquen los resultados de su trabajo académico. Segundo, crear un fondo editorial para los trabajadores académicos afiliados al STAUdeG, como punto de partida para sistematizar, divulgar y preservar su producción intelectual. Y por último, poner al alcance de toda la comunidad estudiantil y académica de nuestra universidad, esta serie de obras realizadas por sus profesores

o colegas que día con día acuden a las aulas y laboratorios a refrendar su vocación docente y así contribuir a formar a las nuevas generaciones.

Estos propósitos surgen de los estatutos de nuestro sindicato, que establecen entre sus objetivos primordiales: “promover programas y acciones que contribuyan a la superación profesional y académica de todos nuestros afiliados, y participar de manera propositiva en la realización de los objetivos de la educación superior y en las políticas académicas que se desarrollen en la institución”.

Pero más allá de lo establecido, lo imperativo para nuestra organización y para quienes tenemos el honor de estar al frente de ella, es el llamado a recuperar una parte fundamental de la tradición universitaria: el hábito de la reflexión profunda e inteligente sobre los asuntos y temas que afectan e interesan a nuestro país, nuestro estado y nuestra universidad, para compartir los frutos que ella arroje por mediación de nuestros colegas y legarlos a los estudiantes.

Quienes formamos parte de la mesa directiva del STAUdeG queremos hacer un sincero reconocimiento a todos los afiliados que atendieron puntualmente a la convocatoria que dio inicio a esta empresa.

## Prólogo

Hoy se reconoce a la *educación para la salud* como un campo bastante más complejo de lo que se creía, es considerada como un marco científico, conceptual y disciplinar integrador, como un objeto de estudio y de investigación y un pilar fundamental en la promoción de la salud. Pese a ello, la educación para la salud a menudo se representa como una actividad sencilla, y con ello pareciera dar por asentado que cualquier profesional o no profesional de la salud podría realizarla. Por eso es necesario destacarla como una actividad polivalente, compleja y dinámica, socialmente construida, poseedora de un marco teórico que se ha ido construyendo con la contribución de conocimientos que han aportado distintas disciplinas. Su práctica educativa va más allá de la simple transmisión de conocimientos, la cual requiere, para su ejercicio, de la comprensión del fenómeno salud/enfermedad y del fenómeno educativo; en suma, de una formación específica en este campo, y el desarrollo de una actitud que implica el compromiso de ejercerla.

Ahora bien, la poca reflexión crítica sobre la educación para la salud en cuanto a su concepto, sus modelos y métodos, ha hecho que se privilegien las acepciones más ligadas a la enfermedad que a la salud, utilizando modelos informativos, responsabilizadores, atemorizadores, de autocuidado y culpabilización, en los que se emplean métodos muy directivos; en contraposición con modelos facultadores, de participación comunitaria, de autogestión y empoderamiento.

El núcleo de este documento da cuenta de una educación para la salud como intervención socioeducativa diferenciada y especializada, aporta una serie de elementos teóricos y metodológicos orientados hacia un objetivo particular: una mejor formación de los profesionales de la salud, particularmente de aquellos en cuya responsabilidad institucional recae, por un lado, la formación de recursos humanos en salud y, por otro, el desarrollo de los programas y acciones en esta materia. A fin de que con

ello se estructure un marco referencial que posibilite una práctica especializada al respecto.

En primer lugar, se presenta el contexto histórico de la educación para la salud, se expone su origen, su relación con la promoción de la salud, diferenciando sus campos de acción, y se muestran las formas que adopta en las intervenciones de promoción de la salud, desde sus tres perspectivas paradigmáticas.

En segundo lugar, se caracteriza a la educación para la salud como una disciplina, se definen su objeto de acción y su objeto de estudio. También se describen los diversos campos de conocimiento que la nutren y estructuran, y que le aportan elementos en tres direcciones: 1) para una mejor comprensión de los comportamientos respecto a la salud/enfermedad, 2) para la determinación de la pertinencia de los procesos metodológicos a utilizar en las acciones educativas, 3) para la selección de los diseños metodológicos con los que se afronta la comprensión de su objeto estudio.

En tercer lugar, se especifican los modelos de intervención educativa más representativos que se han puesto en práctica a lo largo de su historia, con la intención de abundar sobre los aspectos teóricos y metodológicos que sustentan su aplicación, realizando una descripción de sus elementos conceptuales a fin de que reflejen su amplitud, alcance y complejidad operativa. Modelos que van desde un enfoque prescriptivo informativo, de modificación de estilos de vida, hasta una visión más amplia, más participativa, crítica y emancipadora, en lo que al cuidado y preservación de la salud se refiere, enfatizando la influencia de los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica con respecto a las condiciones de salud en que viven los individuos y grupos sociales. Además se explica cada una de las teorías que nutren estos modelos.

Enseguida se muestran las corrientes que instrumentan la educación para la salud: crítica, participativa y emancipadora, situándonos en el paradigma emancipador de la promoción de la salud, como una de sus funciones básicas establecidas en la Carta de Ottawa. Particularmente la educación de los adultos y la participación comunitaria, examinando brevemente, de esta última, cuál ha sido el origen y la evolución histórica del concepto, su significado y la práctica comunitaria, desde el inicio del siglo pasado hasta la actualidad, así como su dimensión ideológica y metodológica.

Para, finalmente, detallar las características básicas de las intervenciones educativas desde la visión crítica participativa y emancipadora; sus fundamentos, y sus modelos más representativos: la educación popular y la investigación-acción participativa, con sus características metodológicas. Identificando, de la investigación-acción participativa, las diferencias entre los orígenes y características de sus diferentes acepciones: investigación-acción e investigación participativa, señalando los elementos compartidos y detallando las coincidencias significativas con la educación popular, así como las funciones de los procesos participativos y sus niveles cognoscitivos, de comprensión, de aplicación, de análisis, de acción y en el terreno afectivo.

Por último, se expone el sentido de la vinculación de los procesos participativos y la educación para la salud.

Esperamos que este texto ayude a los profesionales de la salud y la educación de todos los sectores y a los ciudadanos interesados, con la confianza de que les será de utilidad y les facilitará la realización de actividades en el ámbito de la educación para la salud.



# Contexto histórico del concepto de educación para la salud

La educación para la salud es un término que abarca una amplia variación de significados, por lo que a lo largo de la historia ha sido susceptible de muchas interpretaciones. Cabe señalar que los conceptos son producto de la creación y la convención humanas, hacen posible al hombre descubrir y comunicar su percepción acerca del mundo que lo rodea, y al mismo tiempo son instrumentos que le posibilitan dicha percepción del mundo. Su función como construcciones lógicas es guiar la observación, o bien, organizar la percepción para captar la realidad. Por tanto, cuando el concepto adquiere distintos sentidos y significados, no sólo dificulta la comunicación, sino que induce al error.

Para podernos explicar por qué a lo largo de la historia la educación para la salud ha sido susceptible de múltiples interpretaciones y algunos autores han señalado su carencia de base conceptual, así como la confusión en sus modelos (Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004), tendríamos que abordar su definición situando a los dos términos que la integran, *educación* y *salud*, dentro de un marco conceptual que nos permita vislumbrar la interrelación que se da entre ellos. Pero esta integración no implica la suma aritmética de los dos conceptos, puesto que cada uno de ellos por sí solo nos habla de instituciones ligadas íntimamente a la estructura política y social de un país, sin que ninguna de ellas prevalezca sobre la otra, una y otra son fuertes instituciones productoras de símbolos sociales que asientan sus pilares en una categoría binaria en equivalencia: saber/ignorancia y salud/enfermedad, y en la compartida falacia de la referida responsabilidad de índole individual. Ambas tienen en común el logro de la meta pretendida políticamente: "el bien de la colectividad".

Al revisar la historia de la educación y la historia de la salud, encontramos en ambas un origen paralelo al de la humanidad misma. Una y otra se desarrollaron durante mucho tiempo como dos disciplinas aisladas, negando su íntima relación para la explicación y comprensión de ciertos fenómenos propios de cada disciplina, y ambas sobre un modelo histórico-social.

Ahora bien, la educación es una realidad social permanente, un fenómeno característico de la vida del hombre, lo cual hace al hecho educativo una función vital de la sociedad, que ha acompañado a la humanidad en el transcurso de su historia. De igual manera la salud/enfermedad constituye un proceso vital humano que se manifiesta individualmente en la manera de crecer, desarrollarse o morir de los diferentes grupos sociales. Proceso que se encuentra determinado social y

Es por la unión tan estrecha a la historia del hombre y a los procesos sociales que la determinan, que no puede ser definida universal y estáticamente.

Su conceptualización debe ser realizada sobre la base de un contexto histórico-social determinado.

económicamente, condicionado a su vez por los procesos de trabajo y consumo, lo que se traduce en las diferentes formas de inserción y participación del individuo en el funcionamiento general de la sociedad, en la apropiación del espacio, del tiempo, de los bienes y servicios que ella produce. Por eso consideramos que el concepto de salud va más allá de lo puramente biológico, se liga al concepto de vida, a sus condiciones y su calidad, y se relaciona directamente con la forma social de construir y organizar la vida, y con los mecanismos de atención y autoatención.

Consideramos que la educación para la salud alude al proceso social educativo, pero también a la conceptualización acerca de la salud y la enfermedad. Conceptualizaciones que han variado a lo largo de la historia, debido a los requerimientos del desarrollo histórico de la sociedad, donde la educación y la salud han adoptado distintas formas y han aplicado prácticas diferentes, obedeciendo cada una de ellas a planteamientos epistemológicos que las conforman, en los que subyacen determinadas concepciones acerca de la *educación, el aprendizaje, el hombre y la salud.*

De allí que al revisar el concepto de la educación para la salud encontramos, desde principios del siglo hasta la actualidad, que su noción y su contenido han evolucionado en paralelo con los cambios sociopolíticos, con la nosología y los factores de riesgo, lo que ha determinado a su vez sus diversas definiciones, las que aluden a varias perspectivas y posturas teóricas, incluso antagónicas en la forma de llevarla a la práctica.

Situación que nos remite a considerar que, al igual que otros conceptos, en el caso de la educación para la salud deben considerarse sus límites de espacio y tiempo.

## Articulación de la educación y la salud

Durante el siglo XVIII la medicina comenzó a transformar su concepción acerca de la causalidad de las enfermedades, sobrepasando las barreras de los espíritus malignos (paradigma mítico mágico de las culturas primitivas); de la determinación de los componentes de la naturaleza recogidos en el libro de Hipócrates: "aires, aguas y lugares" (paradigma naturalista), y de los miasmas (tránsito hacia la búsqueda de la causalidad en componentes o resultados de procesos naturales aún no observables). El descubrimiento de los microorganismos y el de las primeras leyes de la genética fueron acontecimientos que orientaron el camino de la causalidad. No obstante, el desarrollo de las ciencias de aquella época no permitía la integración de estos conocimientos a los que provenían de la actividad económica, social y psicológica, para entender su papel en el condicionamiento de la salud y la enfermedad (paradigma biologicista de la medicina). A finales del siglo XVIII se aceptaron los factores externos vinculados a las actividades cotidianas del hombre, tales como las características del trabajo y el modo de vida (Ramazzini, 1700), la calidad del agua de consumo (Snow, 1836), las características de la vivienda en los barrios pobres (Ferriar, 1792), la fábrica como productora de enfermedad (Percival, 1784), las condiciones de vida miserables (Informe Chadwick al Parlamento inglés, 1842), el hambre y la mala higiene (Virchow, 1848) y las desigualdades económicas, jurídicas y sociales de los trabajadores denunciadas en Francia e Inglaterra (Engels, 1845), lo que actualmente se conoce como "determinantes sociales de la salud". Este avance en el conocimiento fue decisivo para el surgimiento de un nuevo paradigma en las ciencias médicas (paradigma médico-social), que a lo largo de su desarrollo fue facilitando el surgimiento de la epidemiología alrededor del estudio de la historia natural de la enfermedad, lo que en breve tiempo originó a su vez el nacimiento de la higiene, la medicina social y la salud pública, disciplinas que fueron aportando nuevos conocimientos sobre la

determinación social de la salud (Valadez y Ramos, 1990; Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004).

Esta nueva concepción de la salud/enfermedad abrió las puertas a la incorporación de las ciencias sociales a la medicina. Y con ello, al abordaje sociológico de la enfermedad, que junto con la epidemiología facilitó el establecimiento de las relaciones existentes entre las condiciones de vida, determinadas conductas y factores de riesgo.

## Origen de la educación para la salud

La educación para la salud ha estado ligada a la existencia del hombre, a sus relaciones con la colectividad y a las necesidades de esta, sin embargo, como práctica sanitaria podemos decir que es joven todavía. En sus inicios, fue realizada de una manera espontánea y sistemática mediante costumbres, o a través de libros religiosos o códigos morales; la educación en ese entonces consistía en una serie de normas desorganizadas, contradictorias e inconexas que se difundían entre la gente sin que existiera un principio ordenador. No existía en este periodo la relación entre la educación para la salud y la estructura social. Posteriormente se fue formalizando en forma paralela a la evolución de la educación en general y a la implementación de programas institucionales de salud (Valadez y Ramos, 1990).

Por su parte, la salud pública ha tenido siempre, desde sus orígenes en el siglo XIX, una importante tradición educativa, que se hizo más rica durante el periodo higienista, alrededor de 1920. Los métodos educativos estaban destinados a la profilaxis individual, la mejora de la nutrición infantil y la introducción de la higiene personal (Shepard, 1982). Muchas de las iniciativas higienistas, como de la higiene corporal, sufrieron un rápido proceso de aculturación, incorporándose a la vida cotidiana de millones de personas.<sup>1</sup> Desde un punto de vista sanitario los éxitos de la higiene fueron notables al ir impactando sobre todo en la mortalidad infantil.

<sup>1</sup> Por ejemplo, la primera ducha de uso doméstico se patentó en Estados Unidos durante 1920 y treinta años después era de uso muy común en todos los países desarrollados.

Fue a principios del siglo XX cuando Winslow, en su definición de salud pública, incluyó la *educación sanitaria o educación para la salud*,<sup>2</sup> términos que suelen usarse aún hoy en la actualidad como sinónimos, pero que sin embargo difieren de acuerdo al contexto histórico, a saber:

- *Educación sanitaria*: Sus contenidos estaban inmersos en una concepción preventiva en la que la presencia de la *patología* centraba la atención, la educación sanitaria definía y “entregaba” sus mensajes a la gente para que cambiara su conducta, la metodología usada era la “charla” desde un experto hacia los que no sabían.
- *Educación para la salud*: Se posesiona desde la salud y no desde la enfermedad. Actualmente, inmersa en cambios de nuevos paradigmas, reformula su accionar como herramienta para la promoción de la salud y la participación social. Promueve la participación activa de la comunidad en la reflexión crítica sobre su realidad contextual, estimula el desarrollo de métodos de educación alternativos a la plática tradicional, métodos que privilegian la reflexión-acción a través del trabajo en grupo, la problematización, la búsqueda colectiva de acciones posibles para el logro de mejores condiciones de vida, y alienta la solidaridad y la esperanza.

Aunado a lo anterior, es también común que se utilicen indistintamente los términos “educación *para* la salud” y “educación *en* salud”. Villaseñor (2004) establece un señalamiento al emplear el término *en* o el de *para* al referirnos a la educación para la salud, y afirma que es una cuestión de diferencia no solo semántica sino de fondo, si nos referimos a “educar *en* salud” se abre la posibilidad de entender el concepto como la transmisión del conocimiento existente sobre la salud, visto como tema, o como un estado que se tiene o no se tiene, lo que connota una perspectiva muy

<sup>2</sup> El paso del concepto negativo de la salud a una visión positiva condujo a un movimiento ideológico, según el cual las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente se produjo un cambio terminológico de la tradicional denominación “educación sanitaria” (basada en riesgos) a la actual “educación para la salud” (basada en el fomento a la salud).

lineal y estática. Por el contrario, si hablamos de “educación *para* la salud”, pensamos en una acción educativa con intencionalidad, es decir, con una meta: la salud. Este *para* es más afín con la idea de que la salud no es algo que se posee o no se posee, sino que es un proceso dinámico y dialéctico en permanente construcción.

## Educación para la salud y promoción de la salud

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (1978), se planteó un concepto amplio de salud/enfermedad, señalándose que la desigualdad en los niveles de salud entre los países, es inaceptable política, social y económicamente y que un nuevo orden económico internacional es base para un cambio de esta situación (OMS, 1978). Se reconoció que para que la salud sea accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo en salud. Para lograrlo la comunidad ha de participar en forma plena en la planificación, organización y administración de la salud.

Posteriormente, en las ediciones 32ª y 33ª de la Asamblea Mundial de la Salud (1979 y 1980), se reconoció a la educación para la salud como esencial en el esfuerzo coordinador para estimular el interés en la participación de la comunidad (OMS, 1979). Para 1981, en el Simposio Interamericano de educación para la salud en Puerto Rico, se reafirmó la función decisiva de la información y de la educación para la salud en la consecución de la meta de “Salud Universal”, así como para crear una mayor conciencia entre los gobiernos de las Américas de que no se puede prestar atención primaria en salud sin una educación apropiada al respecto. El séptimo programa general de trabajo, aprobado en la 35ª Asamblea Mundial en 1982, se refiere en forma constante a las actividades educativas como el medio por excelencia para fomentar la participación de personas de todas las clases sociales (OPS, 1984).

Estas son las características de la promoción de la salud como concepto positivo:

- Se posiciona desde la salud y no desde la enfermedad.
- Enfatiza la búsqueda de las causas de las causas.
- Utiliza un enfoque ecológico.
- Se inscribe desde el derecho a la salud.
- Promueve cambios sociales y culturales.
- Procura la equidad social.

A partir de estos planteamientos, la educación para la salud adquiere una connotación particular, introduciéndose como elemento de apoyo indispensable en la pretendida meta de “Salud Universal”, para lograr la participación de los individuos: “Una educación para la participación y una participación a través de la educación”.

A partir de la Conferencia en Promoción de la Salud en 1986 (OMS, 1986), la promoción de la salud se institucionaliza con los siguientes planteamientos:

- *Se basa en la población:* Considera la salud de toda la población, es decir, de todas las personas que comparten el lugar, como un municipio o una región, o la experiencia de ser jóvenes o pobres, o está expuesta a un determinado riesgo.
- *Es participativa:* Implica la colaboración de todos los interesados directos de la comunidad, en la selección, la planificación, la ejecución, la evaluación y el mantenimiento de las intervenciones, las políticas y las condiciones que fomentan la salud.
- *Es intersectorial:* Hace participar a todos los sectores o partes de la comunidad, individuos, empresas, instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, en la realización de cambios que fomenten la salud en sus programas, políticas y prácticas.
- *Es sensible al contexto:* Tiene en cuenta todos los aspectos pertinentes del lugar y el tiempo, incluyendo la historia, la información demográfica, la experiencia anterior, la geografía, la cultura, la política, la economía, la estructura social y otros factores importantes.
- *Opera en múltiples niveles:* Opera en muchos niveles diferentes: el individuo y las relaciones, la organización, la comunidad y el sistema más amplio, para alcanzar las metas de salud de la población.

De hecho, la promoción de la salud tiene como componentes fundamentales la participación y la intersectorialidad, la comunicación y la educación.

En el contexto de la promoción de la salud, la salud no es considerada 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. De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimentarios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud, que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

La promoción de la salud puede ser interpretada como un nuevo camino, una estrategia, una filosofía o simplemente una forma diferente de pensar y actuar para alcanzar la salud de los pueblos. Para algunos (Restrepo, 1996; Briseño León, 2001) es un nuevo enfoque cualitativamente superior al tradicional de la salud pública, es incluso un nuevo paradigma. Para la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es indistintamente una "estrategia" (OPS, 2001) o una función esencial de la salud pública (OPS/OMS, 2000).

### La educación para la salud y la promoción de la salud, denominaciones distintas

Es frecuente encontrar la tendencia de utilizar la denominación "promoción de salud" de forma indistinta al referirse a la educación para la salud, de hecho en la actualidad hay corrientes que defienden el espacio propio de la educación para la salud y no permiten que esta se quede dentro del paquete de la promoción de salud. Este pronunciamiento está justificado, entre otras razones, porque hay países que tienen una amplia tradición en la formación de pregrado y técnicos en educación para la salud, con su corres-

pondiente mercado de trabajo. Por eso al revisar los programas de formación de recursos humanos algunos tienen los dos nombres, otros aunque asuman una sola denominación, ya sea la una o la otra, tienen contenidos similares, o bien en algunos casos estos contenidos son diferenciados.

Kickbusch (1996) aclara la idea de que la promoción de la salud surgió de la educación para la salud, y ubica en forma importante dos circunstancias en su evolución: en primer lugar, los educadores sanitarios comenzaron a comprender la necesidad de aplicar enfoques positivos a la promoción de la salud, para así incrementar la salud y crear potenciales nuevos, en lugar de centrarse solo en la prevención de las enfermedades. En segundo lugar, el entendido de que la salud depende de una multiplicidad de factores: sociales, ambientales, económicos, políticos, en los ámbitos individual, grupal y estructural; situación que alude a que la salud no es el resultado solo de las actividades educativas, sino también de las influencias de las acciones derivadas de diversas instancias de salud, sobre las condiciones de vida, ambientales o de servicios prestados a la población.

Eso hizo evidente que la educación para la salud únicamente podría desarrollar todas sus capacidades apoyándose en medidas estructurales, tanto legales, de políticas públicas, medioambientales, normativas, económicas y de gestión de los servicios de atención primaria,<sup>3</sup> así como de formación de recursos humanos especializados.

En consecuencia las condiciones de salud/enfermedad de una sociedad y los cambios epidemiológicos de morbi-mortalidad y estilos de vida, no pueden ser resueltos sólo con educación para la salud, para ello se requiere además del acceso y la apropiación del conocimiento, contar con otros bienes sociales, tales como el trabajo, el salario, la alimentación, la vivienda la educación en general, la seguridad pública, la equidad y la justicia social, entre otros.

<sup>3</sup> La educación para la salud es aún hoy una de las parcelas en las que menos recursos se invierten a todos los niveles del sistema, desde la distribución del tiempo de los profesionales hasta la asignación presupuestaria en la administración. En el plano del discurso en nuestro país, el primer nivel de atención a la salud se considera como un área fundamental, y la educación para la salud, como prioridad, pero en el plano de la práctica la contradicción de este discurso es evidente.

Reconocida como derecho humano básico, la educación es un elemento clave para generar los cambios políticos, económicos y sociales, que tornan el acceso a la salud posible para todos (OMS/UIES, 1991).

Así pues, la promoción de la salud se situaba más actualizada, con más conocimiento, incorporando cosas nuevas, y se extendía a diferentes ámbitos, como son: la educación, la investigación, los servicios de salud, las agendas decisorias de los gobiernos y otros sectores sociales. Sin embargo, a pesar de este progreso, muchos profesionales y ejecutores desconocen y tienen limitaciones tanto en su alcance como

en los principios, las metodologías y las herramientas inherentes a esta materia (Sanabria, 2007).

### Relaciones entre promoción de la salud y educación para la salud

Durante algún tiempo las relaciones entre la promoción de la salud y la educación para la salud fueron competitivas, la educación para la salud se sintió amenazada y la promoción de la salud empezó a olvidar sus cimientos más sólidos. Al cabo de un tiempo, a partir del “Documento de discusión sobre el concepto y los principios de la promoción de la salud” redactado en la Oficina Regional para Europa de la OMS en 1984, la promoción de la salud empezó a adquirir importancia cada vez mayor.

La educación para la salud por su parte, a pesar de su amplio historial —que permitió en 1950 la fundación de la Unión Internacional de Educación para la Salud (UIES), hoy Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES),<sup>4</sup> una de las más antiguas asociaciones en este campo—, ha pasado en algunos lugares y momentos por el desconocimiento de sus principios y metodologías y en ocasiones hasta de la monotonía en sus acciones, debido al comportamiento restrictivo por parte de los proveedores de servicios de salud y de algunos educadores/equipo de salud, quienes a pesar de su buena voluntad, pero con una praxis carente de fundamentos teóricos-metodológicos sólidos, redujeron

<sup>4</sup> Organismo no gubernamental definido como el Primer Parlamento Mundial de Educadores Sanitarios (Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud, 2006). La UIPES desde 1952 ha puesto a disposición de la comunidad de profesionales y ejecutores de acciones de promoción y educación para la salud una larga historia de publicaciones y congresos internacionales.

en parte a la educación para la salud al simple acto de informar sobre la salud y la enfermedad. Por añadidura no se alcanzaba a visualizar que la solución para un problema o unos problemas requiere de acciones sistemáticamente articuladas, de manera que cuando no se logran alcanzar los objetivos planteados, se adjudica el fracaso a las acciones de educación para la salud y no a la falta de visión ante la complejidad del problema, y a las soluciones propuestas (Green, 1999).

La perspectiva de la definición de la educación para la salud, dada en el glosario de términos de la OMS, muestra que se basa en el concepto de salud positivo, integral, dinámico, que incorpora los elementos culturales que cada sociedad otorga en lo que se refiere a su bienestar individual y colectivo. En ella se visualiza la necesidad de capacitar a la población y dotarla de herramientas para el control de su salud y de sus determinantes, lo que por consecuencia hace que la educación para la salud represente una parte fundamental de un proceso más amplio como es la promoción de la salud.

Un problema sobre el que se suscitaron numerosas discusiones a partir de 1986 y que quizá no esté totalmente resuelto en algunos contextos, es la controversia entre el espacio de la promoción de salud y el de la educación para la salud. Los debates alcanzaron el ámbito de la XIV Conferencia Mundial de Educación para la Salud celebrada en Helsinki, Finlandia, en junio de 1991, la que se pronunció mediante un texto denominado “Como afrontar los desafíos de la salud mundial: Documento de referencia sobre la educación para la salud” y que pretendía, en cierta medida, contribuir a poner fin a los debates entre partidarios y evitar la hegemonía de la “recién aparecida” promoción de salud, sobre la más estructurada educación para la salud. Sanabria (2007) refiere que luego de un profundo análisis la Declaración de Finlandia (OMS/UIES, 1991) concluye que:

En último término, la Educación para la Salud favorece la salud de las personas capacitando a los individuos y grupos para conseguir los objetivos fijados con respecto a su salud, mejora y mantiene la calidad de vida, impide la producción de muertes, enfermedades y minusvalía evitable, y mejora la interacción humana [...] las personas que aspiran a alcanzar dichos objetivos deberían hacerlo en el marco de tres estrategias principales: promoción de ideas, capacitación y apoyo [...].

De manera que hay consenso en que tanto la una como la otra son útiles y necesarias y que cualquier lucha por la búsqueda de un equilibrio de poder debe estar inspirada en las necesidades de salud de la población y en el contexto en que esa búsqueda se propicie. De hecho, la promoción de la salud requiere de programas educativos que le den viabilidad a las áreas estratégicas formuladas en Ottawa (1986).

### Las formas de la educación para la salud en las intervenciones de promoción de la salud: perspectivas paradigmáticas

Para poder determinar las formas que la educación para la salud ha adoptado en las intervenciones educativas de promoción de la salud, se hace necesario abordar los paradigmas que han surgido sobre la promoción de la salud y establecer los enfoques educativos que se han aplicado en los ámbitos nacional e internacional, y de esta manera visualizar y analizar las posibles estrategias que pueden ser implementadas.

En la década de los setenta pasada, en los países desarrollados surgieron nuevas propuestas sobre el pensar y el hacer con respecto a la salud, como reflejo de distintos factores, entre los cuales cabe destacar la constatación de los límites del modelo biomédico hegemónico, las presiones para la realización de recortes en los costos del sistema de atención de la salud y un clima social y político de valorización de temas como la autoayuda y el control individual sobre la salud. Entre estas propuestas se destaca el proyecto Promoción de la Salud, el cual fue definido inicialmente como “el arte y la ciencia de ayudar a las personas a cambiar el hábito de vida apuntando a un estado óptimo de salud”. Encontrándose como sustento de esta definición la consideración de que los individuos poseen autonomía para tomar decisiones y actitudes que los lleven a practicar hábitos saludables, y que los cambios de actitudes pueden tener efectos significativos para la salud (Minkleir, 1989). Esta perspectiva fue institucionalizada mediante la divulgación del Informe Lalonde en 1974, basándose en el concepto de campo de salud. Este informe propone un mapa del territorio de la salud interrelacionando cuatro grupos explicativos del fenómeno

salud/enfermedad: *a*) ambiente (natural y social), *b*) estilo de vida (comportamiento individual que afecta a la salud), *c*) biología humana (genética y función humana) y *d*) organización de los servicios de salud (Lalonde, 1974).

Este nuevo paradigma de salud considera a la salud como resultante de una compleja red de interacciones, en la que se entrecruzan factores personales, económicos, sociales y medioambientales, los cuales resultan imposibles de abordar sin el concurso de todos. Por tanto, dada la complejidad y multifactorialidad del proceso salud/enfermedad, es necesaria la implicación de la comunidad para avanzar de forma conjunta en la mejora de la salud y en la prevención de la enfermedad. Sin embargo, a pesar de este abordaje ampliado sobre la salud, las estrategias de acción delineadas en el documento de discusión enfatizan más la importancia de los elementos vinculados al grupo “estilos de vida” y tan solo de un modo secundario abordan las causas vinculadas a los demás grupos explicativos. Así mismo, en este contexto, el informe afirma la necesidad de una nueva agenda de intervención que logre interferir en los hábitos de vida, lo que se justificaría por el hecho de que, frente a eventuales deficiencias del sistema de salud, “las personas deben aceptar la responsabilidad individual sobre la salud y de sus hábitos de vida no saludables” (Lalonde, 1974: 26).

Las intervenciones efectuadas bajo la Coordinación de los Departamentos de Promoción de la Salud en Canadá (Rootman, 1992; Pinder, 1988), privilegiaron las prácticas educativas tendientes a la modificación de estilos de vida y, con ello, a poder disminuir la exposición a los riesgos causados por el “comportamiento inadecuado” de los individuos, enfatizando ciertas áreas problema, como tabaquismo, alcoholismo, drogas y hábitos alimentarios (Raerburn, Rootman, People-Centred, 1998). Las que tuvieron efectos positivos en lo referente a la adopción de estilos de vida más saludables en determinados grupos sociales (Hyndman, 1998). Sin embargo, las prácticas educativas de este abordaje con énfasis unilateral sobre los estilos de vida, tomadas en conjunto, han tenido un impacto limitado en las condiciones de vida de la población.

Al inicio de los años ochenta del siglo xx, autores como Labonte y Penfold (1981) alertaron sobre el hecho de que la perspectiva behaviorista, al encubrir las enfermedades y las estructuras sociales propiciadoras

de la no-salud, podría servir de resguardo para la implementación de políticas neoliberales socialmente restrictivas, culpabilizando en este proceso a las víctimas por la inequidad del sistema social. Para superar los límites teórico y prácticos de la corriente behaviorista, a mediados de la misma década de los ochenta, en una línea de continuidad con las propuestas de Alma Ata, se actualizó el movimiento de Promoción de la Salud y se desarrolló el Proyecto Socio-Ambiental de Promoción de la Salud, denominado por algunos Nueva Promoción de la Salud. El documento de trabajo resultante propone que la promoción de la salud debe tener un papel en la transformación de las condiciones de vida de los más desfavorecidos y que debe estimular la participación de los individuos y de los grupos poblacionales en procesos decisorios vinculados a las acciones de salud (OMS, 1984).

La Carta de Ottawa sintetizó esta producción y representó el consenso de 35 países en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Este documento cumple un papel central en la evolución del movimiento de la Nueva Promoción de la Salud al proveer los conceptos, principios y una lista de cinco áreas prioritarias de acción que fueron posteriormente profundizadas en las cuatro Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud que se realizaron hasta el año 2000 (Bus, 2000; 2003). Entre las estrategias priorizadas por esta nueva corriente de la promoción de la salud merecen ser destacadas: la constitución de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables, la reorientación de los servicios de salud, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud. Subsidián estas estrategias algunos principios que afirman la importancia de actuar sobre los determinantes y las causas de la salud, y de buscar constituir alternativas a las intervenciones y prácticas educativas centradas en el cambio de los estilos de vida, con ello se sugiere repensar las prácticas de educación para la salud, proponiendo un papel más activo del público al cual se dirige.

Al respecto cabe mencionar que algunos educadores/equipo de salud cambiaron las acciones educativas a esta nueva aproximación de la promoción de la salud; algunos otros la consideran como una modalidad actual de la educación para la salud o la salud pública; otros mantienen aún hoy en día los conceptos y prácticas tradicionales.

En las intervenciones de promoción de la salud se distinguen dos formas de educación para la salud, una desde el enfoque del desarrollo personal y la otra desde el enfoque del desarrollo social.

1. *Enfoque desde el desarrollo personal.* Con este enfoque, la educación para la salud se centra en los comportamientos o situaciones identificadas como riesgos para la salud, “la Educación para la Salud como una actividad diseñada para ampliar el conocimiento, desarrollar valores y habilidades de la población en relación a la salud, a fin de que se promueva la salud”.
2. *Enfoque desde el desarrollo social.* Consiste en diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que puedan servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y de la enfermedad y con ello posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambios sociales respecto a la salud. “La Educación para la Salud sirve, sobre todo, para intervenir con las personas, para desarrollar sus capacidades, pero contribuye también a generar cambios en el entorno” (Gobierno de Navarra, s. f.).

## Paradigmas surgidos sobre la promoción de la salud

### Visión higiénico-preventivista

La enfermedad es la ruptura del equilibrio existente entre el huésped, un agente etiológico y el medio con el que interactúan. Parte del concepto de medicina preventiva se identifica con la promoción de la salud como la esfera más general de la prevención de la enfermedad. La promoción de la salud, dentro de esta visión, tiene que ver con el fortalecimiento de la resistencia del huésped hacia los agentes de enfermedad, con la disminución o eliminación del contacto con el agente y con acciones generales sobre el ambiente, que incluye lo social.

- *Década de los setenta (siglo XX): Perspectiva estilos de vida.* Las prácticas poco saludables son consideradas “riesgos autoimpuestos” y

causas relevantes de la no-salud. Los factores de riesgo están asociados a la formas de vida, a los comportamientos y a las actitudes de los individuos frente a su salud, más que a las condiciones de vida; se pasó de evaluar el papel de las instituciones en su compromiso con la salud de los sujetos, a culpar a estos últimos de su proceso salud/enfermedad. Dentro de esta perspectiva, el enfoque conductual individualista se centra en la modificación de la conducta y la promoción de estilos de vida saludables, con el fin de eliminar o controlar factores de riesgo.

- *Décadas de los ochenta y noventa: Perspectiva emancipatoria/sociopolítica.* Desde esta perspectiva, la propuesta pedagógica procura desarrollar estrategias que apunten a cambios colectivos e individuales a través de un proceso dialógico de identificación y análisis crítico de los problemas, buscando elucidar sus raíces culturales, históricas y sociales a fin de modificar las condiciones de inequidad.

## Principales características de la promoción de la salud desde el paradigma emancipador

La promoción de la salud es un conjunto de prácticas encaminadas a generar las condiciones para que los sujetos individuales y colectivos desarrollen su capacidad de concebir mejores futuros y alcanzarlos.

Lo anterior incluye el desarrollo de las capacidades humanas y la generación de capitales que permitan la modificación de las condiciones presentes para el logro de los proyectos (prácticas apoderantes) y la recuperación del control del cuerpo para la invención del proyecto (prácticas emancipadoras).

El trabajo de promover la salud está basado en una pedagogía de autoconstrucción y de autodesarrollo (Chapela y Jaramillo, 2001).

El educador para la salud/equipo de salud no empodera, no da poder, sino genera las condiciones que faciliten el fortalecimiento del otro. De la misma manera, el educador para la salud/equipo de salud no emancipa, sino que genera las condiciones para que el otro tome conciencia de los discursos de dominación que ha corporeizado en su historia y que lo influyen en la formulación de sus proyectos.

Los procesos de educación para la salud desde esta perspectiva, se organizan de manera general en ciclos de reflexión y acción transformadora sobre el mundo, con la finalidad de alcanzar los proyectos individuales y colectivos.

En los procesos de reflexión, el diálogo cobra una importancia trascendental al ser el principal catalizador de la toma de conciencia sobre los factores que influyen en la formulación de los proyectos. El diálogo se ejerce entre el educador/equipo de salud y las personas con las que trabaja, así como entre las personas que están promoviendo su salud.

En la acción transformadora se desarrollan las capacidades humanas y se incrementan los capitales. Se modifica el entorno para que sea más favorable a los sujetos y al ejercicio de sus capacidades humanas. La acción transformadora también aporta elementos de experiencia para ser analizados en los momentos de reflexión.

En los momentos de reflexión se dialoga sobre el mundo, el actuar de los sujetos en él y sus intenciones. En estos momentos, y gracias a la reflexión, los sujetos se construyen nuevos significados que les permiten reformular sus proyectos y ganar control sobre su cuerpo.

Para todo lo anterior, es de vital importancia que el educador para la salud/equipo de salud considere que trabaja con sujetos, es decir, con personas con puntos de vista individuales que son producto de sus contextos culturales, sociales e históricos. Que en el mismo sentido, es de vital importancia que conozca tanto la visión de los sujetos como los contextos que influyen en ella. Para lograr esto, el educador para la salud/equipo de salud cuenta con la posibilidad de dialogar con los sujetos con los que hace promoción de la salud y con la posibilidad de observar (a través de distintos métodos cualitativos) elementos relevantes en los contextos en que viven estos sujetos.

También es indispensable que al hacer promoción de la salud el educador para la salud/equipo de salud se reconozca como sujeto, con todas las implicaciones del párrafo anterior.

En esta modalidad de trabajo, la acción transformadora se realiza con la finalidad de resolver problemas nombrados no por el educador para la salud/equipo de salud, sino por los sujetos con los que trabaja. Sin embargo, los problemas que los sujetos nombran no surgen espontáneamente de los sujetos sino que son producto de un proceso reflexivo llamado

“problematización”, en el que se analizan críticamente las condiciones en las que viven los sujetos.

El educador para la salud/equipo de salud facilita estos procesos, primero de manera importante e intensiva y posteriormente de forma más marginal, en la medida en la que los sujetos con los que trabaja van desarrollando sus capacidades, hasta que su intervención se vuelve innecesaria.

## Campos de acción de la educación para la salud y de la promoción de la salud

Los análisis entre la definición de los espacios de la promoción de la salud y los de la educación para la salud, aunque en oportunidades parecieran estériles, no deben ser abandonados, porque la reflexión va más allá de la sola conceptualización teórica, involucra además espacios de poder, puestos de trabajo, identidad y, en cierta medida, con un enfoque dialéctico asume la ganancia de una oportunidad de ampliar capacidades, a partir de una discusión crítica y constructiva que enriquece tanto a educadores y educandos, como a ejecutores y decisores (Kickbusch, 1996).

Kickbusch mismo refiere que, antes de 1980, a los cercanos campos de acción de la educación para la salud y de la promoción de la salud les faltaba una diferenciación de los fundamentos, métodos y procedimientos de cada uno. Las raíces ideológicas, filosóficas y teóricas de las disciplinas involucradas en la educación para la salud estaban bien representadas en muchos textos, pero los fundamentos de lo que entonces se comenzó a llamar masivamente como promoción de la salud estaban creciendo en todas las direcciones, incluyendo dentro del espacio disciplinar y profesional de la educación para la salud.

Con respecto a la promoción de la salud, debe reconocerse que el aspecto más importante de esta es su forma organizacional, en acciones coordinadas multisectoriales, con combinación de estrategias y actividades prácticas para garantizar un compromiso social que haga de la salud una prioridad de todos, lo que significa incidir en los factores políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales. Debido a ello la promoción de la salud se caracteriza por ser un proceso amplio, cuya especificidad reposa en la naturaleza comprensiva de las acciones que debe desarrollar.

La promoción de la salud pretende la creación de una cultura de salud y el empoderamiento de la población. El papel de la educación para la salud en ese proceso es muy claro: como formación de los individuos para el fortalecimiento personal y social, a través de la capacitación de la comunidad y el desarrollo de habilidades individuales, y como posibilitadora de una participación efectiva, consciente, responsable y ética en la vía social. Por lo tanto, es importante para el ejercicio de la ciudadanía, e incluso para la lucha por los derechos sociales, frente a las barreras políticas y económicas que pueden bloquear o detener esos objetivos (Pereira, Pelicioni, Ribeiro y L'Abbate, 2000).

## Consideraciones al apartado

La promoción de la salud y la educación para la salud se relacionan desde el momento que comparten estrategias comunes para cumplir con las funciones de la salud pública, realizando sus acciones desde el enfoque de la atención primaria, pero también privilegiando el papel transformador que tiene la educación dentro de este proceso de cambio, a través de la generación de una conciencia colectiva sobre las necesidades en salud. Así pues, dentro del marco de la promoción de la salud, la educación para la salud constituye una estrategia fundamental y una herramienta metodológica que va más allá de la modificación de conductas en los individuos: tiene como objetivo potenciar los conocimientos y habilidades que permitan a la población descubrir por sí misma la causalidad del proceso salud/enfermedad. Posibilita la organización de la población para la búsqueda y construcción de formas que transformen las condiciones adversas que afectan su salud y su vida en conjunto, y representa un importante papel al constituir un elemento nuclear para conseguir una participación activa y responsable de la población en el logro de estas metas. Así pues, dentro del marco de la promoción de la salud, la educación para la salud se encuadraría en una estrategia y herramienta metodológica que instrumenta la promoción de la salud.

# La educación para la salud como disciplina

## Diferentes significados de lo que representa la educación para la salud

Hay diferentes miradas de lo que ha significado y representado históricamente la educación para la salud. Hablar de ella remite a muchos conceptos, algunos de los ellos en ocasiones se utilizan como sinónimos. De esta manera, la educación para la salud pierde por momentos su identidad y se confunde con diversas situaciones, que van desde acciones, actividades, programas y estrategias (cuadro 1). Aún hoy en día, muchos la interpretan como un paquete de recomendaciones para el cuidado y la higiene personales. Así mismo es visualizada desde varias orientaciones según se le enfoque, como proceso, como conducta aprendida o como disciplina (Valadez y cols., 2004) y por algunos autores como técnica (Salleras y Asenjo, 2001).

Cuadro 1. Significados de la educación para la salud

Confundida con	Significados
Campos de acción en la salud pública:	Promoción de la salud, prevención de la enfermedad.
Programas:	Promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención extramuros.
Actividades:	Pláticas, talleres, conferencias, trabajo comunitario.
Identificada como:	Herramienta para la toma de decisiones.
	Estrategia de promoción de la salud.
	Entidad con características: objetivos, metodología, objeto de trabajo propio.

Fuente: Elaboración propia, con base en Valadez *et al.*, 1990, 1995, 2004.

- *Como proceso:* Presupone un acto de transmisión y fomento del valor salud, que involucra desde los responsables de educar, hasta aquellos que son objeto de la acción educativa. Puesto que la palabra educación significa un proceso de dirección, la educación para la salud puede entenderse como un proceso de conducción hacia la adquisición de la salud y su conservación.
- *Como conducta aprendida:* Parte de la idea de que la manera de actuar de las personas y sus manifestaciones hacia la salud determinan su conducta o educación para la salud. Este enfoque se concibe como la suma de conocimientos, hábitos y actitudes que tienen las personas en aspectos relacionados con la salud.
- *Como disciplina:* Se parte de entender a la educación para la salud como un amplio conjunto de pensamientos y acciones, programados en un contexto de tiempo y espacio, que comprende diagnósticos de situación, fines, objetivos, contenidos, actividades, recursos y evaluación, junto a fenómenos de proceso que se derivan de ellos. Todo eso inspirado por planteamientos filosóficos, psicológicos, pedagógicos, antropológicos y sociológicos. Desde esta forma ofrece un espacio para la confluencia de múltiples disciplinas que buscan la convergencia interdisciplinaria, de las que requiere aportaciones para su manejo e instrumentación, tanto en un nivel teórico como en un nivel operativo.
- *Como técnica:* Es decir, como un procedimiento, o sea, un conjunto de normas para realizar alguna acción potenciando las capacidades humanas; o como un saber técnico, mismo que corre el riesgo de ahogar el conocimiento y situar al sujeto fuera de cualesquiera realidad y contexto sociales.

## Educación para la salud como disciplina

Para 1921 la educación para la salud se constituye formalmente como materia autónoma, con el primer programa de Educación para la Salud que se impartió en el Instituto de Massachusetts. La primera organización profesional surge en 1922, denominada 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.<sup>1</sup>

Hay poco consenso acerca de cuáles son las características que permiten señalar la existencia de una disciplina científica específica (Foucault, 1991; Pérez, 1995). En las discusiones contemporáneas sobre la filosofía de las ciencias, las perspectivas analíticas de autores como Popper, Kuhn y Lakatos son bastante controversiales, de tal suerte que ellos mismos llegaron a confrontarse mutuamente en varias ocasiones. Aun así, en el ambiente académico universal se tiene por aceptado que una disciplina científica se define por la especificidad de su objeto de estudio, por un conjunto de teorías que orientan la investigación y/o la educación, por la pertinencia de los procesos metodológicos con que se afronta la comprensión de su objeto de estudio y por la permanente crítica de su trabajo disciplinar, lo que permite que constantemente estén abiertas las compuertas para la incorporación de nuevos hallazgos (García Galló, 1987; Bunge, 1978). Al respecto Skinner (1974) señala que lo que más se destaca de una ciencia es su intención de descubrir el orden de relaciones que existen entre las cosas o los hechos que constituyen su objeto de estudio, a partir de hipótesis formuladas con anterioridad.

Es importante señalar que una disciplina científica se desarrolla en un contexto sociohistórico determinado, por lo tanto está sujeta a la influencia de factores endógenos y exógenos. Los factores endógenos se refieren a los hechos intrínsecos de la propia disciplina, que son de carácter puramente académico, científico y epistemológico. Con respecto a los factores exógenos, se considera que son de índole social, política e ideológica, propios de un contexto social determinando y también influyentes de forma decisiva en el desarrollo de una disciplina en particular.

Con respecto a la educación para la salud, Mardones y Urzúa (1999) manifiestan que en el ámbito de las cien-

---

La educación para la salud como una disciplina joven, dinámica y con una fuerte incidencia social, no aparece todavía, en contraste con otros campos disciplinares, completamente incardinada en los modos de actuar de nuestras sociedades.

---

<sup>1</sup> A partir de 1950 surge la Unión Internacional para la Educación Sanitaria en Salud (UIES), organismo no gubernamental definido como el "primer parlamento mundial de educadores sanitarios" (Unión Internacional de Educación para la Salud, 2006).

2. *Saber el cómo educar.* Referido directamente al proceso educativo, perfilando sus ámbitos de intervención, sus bases teóricas y sus métodos en el campo de las ciencias de la educación, dando lugar a una tarea de amplio espectro; abarca entonces un extenso campo que va de la formación al aprendizaje, y genera un *proceso de formación* que involucra la adquisición de conocimientos, el desarrollo de capacidades, habilidades, intereses, posturas y el potencial para la acción de las personas, grupos y comunidades. Supone la contextualización del conocimiento y la experiencia, debiendo resultar en ampliación de la conciencia crítica y en un cambio de comportamiento, para la mejora de las condiciones de vida.

Por ello, las intervenciones educativas requieren del conocimiento que la investigación genera, en una doble perspectiva:

1. Una perspectiva técnica acerca de aquellos datos o indicios que evidencien situaciones o estados de salud, es decir, criterios técnico-sanitarios, que legitimen las intervenciones educativas, mismos que son proporcionados por el empleo de la epidemiología, que permite constatar los hechos que se asocian a determinadas condiciones de salud y enfermedad.
2. La perspectiva que surge de los grupos sociales, es decir, la percepción acerca de los estados de salud y enfermedad, las representaciones y patrones culturales que de ello se tienen, las expectativas, las vivencias sobre su salud y sus necesidades, demandas y prioridades; no solo cómo se genera la salud/enfermedad, sino cómo se hace el pasaje al discurso social y cómo se transforma ese discurso. Es decir que da cuenta de las estructuras profundas que sostienen este proceso, las que permiten conocer cómo entienden las personas, grupos y comunidades nuestras palabras, cómo reciben la información, y con ello posibilitar la mejora de los procesos de comunicación en educación para la salud.

Dentro del proceso educativo enseñanza-aprendizaje no podríamos dimensionar la magnitud de un problema sin la metodología cuantitativa, como tampoco podemos explicar cómo los sujetos viven ese problema,

cómo lo significan y lo afrontan, sin la metodología cualitativa. Es decir, una metodología plural que aporte a la comprensión holística del proceso salud/enfermedad y del proceso educativo en educación para la salud.

## Campos de intervención en la educación para la salud

Si se toma en cuenta el terreno que abarca la comprensión del proceso salud/enfermedad y los determinantes que inciden en la salud, la educación para la salud debe incluir un amplio espectro de funciones, así como una gran diversidad de escenarios de intervención. Los campos de intervención de la educación para la salud van a variar de acuerdo a las características de la población destinataria de los programas (niños, adolescentes, personas de la tercera edad, mujeres, grupos étnicos, entre otros). También varían según el espacio de aplicación (comunidad, escuela, hospital, empresa, medio penitenciario, zonas rurales, ciudad y municipio, medios masivos de comunicación), el tema de salud/enfermedad que se aborde (alimentación y nutrición, enfermedades crónicas, enfermedades de transmisión sexual, medio ambiente), si se va a trabajar desde la perspectiva de factores de riesgo o de factores protectores (resiliencia), y según el modelo de intervención educativa (ya sea un modelo basado en la trasmisión del conocimiento, en el cambio de comportamientos, o en la transformación social). Igualmente puede clasificarse en términos de si se dirige a la formación de recursos humanos en el área de prestación de servicios de salud, profesionales o de promotores de salud, o si se dirige a la educación de los individuos, grupos o comunidades (cuadro 2). De este carácter amplio y diverso se derivan las dificultades para establecer una definición precisa que sea capaz de abarcar la totalidad de sus componentes.

Cuadro 2. Campos de intervención de la educación para la salud

Las población destinataria	El espacio de aplicación	El tema que se aborde	Desde cuál perspectiva	Modelo de intervención educativa	A quién va dirigido
- Niños - Adolescentes. - Personas de la tercera edad - Mujeres - Grupos étnicos	- Comunidad - Escuela - Hospital - Empresa - Medio penitenciario - Zonas rurales - Ciudad y municipio - Medios masivos de comunicación	- Alimentación - Nutrición - Enfermedades crónicas - Transmisión sexual - Medio ambiente	- Factores de riesgo - Factores protectores - Resiliencia	Basados en: - La trasmisión del conocimiento - El cambio de comportamiento - La transformación social	- Formación de recursos humanos - Prestación de servicios de salud - Profesionales - Promotores de salud

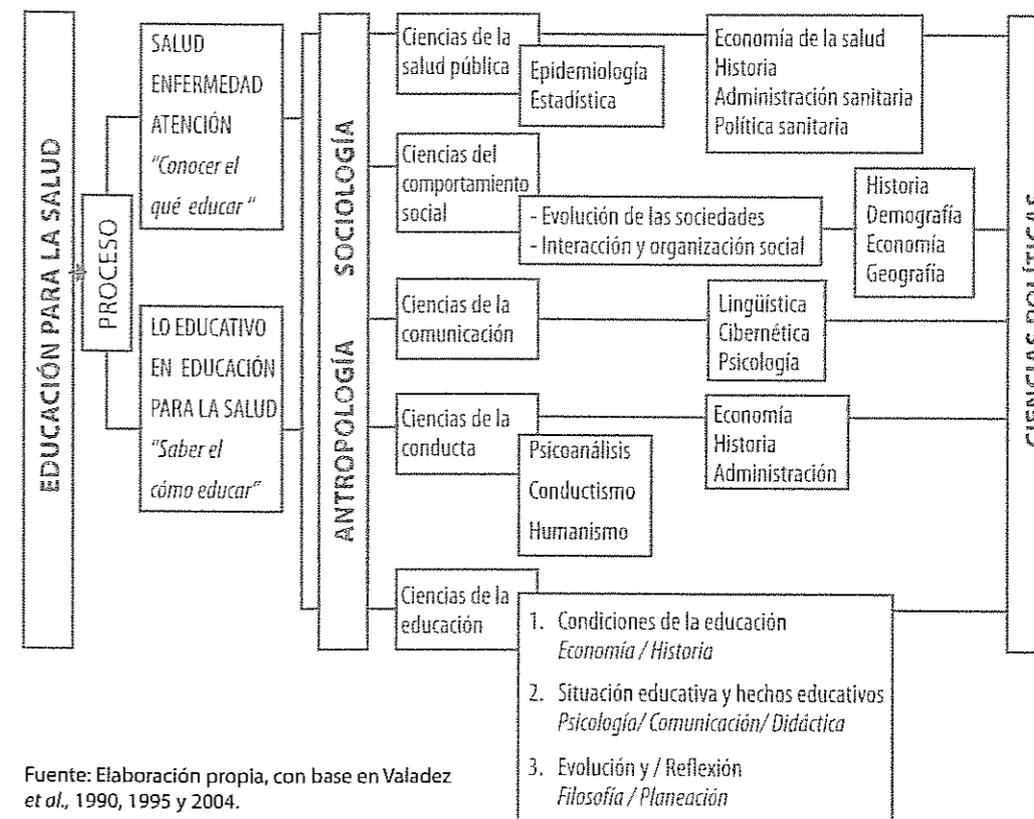
Fuente: Elaboración propia, con base en Valadez *et al.*, 1990, 1995, 2004.

## Campos de conocimiento que aportan a la educación para la salud

Dada la dimensión biopsicosocial de la salud y la multifactorialidad del proceso salud/enfermedad, la educación para la salud como campo disciplinar requiere nutrirse de diversos campos de conocimiento, de tal suerte que como disciplina se alimenta y se estructura del cúmulo de teorías y métodos que ofrecen los cinco grandes bloques científicos en cuyas bases se asienta (figura 1):

1. Ciencias de la salud
2. Ciencias de la educación
3. Ciencias de la comunicación
4. Ciencias de la conducta
5. Ciencias que se ocupan del comportamiento social.

Figura 1. La educación para la salud como disciplina



Fuente: Elaboración propia, con base en Valadez *et al.*, 1990, 1995 y 2004.

Bloques científicos, que le aportan elementos para un mejor entendimiento de los comportamientos respecto a la salud/enfermedad, las relaciones interpersonales, la interacción con el medio, la multiculturalidad, los métodos pedagógicos, así como a la pertinencia de los procesos metodológicos con que se afronta la comprensión de los ámbitos de su objeto de estudio, sustentando la investigación y el análisis en cuatro cuestiones:

1. El proceso de salud/enfermedad y su relación con los comportamientos humanos.
2. El contexto social/institucional.
3. El individuo/grupos/comunidades.
4. El proceso educativo.

La educación para la salud asume desde estos planos de análisis el rol de aglutinador de las diferentes áreas de conocimiento, y la contribución conjunta de estas para enriquecer el conocimiento y brindar aportaciones para la mejor comprensión de los fenómenos estudiados. Su esencia epistemológica se encuentra en la articulación de estos conocimientos en función de su uso, que muchas de las veces puede trascender a las disciplinas que la sirven.

## Proceso salud/enfermedad

### Aportaciones desde las ciencias del comportamiento social

En la comprensión e interpretación de los fenómenos socioculturales ligados a la salud, la educación para la salud asume las aportaciones de los marcos conceptuales y metodológicos de las ciencias sociales.

En el estudio y análisis del proceso salud/enfermedad se debe partir de una visión integral, lo que implica considerar la realidad como un todo, identificando los múltiples actores y factores que influyen cotidianamente en las prácticas de salud. La salud, como cuestión humana y existencial, es una problemática compartida por todos los segmentos sociales, por eso las condiciones de vida y trabajo califican de forma diferenciada las maneras en que las clases y sus segmentos piensan, sienten y reaccionan respecto de ella. Interviniendo el aspecto subjetivo de la salud (bienestar), que no solo es consecuencia de los factores mencionados, sino que también influye en ellos, no como problema individual, sino como consecuencia de la acción social. Ahora bien, las enfermedades tienen una evolución social, es decir, la patología se incorpora en la experiencia social y a la vida cotidiana. Lo que se define como salud o enfermedad, como bienestar o malestar, depende no solo de factores individuales y biológicos, sino del entorno social y cultural dentro del cual se vive, se trabaja y se relacionan los individuos, grupos o comunidades.

Esto implica que para todos los grupos, incluso de forma específica y peculiar, la salud/enfermedad implica una compleja interacción entre los aspectos físicos, psicológicos, sociales, ambientales de la condición hu-

mana y de la atribución de significados, que conllevan una carga histórica, cultural, política e ideológica. Por lo que en el ser humano este proceso no es un fenómeno biológico, sino un proceso sociobiológico integrado y dinámico, que se constituye como fenómeno clínico y sociológico vivido culturalmente.

### Sociología y antropología

La aportación fundamental desde la sociología y la antropología es hacia la comprensión de la vida humana y el reconocimiento al papel que desempeña la cultura en la mayor parte de los aspectos de la vida de los grupos con quienes trabajamos, es decir que da cuenta de las distintas maneras de entender e interpretar el mundo, de cómo cada cultura y grupos social vive el proceso salud/enfermedad. De igual forma ambas permiten comprender las relaciones sociales, para reconocer la presencia de diferentes intereses que motivan y caracterizan a quienes participan o son excluidos de dichas relaciones.

---

"La salud es básicamente una estructura social: se crea a través de la interrelación entre la gente y sus entornos en el proceso de la vida diaria: donde la gente vive, ama, aprende, trabaja y juega" (Kickbush, 1996).

---

Debemos tomar en cuenta que todo individuo posee un modo de vida propio que viene condicionado por su herencia, su desarrollo, su cultura y su entorno, y que por tanto cada persona tiene su propia forma de comportarse, sus propias actitudes, sus valores, sus experiencias y sus conocimientos específicos, su modo de comunicar y comunicarse consigo misma y con su entorno. El modo de actuar frente a la salud y la enfermedad son saberes que forman parte de la vida diaria, transmitidos en la relación del día a día, a partir de la evidencia inmediata. En consecuencia, no es posible abordar los problemas que se suscitan a su alrededor solo desde la perspectiva del educador/equipo de salud, sino que es indispensable conocer la percepción del sujeto acerca de su enfermedad, los mitos y tabúes que rodean esta percepción, además de identificar cuáles son los condicionantes sociales que hacen posible u obstaculizan la salud.

Los enfoques que se dan a partir del análisis de la cultura permiten abrir campos hacia el entendimiento de la salud/enfermedad, como una interacción entre la biología y la cultura, en donde la cultura está determinada por la existencia de determinantes sociopolíticos y económicos.

Por tanto, la significación del cuerpo y los síntomas de la enfermedad se explicarán a través de los filtros culturales, vista la salud no como el efecto de una causa determinada, sino como el producto global y total de la vida social, con dimensiones y asociaciones diferentes en cada situación. La producción de conocimientos mediante la incorporación de los métodos y técnicas de la investigación social, que abordan al hombre en su integridad y ayudan a identificar problemas y alternativas de solución desde la perspectiva de las personas involucradas en los problemas, propicia un análisis más profundo y generalizador (Pérez, 1995).

Por otra parte, es fundamental reconocer que el trabajo en educación para la salud pone en juego las creencias, nociones, conocimientos, prácticas, es decir, la manera en cómo los conjuntos sociales interpretan y entienden el fenómeno salud/enfermedad, así como todas aquellas acciones que realizan para conservar y potenciar la salud. Por ello en el trabajo educativo es esencial partir tanto del saber cotidiano como del saber científico; conocer y respetar el primero permitirá introducir conocimientos que lleven a la reflexión sobre el porqué de una acción y, en consecuencia, a razonamientos lógicos y al pasaje de actos intencionados positivos para la salud.

Es evidente que lo que llamamos proceso salud/enfermedad está condicionado por situaciones sociales objetivas y por percepciones individuales subjetivas de una misma realidad. De modo que su noción concreta en cada situación específica, resulta del análisis de la realidad valorada y medida en razón de la naturaleza del hombre y de la naturaleza de las sociedades humanas. A fin de particularizar en su debida dimensión y pensar en el diseño de propuestas y programas más adecuados cultural y socialmente, con las diversas realidades de un país heterogéneo como es el nuestro, en el cual convivimos diariamente diferentes grupos sociales y culturales y, por ende, con distintas lógicas, percepciones y necesidades.

### Demografía

Para avanzar hacia el desarrollo socioeconómico de su población, un país requiere conocer información estadística de diversa índole acerca de las temáticas y demandas sociales existentes. Para ello la demografía es de gran importancia, pues proporciona una visión de la situación poblacional de una sociedad, aporta datos que dan a conocer la evolución de algunos fac-

tores sociales y económicos que han contribuido a los cambios experimentados por la población en una sociedad y en tiempos determinados.

La demografía es una disciplina que articula fenómenos sociales con los movimientos que presentan las poblaciones humanas. La importancia de esta disciplina radica en que los datos que aporta son fundamentales para diseñar y planificar políticas, investigaciones y acciones dirigidas a la población objetivo, dado que ofrecen una caracterización exhaustiva del estado de una población, así como también de su desarrollo y cambio a lo largo de su historia. Mediante la demografía se miden los fenómenos del proceso salud/enfermedad, tales como morbilidad y mortalidad, así como los lugares y/o las situaciones en las que predominan dichos fenómenos. De esta manera la demografía nos permite conocer la variación geográfica, la cantidad, la estructura y la dinámica de la población, así como las leyes que rigen estas variaciones.

El estudio de la población se encuentra en permanente relación con otras disciplinas de las ciencias sociales puesto que en sí mismos los fenómenos demográficos son determinantes y determinados socialmente; la interpretación de los fenómenos demográficos ha requerido siempre de la mirada y aportes de otras disciplinas que sean capaces de contextualizar social e históricamente las tendencias del cambio poblacional.

### Ciencias de la comunicación

Uno de los objetivos de educar o educarse es el de aprender a pensar, a comunicarse y a participar; desde esta perspectiva de la educación, la comunicación humana es un proceso dinámico resultado de la interacción entre dos o más protagonistas inmersos en un contexto sociocultural. En este sentido, Maldonado (2001: 76) define la comunicación como "el intercambio de ideas, necesidades, informaciones, deseos, entre dos o más personas". De acuerdo con esta idea, el acto comunicativo humano es un intercambio de valores, hábitos, habilidades y contenidos temáticos entre individuos autónomos constructores de conocimiento, en el cual los interactuantes van comprendiendo críticamente su realidad y adquieren los instrumentos para transformarla. Por tanto, la comunicación es un acto de encuentro que lleva a sus participantes a la elaboración conjunta de significados, que se crean en la reflexión y del contacto entre ellos, pro-

duciéndose así una diversidad de momentos generadores de emociones, interrogantes y reflexiones; los cuales, dependen de la interacción y las significaciones elaboradas por los participantes, dado que son los impulsores en la construcción o reconstrucción del conocimiento (López Lara, 2009).

López Lara sostiene que hablar de comunicación en salud implica necesariamente una relación interpersonal, una interacción entre personas que dialogan sobre determinado tema. Ese tema del que se habla no es un contenido aislado; es una construcción colectiva cargada de significados, simbolismos y reglas propias del grupo social al que se pertenece. Así pues, lo que los profesionales de la salud y las poblaciones entienden, expresan y hablan del proceso salud/enfermedad es lo que ambos interlocutores han construido socialmente en sus propios contextos culturales.

Digamos entonces que el trabajo educativo es un proceso de comunicación interpersonal, en el cual se parte de la necesidad y el mundo de significados de las personas, no sólo para responder a sus necesidades, sino también para entendernos y establecer un vínculo y una relación saludable. En educación para la salud se trabaja con el mensaje recibido, en función de un objetivo compartido, y así se da la comunicación participativa. Ferrari (mencionado por López Lara, 2009) sostiene que la relación se debe estructurar de forma recíproca para construir un saber en salud común más completo, que enriquece y hace reales y adaptables los contenidos de cualquier tipo de información.

En el trabajo educativo suele suceder, en el momento en que se da un acercamiento entre educadores o equipo de salud, una situación muy peculiar; los educadores, como trabajadores de la salud, son depositarios de un bagaje cultural que generalmente es diferente del que poseen los conjuntos sociales con quienes se interrelacionan, esta situación puede convertir la relación en un desencuentro en la medida en que los educadores o trabajadores de la salud traten de imponer su manera de entender e interpretar el fenómeno salud/enfermedad, por sobre la visión específica de la población, ya sea minimizándola o rechazándola, y con ello obstaculizar la posibilidad de entablar una relación que los enriquezca mutuamente. Cuando el educador o equipo de salud realiza sus actividades sin considerar la influencia que las variables culturales tienen en las relaciones interpersonales, sin detectar las diferencias conceptuales entre

lo que ellos expresan y lo que la población concibe, y sin advertir el efecto pedagógico del tipo de comunicación que se establece entre ellos, corre el riesgo de que sus esfuerzos no fructifiquen.

Hay que tomar en cuenta que los actos cotidianos, las rutinas del hacer, como las palabras, están cargados de significados necesarios para las personas, pues estos últimos son los que dan sentido y orden a su vida diaria, de manera que su revisión, cambio o evolución requiere de más que un mecanismo informativo. Situación que obliga en consecuencia a considerar las aportaciones de la ciencias de la comunicación, entendidas como aquellas disciplinas de las ciencias sociales que se encargan de estudiar la esencia de los procesos y los fenómenos de la comunicación —como fenómenos en sí mismos—, los medios que se emplean y el conjunto semiótico que construyen, generando sus propios métodos de estudio y herramientas analíticas. Métodos que nos permiten identificar el proceso en el cual las personas se intercambian símbolos mutuamente comprensibles, como herramienta básica para comprender la naturaleza de las sociedades.

Las ciencias de la comunicación abarcan una gran variedad de especialidades, entre las que destacan: comunicación social, periodismo, relaciones públicas, comunicación institucional, redes, telecomunicaciones, publicidad y comunicación audiovisual. El educador en salud, o equipo de salud, gestiona y utiliza las tecnologías de la información y la comunicación en el diseño de mensajes y el desarrollo de proyectos y estrategias comunicativas en el área de educación para la salud, para hacerla accesible a una mayor población, considerando los procesos económicos, históricos y políticos locales, regionales y globales en el contexto de la sociedad de la información y de la cultura digital. De igual forma participa en los procesos de producción, circulación y apropiación de mensajes para la difusión del conocimiento, mediante el dominio del lenguaje y de nuevas formas de producción en los medios, en los que las aportaciones de la comunicación en salud son fundamentales.

### Ciencias de la conducta

Las ciencias de la conducta son disciplinas que se ocupan principalmente de la comprensión, predicción y control de la conducta humana, de los tipos de conducta que se desarrollan en las relaciones interpersonales, de

los mecanismos psíquicos que subyacen a ese comportamiento y de los procesos intelectuales y volitivos del ser humano, es decir, de cómo y por qué las personas actúan de tal o cual manera, cómo los seres humanos sienten, piensan, aprenden y conocen para adaptarse al medio que les rodea. Se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.

La psicología interpreta los mecanismos de reflejo de las relaciones sociales en la mente de cada persona, así como la formación de actitudes sociales y valores que potencien su personalidad, incluyendo la creación de métodos que garanticen la educación de cada individuo para que sea un participante activo en la construcción de la sociedad, por lo que otro campo donde se visualiza su importancia es en la formación y el desarrollo de la personalidad a través del proceso educativo, que redundará en el desarrollo de la sociedad.

Como fruto de la interacción de la psicología y las ciencias de la educación surge la psicología educativa, que se ocupa de los procesos de aprendizaje de los temas educativos, y de la naturaleza de los métodos empleados para mejorar el aprendizaje. Se encarga de estudiar el aprendizaje y la enseñanza dentro de instituciones educativas, es decir, cómo los estudiantes aprenden y se desarrollan a través de su formación. Estudia los problemas de aprendizaje, tales como: *a)* descubrir la naturaleza de aquellos aspectos del proceso de aprendizaje que afecten la adquisición y retención a largo plazo de cuerpos de conocimiento organizados, *b)* mejorar las capacidades para aprender y resolver problemas, *c)* averiguar cuáles características cognitivas y de personalidad del alumno y qué aspectos interpersonales y sociales del ambiente de aprendizaje afectan los resultados del aprendizaje de una determinada materia de estudios, la motivación para aprender y las maneras características de asimilar el material.

De igual manera busca orientar las acciones humanas de un modo consciente, por lo que tiene, en consecuencia, una aplicación prácticamente en todas las áreas de la vida social.

A través del tiempo la psicología ha tenido tres grandes momentos (teorías y sistemas psicológicos) tanto de cambios, como de propuestas. A cada una de estas se les ha denominado como "fuerzas": el psicoanálisis (Sigmund Freud), el conductismo (Watson, Skinner y Pavlov) y finalmente la psicología humanista (Abraham Maslow, Carl

Rogers), esta como una alternativa al conductismo y al psicoanálisis, que predominaban en aquel entonces. Con el humanismo se pretendía desarrollar una nueva orientación en la disciplina, que ofreciera, en principio, un planteamiento antirreduccionista en las explicaciones de los procesos psicológicos atribuidos a procesos externos (conductismo) o a concepciones biológicas de carácter innato (psicoanálisis), y que al mismo tiempo se postulara el estudio de los seres humanos como totalidades dinámicas y autoactualizantes en relación con un contexto interpersonal.

## Aportaciones desde las ciencias de la salud

Es obvio el papel que las ciencias de la salud tienen dentro de la educación para la salud en uno de los ámbitos de su objeto de estudio, el proceso salud/enfermedad desde todos sus puntos de vista, si bien, cada disciplina que las integra tiene un campo aplicativo más bien delimitado.

Debido a la complejidad y problemática actual del proceso salud/enfermedad las ciencias de la salud implican un conjunto de disciplinas que están orientadas o se dedican a la salud de los seres humanos y animales, y se organizan en dos vertientes:

1. El estudio y la investigación para la adquisición de conocimientos sobre la salud/enfermedad.
2. La aplicación de estos conocimientos técnicos.

Ambas vertientes se reúnen para lograr el propósito de mantener, reponer y mejorar la salud y el bienestar; prevenir, tratar y erradicar enfermedades, y comprender mejor los complejos procesos vitales de los organismos animales y humanos relacionados con la vida, la salud y sus alteraciones (enfermedad).

### Epidemiología

De acuerdo con Kleinbaum, Kupper y Morgenstern (1982), la epidemiología tiene como propósitos:

- La descripción de las condiciones de salud de la población, mediante la caracterización de la ocurrencia de enfermedades, de las frecuencias relativas al interior de sus subgrupos, y de sus tendencias generales.
- La explicación de las causas de la enfermedad poblacional, determinando los factores que la provocan o que influyen en su desarrollo.
- La predicción del volumen de enfermedades que ocurrirá, así como su distribución al interior de los subgrupos de la población.
- La prolongación de la vida sana mediante el control de la enfermedades en la población afectada, y la prevención de nuevos casos entre la población que está en riesgo.

Para alcanzar los objetivos de la epidemiología se debe tener una adecuada cuantificación de los datos, y para tal fin se recurre a la bioestadística, la cual es definida como la disciplina encargada del estudio de las técnicas de recolección de datos, así como de su procesamiento, interpretación y presentación en el área de la salud.

La educación para la salud asienta en la epidemiología su posibilidad de conocimiento de la enfermedad colectiva.

En su origen, la epidemiología se ocupó del estudio de las enfermedades de tipo infeccioso, y con el tiempo fue ampliando su campo de estudio a todo lo relacionado con el estado de bienestar de los individuos. En la búsqueda de conocimiento para el desarrollo y fortalecimiento de una cultura en pro de la vida, de la salud y del desarrollo de recursos para su puesta en marcha, los conceptos teóricos y metodológicos de las ciencias sociales al abordar la enfermedad se entremezclan con la epidemiología y la clínica, para el análisis del proceso salud/enfermedad, con lo que se ha ido ampliando su área de conocimiento, no solo de la enfermedad, sino también de la salud, facilitando el establecimiento de las relaciones existentes entre las condiciones de vida, determinadas conductas y factores de riesgo (Bradford, 1992), generando de forma simultánea nuevas hipótesis y construcciones teóricas. En consecuencia, actualmente la epidemiología se ocupa del estudio de la fenomenología relacionada con la salud de las poblaciones. Y se utiliza en casi todos los campos de la salud humana, y más recientemente su empleo se ha venido dando en la evaluación de las acciones, servicios, programas y políticas de salud.

## Estadística

Los principios y conceptos de los métodos estadísticos se aplican en diversos campos de la salud pública, tales como en estudios de variación, diagnóstico de enfermedades y de la salud de la comunidad, predicción del resultado probable de un programa de intervención, elección apropiada de intervención en pacientes o en comunidad, administración sanitaria, realización y análisis en la investigaciones en salud pública. Entre los objetivos más importantes relacionados con la estadística y que contribuyen al campo de la salud pública y sectores relacionados tenemos los siguientes (Lwanga 1987):

- Permite comprender los fundamentos racionales en que se basan las decisiones en materia de diagnóstico, pronóstico y terapéutica.
- Interpreta las pruebas de laboratorio, las observaciones y mediciones clínicas, con conocimiento de las variaciones fisiológicas y de las correspondientes al observador y a los instrumentos.
- Proporciona el conocimiento y la comprensión de la información acerca de la etiología y el pronóstico de las enfermedades, a fin de asesorar a los pacientes sobre la manera de evitar las enfermedades o limitar sus efectos.
- Permite discernir sobre los problemas sanitarios, para que los recursos disponibles se apliquen eficientemente para resolverlos.

Adicionalmente a los objetivos antes citados, resalta la utilidad de la estadística en el desarrollo del pensamiento crítico, con la finalidad de: *a)* pensar críticamente acerca de los problemas de salud; *b)* evaluar correctamente los datos disponibles para la toma de decisiones, *c)* identificar las decisiones y conclusiones que carecen de base científica y lógica.

El conocimiento de los métodos estadísticos está estrechamente ligado a una buena práctica de la investigación en salud. Ya que es necesario para poder interpretar correctamente y de una manera crítica los resultados obtenidos.

### Economía de la salud

La aproximación económica de la salud permite observar claramente el lazo entre economía y salud, ayudando a anticipar los problemas de acceso a los servicios de salud por parte de la población en condiciones económicas desfavorables, y evaluar claramente los recursos disponibles para la salud.

La economía de la salud es la aplicación de la teoría económica a los fenómenos y problemas asociados con la salud. Entre otros asuntos incluye el significado y la medida de los estados de salud; la producción de los servicios sanitarios; la demanda por salud y por servicios de salud; análisis de costo-efectividad y de costo-beneficio; salud territorial; seguros de salud; mercados de servicios de salud; financiamiento; costeo de enfermedades; evaluación de opciones en los servicios de salud; planeamiento de recursos humanos; la oferta de las industrias conexas; equidad y determinantes de inequidad en el uso de servicios de salud; gestión económica de hospitales; presupuestos; asignación territorial de recursos; métodos de remuneración al personal, y análisis comparativo de sistemas.

Mediante la economía de la salud se analizan e interpretan de manera científica los fenómenos económicos que ocurren en su entorno inmediato y en la realidad social global, en sus constantes cambios (Castell, 1997); sus aportes radican, primordialmente, en el financiamiento del sistema médico (estatal, seguros sociales, sistemas de seguros médicos privados) y en el financiamiento de programas de salud y de educación ciudadana. También tiene que ver con la clasificación de algunas enfermedades que son más comunes en un nivel social determinado.

### Administración sanitaria

En lo referente a la atención a la salud, con la implantación de políticas basadas en la filosofía del Estado de bienestar, se experimenta un desarrollo de los servicios sanitarios, que trae como consecuencia que el sector salud se convierta en una empresa, y su organización y gestión en uno de los principales problemas. Surge así el interés por la administración sanitaria, que en la actualidad es una disciplina síntesis que tiene en las ciencias sociales, políticas y empresariales sus referentes conceptuales y metodológicos

La administración en salud o administración sanitaria es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud; con el medio ambiente, recursos naturales, saneamiento básico urbano y rural, e innovación tecnológica, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos. En otras palabras, la administración en salud es la administración de empresas aplicada a las empresas proveedoras de bienes y servicios de salud, sanitarios y ambientales, para el mantenimiento o restablecimiento de la salud de las personas usuarias, así como del desarrollo sostenible.

A la administración en salud también se la conoce con los nombres de gerencia en salud, gestión sanitaria, gestión clínica, administración de empresas de salud, administración de servicios de salud y gerencia de servicios de salud.

### Política sanitaria

El Estado mexicano considera a la salud como un bien jurídico (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2009) y tutela el derecho de toda persona a su protección (Ley General de Salud, 2009), como también el derecho de recibir educación, el disfrute de las garantías individuales aplicables y el respeto a los derechos humanos. Empero, al materializarse la política general en salud, se presentan circunstancias favorables y otras de carácter adverso que a manera de variables concurrentes son decisorias de la calidad de los servicios y el grado de satisfacción o inconformidad de quienes los reciben. Las ciencias políticas desarrollan su campo de estudio tanto en la teoría como en la práctica de políticas, y la descripción y análisis de sistemas y comportamientos políticos de la sociedad con el Estado, y estudian el fenómeno del poder y la relación entre gobernantes y gobernados. Su análisis permite conocer las normas jurídicas que rigen la vida en comunidad, el funcionamiento del Estado y a las autoridades que lo representan. Las ciencias políticas, como punto de unión con la educación, deben estudiar, criticar y proponer políticas educativas de Estado, para que respondan a las necesidades nacionales y regionales.

## Proceso educativo

### Aportaciones desde las ciencias de la educación

Viloria (2004) refiere que el campo disciplinar de las ciencias de la educación se ha constituido a partir de la intersección de un conjunto de diversas disciplinas que abordan desde su especificidad el objeto de la educación. Disciplinas que interactúan constantemente para darle sustento y permanencia en el tiempo al proceso educativo. Estas disciplinas no pueden separarse ni especializarse, puesto que el proceso educativo es complejo y holístico, ya que el hombre es en sí mismo complejo y holístico.

Las ciencias de la educación se pueden conceptualizar como los conocimientos que buscan darle explicación al fenómeno educativo, es decir, responde a *¿qué?*, *¿para qué?* y *¿cómo?*; los dos primeros, *el qué* y *el para qué*, se contestan a través de la teleología, la ética y la axiología, y el *cómo* se explica mediante la pedagogía y la didáctica (Huerta, 1996).

Según Mialaret (1977), las ciencias de la educación pueden clasificarse en tres grupos<sup>2</sup> si se toma en cuenta el aspecto o la dimensión de la educación en la que ponen énfasis, a saber:

1. Las que estudian las condiciones generales o locales de la educación: sociología de la educación, economía de la educación, antropología de la educación e historia de la educación.
2. Las que estudian la situación educativa y los hechos educativos: psicología de la educación, comunicación educativa, didácticas específicas.
3. Las que se dirigen al estudio de la evolución o de la reflexión sobre la educación: filosofía de la educación y planeación educativa.

Es difícil que cada una de las disciplinas limite su desarrollo exclusivamente a las coordenadas propuestas por Mialaret (1977), algunas rebasan los límites de las categorías y abordan temas que se encuentran

<sup>2</sup> Aunque esta clasificación tiene el inconveniente de encasillar las disciplinas y poner ciertos límites en ocasiones restrictivos para sus alcances reales, intenta poner cierto orden y cierta claridad al tratar de delimitar los principales campos de interés de cada una de ellas.

entre dos de ellas. Por su parte Ludojoski (1978) clasifica las ciencias de la educación a partir de cada etapa de la vida del hombre: perinatología, neonatología, paidología, hebelogía, andrología y gerontología.

Ahora bien, la educación no se puede entender en sí misma, sino como hecho y práctica social que parte de un proyecto social determinado y bajo un modelo educativo, a fin de formar a los individuos de acuerdo a un perfil acorde con las sociedades; este modelo educativo está conformado por elementos filosóficos, teóricos, organizativos y políticos.

Los fundamentos filosóficos de la educación permiten desarrollar la actividad educacional de un modo más consciente, óptimo, eficiente, eficaz y pertinente. Dicho de otro modo, los fundamentos filosóficos de la educación ofrecen el sustento en el dominio y comprensión de rasgos y regularidades que objetivamente se encuentran presentes y actuantes en el accionar del sujeto general, y en especial en el ámbito educacional, partiendo desde la labor de motivación y concientización de qué es educación y qué es educación para la salud, y para qué se educa, pasando por la planeación y preparación de las actividades educativas, llegando hasta el momento mismo de las sesiones educativas, la evaluación y sus impactos individuales y sociales ulteriores (Ramos, 2005, citado por Aguilera, Pozos y Acosta, 2009).

El análisis de los fundamentos filosóficos de la educación tiene relevancia puesto que son la base teórica y metodológica de las prácticas educativas, de ahí que los sustentos filosóficos se constituyan en una cuestión epistemológica<sup>3</sup> (Valadez y Espinosa, 2004). Sobre este particular, Aguilera, Pozos y Acosta (2009) señalan que la congruencia entre los fundamentos filosóficos, teóricos, metodológicos en la educación, como elementos que conforman el modelo educativo y que nos permiten formar a los individuos de acuerdo a un perfil, tendrían que seguir esta secuencia lógica para su logro (figura 2):

<sup>3</sup> La epistemología es la disciplina que analiza los supuestos filosóficos de todas las ciencias, su objeto de estudio, los valores implicados en la creación del conocimiento, la estructura lógica de sus teorías, los métodos empleados en la investigación y en este caso además en la educación y en la explicación e interpretación de sus resultados y la confirmabilidad y refutabilidad de sus teorías (Briones, 2002).

1. *Fundamentos filosóficos.* Proceden de cinco escuelas filosóficas (empirismo, racionalismo, realismo, idealismo y materialismo) que ofrecen sustento en el dominio y la comprensión de rasgos y regularidades en el accionar del sujeto en general y en especial en el ámbito educacional. Responden a la pregunta ¿qué es educar?
2. *Paradigmas educativos (explicativo, interpretativo, sociocrítico).* Como esquemas de construcción del conocimiento que proceden de los fundamentos de diversas escuelas filosóficas afines entre sí y contrapuestos con las otras escuelas filosóficas. Responden a la pregunta ¿cuál es la naturaleza del conocimiento?
3. *Bases teóricas.* Son las teorías o modelos educativos (teorías conductistas, cognoscitivas, histórico-sociales) elaborados a partir de las bases filosóficas y enmarcadas dentro de los paradigmas de la educación. Responden a la pregunta ¿cómo se aprende?
4. *Lineamientos didácticos o metodológicos.* Como las ideas generales sobre la estructuración de los contenidos, el desarrollo de las actividades docentes, la planificación y organización de las actividades de enseñanza-aprendizaje y la forma en que se hacen las evaluaciones. Responden a la pregunta ¿cuáles son las funciones del educador, de los educandos y del contenido en la enseñanza?

Cualquier práctica educativa que sea independiente del ámbito y de los sujetos con que se realice, se sujeta a los mismos fundamentos filosóficos, teóricos y metodológicos existentes en este campo de conocimiento. De acuerdo a ello no se puede disponer de fundamentos especiales para las prácticas educativas en educación para la salud, al menos no hasta la fecha. El énfasis en la educación para la salud está en las sugerencias que se hacen de la aplicación de modelos educativos en una situación en particular, o en el impacto que cierto modelo teórico puede ejercer sobre un grupo específico. Así, la razón de ser de un sistema educativo supone necesariamente los siguientes elementos: una visión del mundo, una visión del hombre (dimensión antropológica), un conjunto de valores (dimensión axiológica), unos fines (dimensión teleológica) una teoría del conocimiento y una teoría educativa que incluye el perfil del educando (dimensión axiológica) y el modo de lograrlo; de tal suerte que la educación implica un paradigma de vida. La educación como hecho esencialmente

humano es, por lo tanto, traslapado por cuestiones sociales, económicas y políticas que la definen y estructuran (Huerta, 1996).

Figura 2. Secuencia lógica y congruencia entre los fundamentos filosóficos, teóricos y metodológicos

FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS	PARADIGMAS EDUCATIVOS	BASES TEÓRICAS	LINEAMIENTOS DIDÁCTICOS O METODOLÓGICOS
¿Qué es educar? ¿Para qué se educa?	¿Cuál es la naturaleza del conocimiento?	¿Cómo se aprende?	¿Cuáles son las funciones del docente, de los alumnos y el contenido de la enseñanza?
Escuelas filosóficas	Esquemas de construcción de conocimiento	Teorías	Lineamientos didácticos de una teoría educativa en particular, en correspondencia con el paradigma educativo
Empirismo Racionalismo	Explicativo	Conductistas	
Realismo Idealismo	Interpretativo	Cognoscitivas	
Materialismo	Sociocrítico	Histórico-sociales	

Fuente: Aguilera, Pozos y Acosta, 2009.

Para la realización de la práctica educativa, las ciencias de la educación aportan elementos que propicien experiencias de aprendizaje, haciendo referencia a la necesidad de abordar la configuración del comportamiento desde la experimentación de diversas situaciones de aprendizaje, para hacer posible la integración, en la educación para la salud, de los aspectos cognitivos (conocimientos), los afectivos (actitudes y valores), los psicomotrices (habilidades personales) y los sociales (capacidades de relación). Esto a través de tres niveles de acción (Aldana y Núñez, 2002):

1. La transmisión de información.
2. La capacitación (aspectos técnicos y prácticos, adquisición de habilidades, aprender a hacer las cosas).
3. La formación (proceso en que se va organizando, construyendo o haciendo a la persona, para la adquisición de una manera de pensar, sentir y actuar).

Implica, en consecuencia, las características que debe tener el educador/equipo de salud, considerándolo como un facilitador, es decir, entendiendo la naturaleza de la tarea educativa para la salud como una relación de ayuda y apoyo no impositiva, y en la que el elemento fundamental de la relación educativa es el que aprende.

Ahora bien, las ciencias de la educación proporcionan elementos teóricos y metodológicos para el trabajo grupal —como lo serían las técnicas, los instrumentos didácticos y medios auxiliares—, aportan a la comprensión de la dinámica y el reconocimiento de procesos que operan en el grupo, y a la recuperación y sistematización de la práctica educativa, con el fin de asegurar una adecuada efectividad de las intervenciones y acciones que se realicen dentro del marco de la educación para la salud.

De la misma manera, nos permiten estudiar y analizar los métodos educativos para posibilitar su complementariedad y el manejo y la combinación de estos, a fin de alcanzar el conjunto de objetivos presentes en los proyectos educativos para la salud, reconociendo la necesidad de atender el aprendizaje desde la perspectiva de la complejidad.

Contribuyen con procedimientos específicos, planificados y sistemáticos de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientados a los individuos y a los grupos, para que tomen conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza para su calidad de vida; para hacerles más fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables, y para motivarlos a crear y reivindicar condiciones favorables a su salud.

De igual forma proveen conocimientos y directrices para una evaluación de la educación para la salud (planeación, proceso y resultados) y así indicar el grado de eficiencia o deficiencia de los programas y señalar el camino para su reformulación y valoración del éxito alcanzado por los esfuerzos realizados. Con ello se alude no solo al resultado de las actividades educativas sino también a la influencia de las acciones derivadas de

diversas instancias sobre la salud, esto es, sobre las condiciones de vida, ambientales o de servicios prestados a la población.

Delinean procesos metodológicos para la sistematización de la experiencia educativa y para el estudio del proceso educativo, lo que nos permite comprenderlo y mejorarlo, compartirlo y contribuir a una reflexión teórica.

Así mismo, estudian los sistemas educativos o aspectos de estos mediante el método comparativo (educación comparada), con el fin de contribuir a su mejora, y entre otras cosas buscan comparar el complejo entramado que representa el proceso educativo en cada población, o comunidad.

### Política educativa

Entendiendo que la educación supone un complejo cruce de instancias políticas, económicas, sociales, culturales, donde cada una de sus múltiples funciones se acentúa con mayor o menor énfasis según los poderes políticos que predominan en cada organización social y en un periodo histórico, desde la mirada de la política educativa se aborda el estudio y la interpretación de los fenómenos de carácter político que emanan de la vertiente socioeducativa, intentando develar las implicaciones educativas que tiene la orientación ideológica del poder político. Estudia el conjunto de fuerzas sociales que se encargan de dar direccionalidad al sistema educativo dentro de una formación social históricamente configurada y acotada en determinada sociedad nacional. Estudia los problemas y dice cuáles son las necesidades económicas y sociales de una sociedad y cómo deben ser satisfechas por medio de la educación.

### Historia de la educación

Es importante el estudio del contexto social de la educación, para identificar determinantes de la enfermedad, que a su vez sean determinantes de las desigualdades de educación. Para ello, la historia de la educación analiza los medios, modos y relaciones sociales de producción, transmisión, apropiación y distribución de saberes en un tiempo determinado y en articulación con otras dimensiones contextuales de la sociedad, con la economía y la política. Intentando recuperar los conflictos y las luchas realizadas en el interior de dichas relaciones.

### Economía de la educación

La relevancia de ese contexto económico dio origen a la economía de la educación, cuyo soporte inicial fue la teoría del capital humano. El nuevo concepto de educación entre los teóricos del capital humano, hace hincapié en que la educación debe ser un entrenamiento para solucionar problemas, actuar de forma creativa y tomar decisiones. En la redefinición del concepto propuesta por Gary Becker (1983), el capital humano se considera como la inversión en conocimientos, formación e información a las personas, lo que les permitirá dar mayor rendimiento y productividad a la economía moderna. Aplicado en el campo de la salud, considera a la educación para la salud como un factor clave para el cumplimiento de las metas de salud.

### Consideraciones al apartado

La educación para la salud puede tener varios significados diferentes en función de las situaciones particulares con las que se le relacione. No obstante, no hay que confundirla con solamente un proceso ni con una conducta aprendida para mantener y mejorar la salud, mucho menos con una técnica. Es, ante todo, un campo interdisciplinario que integra los aspectos teóricos y metodológicos de varias ciencias sociales, de la conducta y del aprendizaje, para la generación y crítica del conocimiento sobre un objeto de estudio específico.

La educación para la salud puede definirse como disciplina porque tiene un objeto específico de conocimiento, pero además porque tiene su propio cuerpo teórico, el cual está constituido por los conocimientos y principios que determinan cómo las personas afrontan el fenómeno salud-enfermedad y cómo pueden tomar conciencia de la salud; conocimientos que han estado determinados por factores exógenos que alteran sus contenidos científicos e ideológicos y que la han ubicado, en diferentes momentos históricos, en corrientes filosóficas divergentes. A pesar del debate acerca de su legitimidad como disciplina científica, puesto que los postulados teóricos en los que se fundamenta pertenecen a otras discipli-

nas, su objeto de conocimiento es tan específico y complejo como para justificar esta definición.

Pero tan importante como sus aspectos teóricos es el papel que la educación para la salud tiene en la formación de sus objetos de acción, integrados por la comunidad y las instituciones, en base a los aspectos científicos de su objeto de conocimiento disciplinar. Esto quiere decir que la educación para la salud es y debe ser, al mismo tiempo, un campo de conocimiento y un campo de acción, y como tal debe ser crítica y abierta.

Ahora bien, si partimos de que la educación es también un proceso de creación del conocimiento, entonces estaremos asumiendo que educación e investigación no pueden verse como procesos separados sino integralmente vinculados: educar para la salud es ayudar a apropiarse del método científico, es indagar, es experimentar. El investigador debe también atender a su responsabilidad como educador para la salud, y el educador debe necesariamente apoyarse en las investigaciones que él u otros realicen.

En general, abordar la compleja tarea de diseñar e implementar un programa de educación para la salud demanda conocimiento de la teoría política, social, comportamental, educativa y administrativa, así como un estructurado cúmulo de experiencia en el ámbito de servicios de salud y espacios comunitarios.

## Modelos de intervención educativa en educación para la salud

Históricamente la educación para la salud ha pasado por diferentes etapas o enfoques, dependiendo del contexto donde se ha desarrollado. Desde principios del siglo xx hasta la actualidad, los modelos de intervención se distinguen en dos grandes etapas o periodos: primer periodo o periodo clásico y segundo periodo (Salleras y Asenjo, 1990, citados por Valadez y cols., 2004), coincidentes con la evolución del concepto y el contenido de la educación para la salud, que transcurren paralelamente con los cambios sociopolíticos y con la evolución de la nosología y de los factores de riesgo. Cada una de estas etapas obedece a los planteamientos epistemológicos que conforman la educación para la salud, en los que subyacen determinadas concepciones acerca de la educación, el aprendizaje, el hombre y la salud (Emmanuele, 1998, citado por Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004).

Las posturas en este campo oscilan desde la adscripción a modelos generales de conducta hasta la proposición de técnicas de intervención educativa. En este terreno, la confusión es patente como resultado de la falta de acuerdo en la terminología, así como de los distintos niveles a los que hace referencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no opta por un modelo determinado, aunque recoge la polémica entre los enfoques metodológicos cuantitativos y cualitativos en los estudios de la conducta, al tiempo que evoluciona desde posturas normativas a participativas (Valadez y cols., 2004) (cuadro 3).

Cuadro 3. Modelos de intervención educativa

PRIMER PERIODO O PERIODO CLASICO		SEGUNDO PERIODO
ENFOQUES		Influída por algunas aportaciones de la hermenéutica y el paradigma crítico
1º enfoque Paradigma positivista	2º enfoque 1960 Paradigma tecnológico	Vinculada a la participación comunitaria
La educación para salud basada en:		La educación para la salud considerada como:
La trasmisión del conocimiento	El comportamiento Objetivo: conseguir comportamientos saludables	Participativa emancipadora, crítica de delegación de poderes Objetivo: cambio social
Prescriptiva con intención normativa y preceptiva	Serie de intervenciones destinadas a facilitar cambios de conducta y estilos de vida	Conforma un modelo radical que tiene por objetivo reducir las desigualdades sociales.
Supone la concepción bancaria de la educación	Modelos predictores del comportamiento: - Teoría de la acción razonada - Teoría de la atribución	Modelos derivados del condicionamiento clásico y operante: - Teoría del aprendizaje perceptivo - Teoría del aprendizaje social de Bandura
Las enfermedades son entendidas como algo que se encuentra al margen de las condiciones y comportamientos de las personas.	Dos grandes grupos 1. Teorías y modelos referidos al cambio individual 2. Teorías y modelos referidos al cambio grupal o comportamiento interpersonal	Teoría de la acción social Modelos más representativos: - Educación popular - Investigación-acción participativa
	Creencias en salud Comunicación persuasiva PRECEDE-PROCEED Modelo de teorías de etapas de cambio	Teoría del aprendizaje social Teoría de la difusión de innovaciones Modelo del aprendizaje del comportamiento

### Primer periodo o periodo clásico: la educación para la salud basada en la trasmisión del conocimiento y en la modificación de los comportamientos

Este primer periodo inicia a principios del siglo XX y llega a mediados de la década de los sesenta. En los años noventa se agregan la Teoría de la difusión de innovaciones y la Teoría o etapas de cambio, surgida ésta de los esfuerzos de lucha contra el tabaquismo y del tratamiento de la adicción al alcohol y a las drogas en Estados Unidos, pero ha sido aplicada a otra serie de comportamientos relacionados con la salud.

Este periodo se configura en un contexto social que combina el prestigio creciente de la ciencia médica, bajo el auge del positivismo, como confianza en la capacidad de la racionalidad científica y la actividad médica liberal. En este periodo se considera a la educación para la salud como una conducta secundaria desde una óptica paternalista.

El periodo consta de dos enfoques: informativo prescriptivo y de modificación de comportamientos.

#### Primer enfoque: informativo prescriptivo

En este enfoque se encuentran definiciones conceptuales que implican un proceso de transmisión de información con una intención preceptiva. Se trata de la forma más convencional de orientar actividades educativas, en este caso son los profesionales de la salud los únicos poseedores de los conocimientos necesarios para el cuidado de la salud, y los individuos deben estar dispuestos a aceptar y cumplir con precisión las indicaciones. Este enfoque se identifica como una línea autoritaria, a los individuos se les otorga un papel pasivo, receptor.

#### Segundo enfoque: modificación de comportamientos

Las diferentes propuestas y sus fundamentos se configuran tras la segunda guerra mundial, en un contexto de creación y desarrollo del Es-

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada (Valadez et al., 2013).

tado de bienestar y de los sistemas sanitarios públicos. En esta etapa histórica cobran importancia la racionalidad y la lógica de la tecnocracia del aparato del Estado, de las burocracias y la sumisión y adaptación del individuo.

La hegemonía teórica de los postulados que Max Weber formula a principios del siglo XX, facilita la necesaria cobertura desde el campo de las ciencias sociales, en medio de un predominio médico-biológico. Se abre el discurso sobre los factores sociales y culturales, y el análisis de las motivaciones y resistencias, de los instrumentos educativos y persuasivos para el cambio, pero en definitiva, centrados en la conducta de los individuos.

Se considera que este segundo enfoque surge como producto de la preocupación de la medicina por la conducta y su resultado en la salud. En él se da una *educación para la salud basada en el cambio de comportamiento*, orientación que se va desarrollando en la década de los sesenta, al contar con aportaciones de la antropología cultural, recuperando la subjetividad individual y enfrentada al nuevo problema que supone las elevadas mortalidad y morbilidad cardiovasculares y oncológicas, asociadas a estilos de vida no saludables. En este segundo enfoque los modelos de intervención educativa se desarrollan en dos grupos, basados en las teorías de cambio de actitud:

- *Los modelos predictores del comportamiento*: Basados en las teorías de cambio de actitud, con los desarrollos conceptuales más trabajados: la Teoría de la acción razonada y la Teoría de la atribución.
- *Los modelos derivados del condicionamiento clásico y operante y mediacional*: Con el desarrollo de las teorías del aprendizaje social de Bandura y la Teoría del aprendizaje observacional perceptivo (cuadro 4).

Estos modelos de intervención se encuentran fundamentados en el paradigma positivista, con base en las teorías psicosociológicas de la modificación de comportamientos, y se fundamentan en dos grandes interpretaciones teóricas del aprendizaje: el conductismo y el cognitivismo. El conductismo hace hincapié en la relación existente entre los estímulos y las respuestas observables a través de condicionamiento clá-

sico (Pavlov, Watson); el condicionamiento operante (Skinner) añade a lo anterior los antecedentes y las consecuencias de la acción, e introduce el papel de los refuerzos para lograr una respuesta. Las posiciones neoconductistas del aprendizaje vicario (Bandura) muestran que no es necesario estar involucrado en la acción, sino que se aprende mediante la observación de otros. El proceso de conocimiento es solo estímulo-respuesta, su base principal sigue una secuencia: primero se da un estímulo que prepara al individuo y luego surge una conducta, y por último se da un estímulo que garantiza la conducta.

El cognitivismo tiene sus raíces en la ciencia cognitiva y en la teoría del procesamiento de la información, intenta explicar la conducta a partir de los procesos mentales, resalta que según la forma en que la persona procesa la información y entiende el mundo que le rodea, desarrolla un determinado tipo de conducta. Los individuos contrastan las nuevas informaciones con su estructura cognitiva y a partir de allí moldean sus acciones.

Según el cognitivismo, el aprendizaje es un proceso intencional de modificación de significados, que resulta de la interacción entre la nueva información y el sujeto. De acuerdo a esta corriente, el individuo tiene estructuras cognitivas preexistentes (esquemas) con las que interactúa la nueva información y en las cuales encaja modificando dichos esquemas (Riviere, 1987).

Cuadro 4. Primer periodo o periodo clásico: segundo enfoque

Bases teóricas de sus intervenciones

1. Modelos predictores de comportamiento: teorías de cambio de actitud	1.1. Teoría de la acción razonada  1.2. Teoría de la atribución
2. Modelos derivados del condicionamiento clásico Condicionamiento operante Teorías conductistas/ Teorías cognitivas	2.1. Teoría del aprendizaje social 2.2. Teoría del aprendizaje observacional o perceptivo

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada (Valadez *et al.*, 2013).

### Modelos predictores de comportamiento: teorías de cambio de actitud

El concepto de actitud se introdujo en las últimas décadas del siglo XX en psicología social, al presentarse el problema de que previo a la acción se tenía que tener una “preparación” o “disposición”, que la anticipe y explique, esto es, el componente actitudinal del sujeto hacia el propio desempeño de una conducta bajo determinadas circunstancias (Fishbein, 1967). En general en el contexto de la educación para la salud se considera que una actitud es una predisposición mental adquirida y duradera que incita a comportarse de una forma determinada consistentemente, sea en forma favorable o desfavorable frente a determinado tema de salud. Este conjunto de reacciones frente a un estímulo, sea objeto, persona o situación, se resume en tres componentes principales, cuya suma es el resultado de las experiencias ligadas estrechamente:

1. *Aspecto cognitivo o estructura cognitiva.* Los conocimientos son representaciones mentales derivadas de la apropiación cognitiva que cada individuo consolida a lo largo de su vida; se estructuran como ideas, nociones, creencias, definiciones o conceptos, e incluso como modelos o teorías, dependiendo del nivel de su elaboración. La fijación, permanencia y utilidad de estos en la vida de los individuos está mediada por la percepción, la información, la experiencia y el raciocinio, y expresan lo que cada persona sabe respecto de algo.
2. *Aspecto afectivo.* Conciernen a nuestros sentimientos o reacciones emocionales frente al estímulo en cuestión, que varía en dirección a favor o en contra y en intensidad de mayor a menor.
3. *Aspecto connotativo.* Compete a la tendencia a la acción. La intención se refiere a la decisión de ejecutar o no una acción particular. Incluye todos los planes, decisiones e intenciones relativas a las acciones por emprender frente al estímulo. La intención está determinada por un factor personal o “actitudinal” (actitud hacia la conducta) y un factor social o “normativo” (norma subjetiva), el cual indica la percepción del individuo respecto de la presión social que se ejerce sobre él para que ejecute (o no ejecute) una determinada

conducta (Fishbein, 1967) y con los resultados que se prevén de la misma, como un sistema dinámico.

Por tanto, las actitudes se fundamentarían en tres pilares: uno cognitivo, alimentado por la información, las vivencias y los conocimientos y las creencias; uno afectivo, mediado por sentimientos, emociones, valores, gustos y aversiones, y el pilar comportamental, influido por las habilidades motoras, psíquicas, cognitivas, verbales y sociales. Expresan por tanto una fuerte carga valorativa sobre algo o alguien, razón por la cual se reconoce que una persona sin información, sin una creencia o sin conocimiento sobre algo, no puede tener una actitud formada respecto de ese algo.

Ajzen y Fishbein (1974) refieren que las actitudes solo son un indicador de la conducta que se mantiene en torno a los objetos de referencia, pero no son la conducta en sí. Por ello las mediciones de actitudes deben interpretarse como *síntomas* y no como *hechos*. A este respecto, las actitudes tienen propiedades, entre las que destacan: la dirección, que puede ser positiva o negativa, y la intensidad, alta o baja. Además poseen una variabilidad que va desde un extremo positivo o favorable, al otro, negativo o desfavorable. Estas propiedades son cuantificables y su medición permite cierto grado de predicción de conductas futuras, frente a determinadas situaciones (Valadez, Alfaro, Aranda, Celis y Aldrete, 2002), ya que si bien no constituyen una causa necesaria o suficiente para predecir un determinado comportamiento, la actitud sí es facilitadora.

Teoría de la acción razonada. Existe un gran número de desarrollos conceptuales acerca de los mecanismos del cambio de las actitudes. Las teorías del cambio de actitudes partieron de conceptos generales de las grandes teorías psicológicas existentes, el tema más trabajado son los mecanismos de cambio, siendo la Teoría de acción razonada (Maibach y Parrott, 1995) una de las más significativas y más usada en el área de la salud.

La Teoría de acción razonada trata sobre las creencias, actitudes, intenciones y conductas (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975), surgió como un producto del conocimiento acumulado en psicología social respecto de las relaciones entre actitudes, creencias y comportamientos humanos. Esta teoría asume que la mayoría de las conductas están

determinadas por creencias ocultas que se derivan de y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive. Fue desarrollada para predecir y explicar comportamientos de relevancia social; postula el carácter racional, voluntario e intencional de la conducta; asume que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control de la voluntad de las personas, que como seres racionales procesan en forma sistemática la información de la que disponen, la utilizan y la estructuran para formar la intención de realizar o no realizar una conducta específica.

En el cuadro 5 se desglosan los conceptos nodales manejados por esta teoría: *a)* la intención del comportamiento, *b)* la actitud hacia el comportamiento y *c)* la norma subjetiva, y se muestra su aplicación en los procesos educativos.

En su perspectiva, la intención personal para ejecutar un comportamiento es función a su vez de dos determinantes: *a)* la actitud de la persona en relación a la conducta, de acuerdo con sus creencias sobre las consecuencias de practicar ese comportamiento, y *b)* la percepción de la persona sobre las presiones sociales o las normas ejercidas sobre la persona por parte de su grupo de referencia, como son los padres, amigos y pares, para adoptar un comportamiento determinado.

Propone que las personas se comprometerán con una conducta dependiendo de sus intenciones de compromiso en dicha conducta, y que su intención a la vez depende y está equilibrada por: *a)* la percepción que tenga la gente de la importancia de la norma subjetiva sobre su conducta, y *b)* la actitud del individuo hacia la conducta de enriquecimiento de la salud le será personalmente beneficiosa.

Cuadro 5. Teoría de acción razonada

Concepto	Definición	Aplicación
Intención de comportamiento	Percepciones que tienen las personas de si se comportarán o no de cierto modo; la idea que se forman de la probabilidad de comportarse de cierta manera.	Desarrollar intervenciones que tengan más probabilidad de instar al individuo a adoptar conductas sanas. Las intenciones se miden por una escala de 7 puntos que varía desde probable hasta muy probable de que se adopten conductas sanas.
Actitud hacia el comportamiento	Percepción de los individuos de que es una buena o mala idea comportarse de dicha manera. Esta actitud se basa en la percepción que tienen las personas de las consecuencias. Cuanto más perciba una persona que un comportamiento tendrá consecuencias positivas e impedirá consecuencias negativas, más positiva será la actitud. La valoración del individuo hacia el comportamiento.	Enfatizar los beneficios de las conductas saludables desde el punto de vista de la audiencia, no desde la perspectiva de los trabajadores en salud. La actitud hacia el comportamiento está correlacionada con las intenciones y es un predictor importante de conductas como el uso de preservativos, dejar de fumar, someterse a una mamografía y otras conductas.
Norma subjetiva	El individuo percibe que las personas importantes en su vida realmente desean que ellos adopten o no el nuevo comportamiento (padres, amigos, parientes, figuras religiosas y trabajadores en salud). La motivación del individuo por hacer lo que quieren las personas importantes en su vida.	Es importante desarrollar programas de comunicación en salud para estas personas.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Fundación W. K. Kellogg, 2001.

Teorías de la atribución. En el campo de estudio de la actitud se ha venido comprobando la importancia que las atribuciones o explicaciones causales dadas por las personas en relación a eventos, personas o cosas tienen en la configuración de las actitudes hacia dichos eventos, personas o cosas (Stahlberg y Frey, 1990). Esto lo recogen de forma clara Fishbein y Ajzen (1975) en su conocida Teoría de la acción razonada, según la cual las actitudes hacia una conducta dada están determinadas por las

creencias de la persona de que la conducta lleva a ciertos resultados y a la evaluación de dichos resultados. Esta evidencia ha venido siendo utilizada en los trabajos de cambio de actitud basados en la observación de consecuencias de la conducta en otras personas (Stroebe y Jonas, 1990).

La atribución se refiere a los esfuerzos de las personas por comprender las causas subyacentes a la conducta de los demás; de acuerdo con la percepción del objeto o del sujeto, se centra en fenómenos cotidianos y psicológicos a los que se les dan explicaciones ingenuas o de sentido común. Es un proceso cognitivo mediador entre la realidad física objetiva y la reacción de un individuo, en la que se infieren los rasgos, motivos e intenciones de los demás a partir de la observación de su comportamiento, y se da una asignación de causalidad explicativa de la realidad, habitual en la vida diaria. Desde la cognición social y dentro de la percepción social, los procesos de atribución se entienden como la explicación sobre las causas de los acontecimientos, que nos ayudan a dar sentido, manejar y predecir la conducta. La atribución tiene un carácter social, y es muy importante para el comportamiento humano, actúa en todos los niveles de análisis de la realidad psicosocial (individual, interpersonal, grupal y societal).

La atribución es considerada como social porque:

- Participa en los procesos de evaluación de hechos sociales de forma diferente, si la persona es actor u observador.
- Infiere la categorización o asociación de la persona a un grupo.
- Se puede transmitir por comunicación interpersonal y ser compartida por todos los miembros del grupo.
- Su origen reside en la información social y es influida por la interacción social.
- Su objeto es un acontecimiento que tiene que ver con personas o tiene consecuencias sociales.

Los procesos atribucionales son básicos en el funcionamiento psicológico, por lo tanto son indispensables para que una persona establezca si una conducta determinada es apropiada o no para conseguir un objetivo (Palmero, Gómez, Carpi y Guerrero, 2008). En los procesos atributivos

la causa no es directamente observable, es inferida por la persona que realiza el análisis causal.

Visto en estos términos, las teorías de la atribución se centran en el estudio de cómo los sujetos llevan a cabo explicaciones de la conducta social, es decir, cómo las personas procesan información para determinar las causas de un suceso (relaciones causa-efecto), se basan en la búsqueda causal de las acciones o acontecimientos que tienen lugar en nuestra vida (Garrido Gutiérrez, 1995). Y tienen como cuestión fundamental el conocer qué tipo de eventos elicitán o estimulan la búsqueda de explicaciones. En este sentido, la literatura sobre atribución es consistente al demostrar que los sucesos no esperados y los que son percibidos como algo negativo por parte de las personas son los que generan un mayor número de atribuciones causales (Weiner, 1979).

La literatura menciona tres modelos explicativos:

1. La Teoría atribucional de Heider (1958), llamada también Psicología ingenua de la acción. Parte del interés en conocer cómo las personas se explican los procesos extraños o que se salen de la norma (norma de inferencia del sentido común). Ante la situación nueva, el sujeto focaliza su atención y busca una explicación a través de dos procesos: *a*) evalúa la capacidad del actor, y *b*) evalúa la dificultad de la tarea. Heider destacó dos tipos de factores causantes de una conducta: los factores disposicionales o internos, propios de cada sujeto (personalidad, actitud, disposición), y los factores situacionales o externos, que son ajenos al sujeto (radican en las circunstancias: situación, estructura social y cultural). Los aspectos considerados por el autor se sitúan en tres cuestiones: una relación de posibilidad entre la capacidad del actor y la dificultad de la tarea, la motivación del actor, y la intensidad o calidad de los esfuerzos.
2. En cuanto a la Teoría de la inferencia correspondiente, de Jones y Davis (1965), se menciona que las inferencias correspondientes son aquellas que infieren directamente la disposición o característica personal del sujeto a partir de la conducta observada. Esta teoría se refiere a la generalización que se realiza sobre la futura conducta

- de alguien, en función de otras atribuciones internas e intencionales realizadas anteriormente (Hewstone y Antaki, 1990).
3. El Modelo de covariación, de Kelley (1967), establece que cuando existen varios acontecimientos que pueden ser la causa desencadenante de un mismo hecho, solo aquellos que han demostrado relacionarse con él de forma consistente a lo largo del tiempo, serán asumidos como causa del acontecimiento. El Modelo de covariación plantea que el observador antes de realizar una atribución lleva a cabo un procesamiento de la información disponible ante la situación novedosa.

Este Modelo de covariación incluye tres factores: a) consenso, cuando la mayoría responde de manera similar a la persona observada; b) distintividad, cuando la persona observada responde de manera diferente a otros objetos o entidades similares; c) consistencia, cuando la persona responde siempre de la misma manera o parecida forma al estímulo o situación considerada. Cada uno de estos factores puede adquirir un valor alto o bajo, resultando tres combinaciones: 1. consenso alto, distintividad y consistencia alta; 2. consenso bajo, distintividad baja y consistencia alta; 3. consenso bajo, distintividad alta y consistencia baja.

Para formular sus juicios atributivos, los sujetos examinan entre sí los diferentes elementos de información de que disponen, resultando una serie de combinaciones, de acuerdo al estímulo, la persona y las circunstancias.

Kelley nos habla de los esquemas causales, es decir, las preconcepciones sobre las causas que pueden ser asociadas a determinados efectos; estas nos permiten explicar las atribuciones causales cuando no se cuenta con todos los elementos informativos.

En este marco de ideas, el estudio de las atribuciones en el campo de salud aparece como fundamental por dos razones:

1. Cuando se investigan las causas del proceso de salud/enfermedad, la mayor parte de la información se obtiene a partir de las explicaciones dadas por personas ajenas al sector salud.
2. Las explicaciones causales que las personas o grupo den del proceso salud/enfermedad van a influir en su conducta.

### Modelos derivados del condicionamiento clásico y operante

En segundo lugar aparecen los modelos derivados de las teorías del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante y las procedentes del enfoque mediacional, con el desarrollo de las teorías del Aprendizaje social y del Aprendizaje observacional o perceptivo (cuadro 4).

El condicionamiento es un procedimiento que consiste en establecer ciertas condiciones de control de estímulos. En sentido amplio significa la asociación de patrones bastante específicos de comportamiento en presencia de estímulos bien definidos.

Hay tres tipos básicos de condicionamiento:

- *Condicionamiento clásico*, en el cual un estímulo que no producía una respuesta es asociado con un estímulo que ya producía tal respuesta (el estímulo incondicionado), hasta que el primer estímulo también pasa a producir la respuesta.
- *Condicionamiento operante*, en el cual la frecuencia de una respuesta es aumentada o reducida por su asociación a un estímulo aversivo o uno reforzador.
- *Aprendizaje vicario*, en el cual se aprende por estímulos vistos por el sujeto, o sea por imitación de conductas.

La principal diferencia entre condicionamiento clásico y condicionamiento operante es que en el clásico no hay posibilidad de escaparse de dar la respuesta prevista, y en el operante la persona tiene la facultad de elegir una conducta que repetirá o no, según el resultado. En el condicionamiento clásico se actúa sobre el estímulo y en el operante sobre la respuesta. El adjetivo *operante* se emplea para caracterizar este tipo de condicionamiento porque, y a diferencia del condicionamiento clásico, el sujeto interviene u *opera* en el medio, lo modifica y este reobra sobre el organismo: si los resultados de la acción del sujeto son "adecuados" (en la versión más mentalista diríamos: "placenteros"), la conducta se aprenderá, siendo más probable que se emita de nuevo en las mismas circunstancias; si los resultados de la acción no son "adecuados" (son "desagradables") dicha conducta tenderá a desaparecer del sujeto.

Es un tipo de aprendizaje asociativo que tiene que ver con el desarrollo de nuevas conductas en función de sus consecuencias. Persigue la consolidación de la respuesta según el estímulo, buscando los reforzadores necesarios para implantar esta relación en el individuo, utilizando procedimientos ya sea para aumentar la conducta o para disminuirla. Sus técnicas son muy concretas, centradas en el aquí y ahora, basadas en el análisis funcional de la conducta y su modificación. Es ideal para entornos educativos donde se necesiten respuestas inmediatas para controlar ciertas conductas. Las técnicas actúan sobre la conducta manifiesta y no tienen en cuenta otros factores, como los emocionales, los genéticos o los ambientales, que pueden ser también origen de las conductas disruptivas.

Teoría del aprendizaje social. La Teoría del aprendizaje social entiende el funcionamiento psicológico como una interacción recíproca y prolongada entre la conducta y las condiciones que la controlan, se enfoca a determinar en qué medida aprendemos no sólo de la experiencia directa, sino también de observar lo que le ocurre a otras personas.

Distingue entre aprendizaje activo (aprender al hacer y experimentar) y aprendizaje vicario u observacional (aprender observando a los otros); este aprendizaje está basado en una situación social en la que al menos participan dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada, y el sujeto, que observa dicha conducta; esta observación determina el aprendizaje. A diferencia del aprendizaje por conocimiento, en el aprendizaje social el que aprende no recibe refuerzo, sino que este recae en todo caso en el modelo, aquí el que aprende lo hace por imitación de la conducta que recibe el refuerzo.

La base de la Teoría de cognición social de Bandura aparece por primera vez en 1963, cuando Bandura y Richard Walters, otro psicólogo, publican su concepto "aprendizaje social y desarrollo de la personalidad". Esta teoría va a ampliar las ideas propuestas por los psicólogos Neal Miller y Dollard John en 1941, ya que sugiere que el aprendizaje se basa en la observación y el refuerzo. Bandura edifica su teoría sobre el aprendizaje social en 1977 con la publicación de su concepto "auto-

eficacia"<sup>1</sup>, que enfatiza la importancia de la confianza en sí mismo en el aprendizaje. La teoría de Bandura se consolida en 1986 con la publicación de "Fundamentos sociales de pensamiento y acción: una teoría cognitiva social".

Fue en este punto que Bandura distinguió entre aprendizaje social y teoría cognitiva social, indicando que los factores personales, tales como los procesos cognitivos y los factores sociales que se manifiestan en el comportamiento y en el entorno, configuran el aprendizaje de una persona. Estableciendo un puente entre las teorías conductuales y cognitivas del aprendizaje, centrándose en la importancia de la atención del educando, la memoria y la motivación.

Este autor sostiene que en el aprendizaje social intervienen en forma por demás importante otros factores: los procesos vicarios, simbólicos y autorreguladores, así como la "capacidad cognoscitiva del ser humano", por medio de la cual el hombre puede representarse simbólicamente las influencias externas y usa estos símbolos como pauta de sus acciones para la solución de sus problemas.

Formula la Teoría del aprendizaje por observación. Como pionero de la Teoría de la cognición social, afirma que los seres humanos aprenden a través de la observación de la conducta de otros, las actitudes y las consecuencias de ese comportamiento, es decir, del ejemplo de los demás, imitándolos (Bandura, 1969).

Bandura refiere la existencia de representaciones mentales para comprender la imitación, en particular en la fase de la adquisición de la conducta, e indica dos fases, divididas a su vez en dos subfases, para explicar el proceso de aprendizaje social, y en las cuales se diferencian los procesos de aprendizaje y los de ejecución.

#### 1. Fase de adquisición de la conducta con las subfases de atención y retención:

<sup>1</sup> Bandura hace hincapié en la importancia de las creencias propias de cada persona acerca de su capacidad de aprender algo nuevo. La autoeficacia podría definirse como la percepción que uno tiene de sí va a ser capaz o no de realizar esa acción. No solamente es importante que uno piense si realizar una conducta le va a reportar beneficios sino que también, y casi más determinante, es si la persona se cree capaz o no de hacerlo.

- Procesos de atención, dirigidos al modelo que se intenta imitar (belleza física, semejanzas entre el modelo y el aprendiz) y al agente aprendiz (buen estado de los órganos sensoriales, nivel de activación).
  - Procesos de almacenamiento y recuperación, es decir, la codificación simbólica de la información que está siendo procesada por el educando, así como su almacenamiento y la recuperación posterior, para ser utilizada o ejecutada en la situación requerida.
2. Fase de la ejecución de la conducta con las subfases de la reproducción motora y de la motivación y el refuerzo:
- Procesos de reproducción de la conducta aprendida que será ejecutada.
  - Elementos motivacionales: la posibilidad de obtener retroalimentación de la conducta aprendida; el reforzamiento vicario (cómo el modelo recibe recompensas); la motivación extrínseca (obtención de recompensas).

En este sentido, podemos aprender nuevas conductas sin necesidad de ensayo y error, la representación mental de la situación de aprendizaje nos permite anticipar las consecuencias derivadas de nuestras respuestas y modificar los aprendizajes antes de aplicarlos. Desde esta perspectiva, para aprender una conducta no es necesario reproducirla.

Esta teoría explica la conducta humana y el funcionamiento psicológico como el producto de la interacción recíproca y continua entre el individuo y el medio ambiente, admitiendo la participación no solo de factores sociales o aprendidos, sino también de factores de tipo biológico o genéticos.

Bandura describe un modelo de aprendizaje con una base “mediacional” (aprendizaje social), en el que la combinación de factores del entorno (sociales) y psicológicos influyen en la conducta. Se dice mediacional porque establece que entre los estímulos de entrada y las respuestas inciden multitud de fenómenos de carácter cognitivo, el individuo aparece como un intermediario activo entre el estímulo y la respuesta.

Bandura afirma que el aprendizaje se produce a través de una interacción recíproca entre las influencias ambientales, conductuales y

cognitivas, sostiene que el aprendizaje no es un simple caso de causa y efecto, el comportamiento también puede determinar un entorno, por lo tanto, los efectos de la conducta y el medio ambiente son recíprocos y se interrelacionan. En la Teoría cognitiva social, el comportamiento, el entorno y los factores cognitivos interactúan entre sí al igual que los puntos de un triángulo.

Las influencias ambientales pueden ser sociales —incluyendo los amigos de la persona y su familia—, así como físicas o cosas. Las influencias cognitivas y emocionales se refieren a los procesos de pensamiento del educando y a sus creencias de confianza en sí mismo que determinan si efectivamente puede aprender y realizar lo que está observando. Las influencias conductuales se refieren al comportamiento que manifiesta y a sus consecuencias.

A esta relación de fuerzas Bandura la denominó “determinismo recíproco” o “reciprocidad triádica”, los comportamientos dependen de los ambientes y de las condiciones personales. Estas, a su vez, de los propios comportamientos y de los contextos ambientales, los cuales se ven afectados por los otros dos factores; es decir, explica la conducta, en la que resalta los efectos mutuos del individuo y del ambiente (Bandura, 1987). Esta reciprocidad “no significa simetría en cuanto a la intensidad de las influencias bidireccionales” (Bandura, 1987: 44): la influencia relativa de los factores A (ambientales), P (personales) y C (comportamentales) varía en función del individuo y de la situación. Cuando las condiciones ambientales son muy restrictivas y demandantes pueden prácticamente obligar a realizar una determinada conducta; cuando las presiones ambientales son más débiles, los factores personales pasan a desempeñar un papel preponderante en el sistema regulador.

Lemke (1997) propone que para entender el aprendizaje en ambientes complejos, y en especial para comprender por qué individuos diferentes aprenden cosas diferentes de la misma experiencia, se debe identificar el estímulo funcional que indica la respuesta de cada aprendiz.

Bandura reconoce en el hombre la capacidad de autorregular su conducta en vista de que puede anticipar las consecuencias. Visto de esta manera, el aprendizaje social resulta ser un “proceso recíproco de influencia” entre el medio y la conducta. El medio se considera como una potencialidad que puede, en cierto modo, ser producida por la conducta, pero que

a su vez puede modificarse. En esta teoría se reconoce que los medios sociales proporcionan una gran flexibilidad para crear variaciones que pueden afectar a los individuos.

En resumen, Morris (1995) dice que aprendemos las conductas que son valiosas y, por lo tanto, somos capaces de anticipar las consecuencias de actuar de diferentes maneras. Además, plantea que Bandura subraya que los seres humanos son capaces de fijarse a sí mismos estándares de ejecución y luego recompensarse (o castigarse) por alcanzar o fracasar al tratar de alcanzar esos estándares. En otras palabras, Morris (1999) menciona que las personas pueden ser su propia fuente de reforzamiento o castigo y pueden, por lo tanto, regular su propia conducta.

La Teoría cognitiva social del aprendizaje establece tres grandes tipos de incentivos: directos, vicarios y autoproducidos. Cuando vemos que otra persona obtiene una recompensa al realizar una determinada conducta, tendemos a imitar esa conducta. En este caso se habla de un incentivo *vicario* (Bandura, 1969).

La Teoría del aprendizaje social, al demostrar la importancia de los modelos en el aprendizaje y la posibilidad de reforzar las conductas a través de los mismos sin necesidad del refuerzo directo, se convierte en una de las más aplicadas en la educación para la salud. Según esto, el individuo puede adquirir patrones y respuestas intrínsecas simplemente por medio de la observación del comportamiento de modelos apropiados. Las respuestas emocionales pueden ser condicionadas a partir de la observación, gracias a las reacciones afectivas desencadenadas por los modelos.

Dado su énfasis en las expectativas, el *insight*, la información, la autosatisfacción y la autocrítica, la Teoría del aprendizaje social tiene un gran potencial para ampliar nuestra comprensión no únicamente acerca de cómo aprenden las personas destrezas y habilidades, sino también de cómo se transmiten actitudes, valores e ideas de una a otra persona. De acuerdo con este punto de vista del aprendizaje, los seres humanos poseen no solo visión sino también *insight* (discernimiento), percepción retrospectiva y previsión. Utilizamos todo esto para interpretar nuestra propia experiencia y la de otros (Morris, 1995).

Teoría del aprendizaje observacional o perceptivo. Para la Gestalt, toda persona está inmersa en un ambiente incesante de estimulación que "bombardea" en diferentes grados sus sentidos receptores, que de no regularse podrían inmovilizar al individuo; por eso existen mecanismos de bloqueo y filtro que regulan este proceso: así surge la Teoría de la percepción o del aprendizaje perceptivo. Aunque en esta teoría se reconoce ya la estructuración de los procesos mentales como un mecanismo dinámico de interacción entre el individuo y su medio ambiente, el mayor peso de esta interacción lo tiene la capacidad perceptiva del individuo, hecho que le da a la teoría un carácter subjetivista. Lo real es real en la medida en que es experimentado por el sujeto y, del mismo modo, el peso de la estructura social e histórica queda reducido a la perspectiva del individuo.

La percepción se realiza cuando interpretamos o damos significado a un estímulo; esta percepción consiste en organizar la estimulación externa en patrones significativos. La interpretación de este estímulo varía de persona a persona dependiendo del significado o los significados que cada una puede atribuirle a ese estímulo. La percepción no se limita a un proceso pasivo de decodificación de la información sensorial recibida, es un proceso activo, no del todo consciente, a través del cual el hombre obtiene información y la acomoda de acuerdo con sus necesidades e intereses. Como actividad cognitiva, implica una interacción que supone, por un lado, la persona que percibe (individuo o grupo comunitario), y por otro, el estímulo o situación que es objeto de su percepción. Involucra tanto aspectos de asimilación como de acomodación. Esta percepción además de ser subjetiva es selectiva. Lo que hace que los estímulos recibidos no sean considerados igualmente por la persona que percibe y sean solo algunos aspectos los que atraigan su interés.

Bertoglia (1990) plantea que en los procesos perceptivos se conoce la participación de diferentes factores:

- *Factores que provienen del estímulo* (factores subjetivo-externos). Contemplan todos los elementos concretos que están presentes en el estímulo o en la situación, incorporando las características contextuales. De este modo la intensidad, la novedad, la repetitividad y el grado de estructuración representan condiciones que caracterizan al estímulo propiamente.

- *Factores que son propios de la persona* (factores subjetivo-internos). Son todas aquellas características personales, tanto biológicas, psicológicas y culturales, que tienen participación en el proceso perceptivo. Aquí se incluyen las condiciones de los órganos receptores (visión, audición), nuestras motivaciones, intereses, expectativas y conocimientos.
- *Factores de interrelación entre los dos grupos*. Se refieren a la dinámica que se produce entre ambos grupos de factores. Si una persona tiene problemas de percepción auditiva, puede mejorar su percepción, por ejemplo, si la acercamos a la fuente sonora. La calidad del estímulo debe ser óptima para lograr que sea percibido adecuadamente.

El estudio del aprendizaje perceptivo tiene una larga tradición en diversas disciplinas psicológicas, tales como psicofisiología, psicología evolutiva, psicología cognitiva. En cualquier caso, la percepción, esa ventana del sistema cognitivo hacia el mundo exterior, entendida como capacidad para extraer información del entorno próximo a nuestros sentidos, es modificable y mejora con el desarrollo y con la práctica (muchas veces en interacción, en particular en la infancia). Para que se produzca aprendizaje perceptivo se requiere de unas condiciones de práctica en la cual pueda darse una interacción entre la estimulación y una serie de procesos cognitivos, sensoriales o atencionales, que intervienen activamente en esos momentos.

Lo que se conoce sobre aprendizaje perceptivo proviene de tres grandes líneas de investigación (Romero, 1988, 2010):

1. *Estudios fisiológicos*. Tratan de averiguar la influencia de las características estructurales y funcionales del aparato sensorial en los procesos perceptivos más complejos. Los campos más estudiados son: estructura y función de los sistemas perceptivos al nacer, experiencias de enriquecimiento y privación sensorial, adaptación a distorsiones perceptivas artificialmente inducidas (por ejemplo, lentes prismáticos para ver de forma invertida), efectos de la disfunción prolongada de un sistema sensorial (por ejemplo, la visión al curarse después de una ceguera prolongada), efectos de fármacos sobre la percepción.

2. *Estudios evolutivos o de desarrollo perceptivo*. Se centran en la descripción del desarrollo y permiten la distinción entre habilidades perceptivas innatas y adquiridas, relacionando sus resultados con estadios y etapas delimitadas.
3. *Estudios sobre modificación de la percepción a través de procesos psicológicos*. Se enfocan en investigar cómo se crean nuevas formas de percibir la realidad, es decir, en la modificación de la percepción controlando variables psicológicas en sujetos normales y adultos.

Dentro de esta última línea (estudios sobre la modificación de la percepción a través de procesos psicológicos) ha habido dos vertientes:

1. *Teorías cognitivas mediacionales o constructivistas*: Se refieren a la percepción como actividad "construida" por la mente, en donde lo fundamental son los procesos cognitivos que intervienen en la percepción, sobre todo los procesos de codificación y los de representación.
2. *Teorías conductistas*: Entienden el aprendizaje perceptivo en función de las condiciones que permiten la discriminación de estímulos, analizando la relación entre variables estimulares y respuestas relacionadas con los estímulos. Se trata de un enfoque asociacionista en el que se estudia el aprendizaje perceptivo en términos de condicionamiento instrumental. Muchas habilidades perceptivas básicas se logran, pues, mediante condicionamiento, sea clásico o instrumental.

Ambos grupos de teorías pueden entenderse de modo complementario, las primeras centradas en la arquitectura cognitiva que permite la percepción y su modificación, y las segundas centradas en la organización de la experiencia sensorial, en las condiciones que permiten que se pongan en marcha los procesos perceptivos.

Las implicaciones prácticas del aprendizaje perceptivo, y en general los conocimientos acerca del aprendizaje, tienen importantes aplicaciones en contextos de entrenamiento, ya sea escolar, familiar, de ocio, o de rehabilitación. En intervención de procesos de aprendizajes básicos, la lectura es fundamentalmente perceptiva en su componente de decodificación, incluyendo el significado y la comprensión. De igual forma, en la disposición de materiales didácticos en donde los principios de aprendizaje per-

ceptivo forman parte de las normas para diseñar materiales didácticos, en particular si se tienen en cuenta principios atencionales y perceptivos (información estática: pizarrón, transparencia, diapositivas, libros, manuales de instrucciones; e información dinámica: videos).

Los modelos educativos que se fundamentan en estas teorías, generalmente niegan toda posibilidad de participación al sujeto que aprende, incluso en la definición y formulación de lo que tiene que aprender. La relación pedagógica se plantea en términos del que enseña y el que aprende, el que puede validar o sancionar el aprendizaje del otro y el que tiene que responder a las exigencias que se le imponen. En la aplicación de estudios sobre la motivación humana (Maslow, 1976) y sobre la actitud (Ajzen y Fishbein, 1980), aunque cobra cierto auge la dinámica de grupos, todavía la mayoría de las actividades de la educación para la salud se centran en lo individual.

Entre los modelos educativos más representativos de este segundo enfoque de la primera etapa o etapa clásica, se tienen dos grandes grupos: los que se refieren al cambio individual, centrados en la persona, de corte conductista; y los que se refieren al cambio grupal.

#### Modelos referidos al cambio individual: teorías de cambio individual

Las teorías de cambio individual parten del punto de vista de que el individuo es la referencia más importante e inmediata para propiciar los cambios de comportamiento de la población. En este caso se señala que el nivel individual es el nivel básico para empezar a desarrollar la práctica, ya que el otro nivel, el de los grupos, organizaciones y comunidades se compone de individuos. Entre los modelos referidos al cambio individual utilizados en educación para la salud se cuentan los siguientes (cuadro 3):

- Modelo basado en las creencias en salud.
- Modelo basado en la comunicación persuasiva.
- Modelo de la teoría de etapas o estados de cambio.
- Modelo PRECEDE-PROCEED.

Modelo basado en las creencias en salud. Durante la década de 1950, se desarrolló la arquitectura y descripción original del Modelo de creencias en salud, para comprender y predecir la conducta de los individuos con relación a la prevención de las enfermedades, el uso de servicios de salud, retrasos en la búsqueda de cuidados de la salud y cumplimiento de las recomendaciones médicas (Rosenstock, 1974; 1988; Leventhal, 1984; Kegeles, 1980). Este modelo supone que las creencias de las personas influyen de manera significativa en las decisiones que adoptan en relación con la salud; aborda las percepciones que tiene una persona, de la amenaza de un problema de salud y de la evaluación de un comportamiento recomendado para prevenir o manejar un problema. Situaciones que influyen en su susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad probable de la misma, los beneficios y dificultades que le suponen, en la aceptación de medidas preventivas recomendadas por las autoridades sanitarias y en la cooperación con los planes terapéuticos propuestos por el médico, con influencia indirecta de las variables sociodemográficas. Sugiere que si las personas poseen la información sobre la severidad de la enfermedad y su propia susceptibilidad a esta, adoptarán la conducta saludable si perciben que la conducta recomendada es efectiva (Donohew, Sypher y Bukoski, 1991; Smith, Helquist, Jimerson, Carovano y Middlestadt, 1993).

El Modelo de creencias identifica seis aspectos de la percepción (figura 3 y cuadro 6):

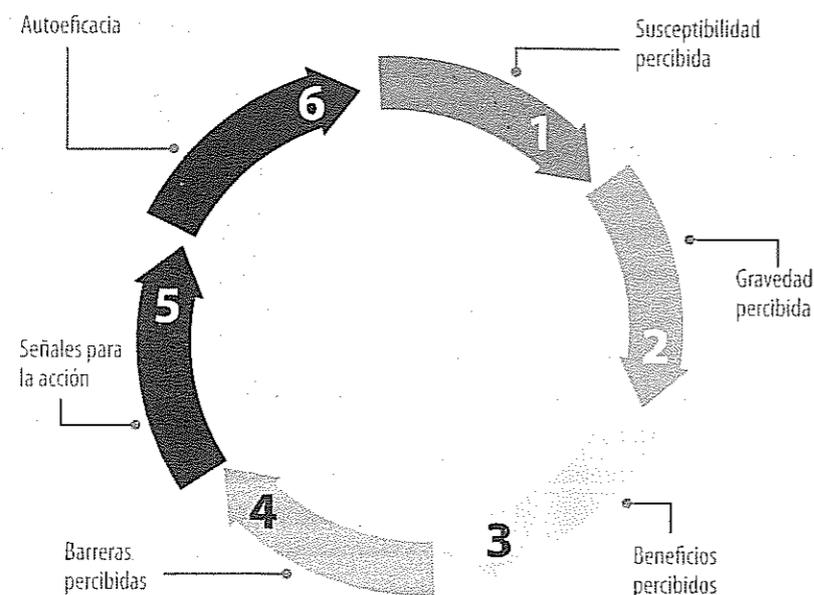
1. La exposición que se cree tener al problema de salud (percepción de riesgo).
2. Lo grave que se considera el problema de salud.
3. Los beneficios que se espera lograr del cambio de comportamiento.
4. Los obstáculos que se cree que existen, que no permiten llevar a cabo una acción.
5. Señales para la acción.
6. Autoeficacia.

La combinación ideal de estas percepciones hace que la persona esté dispuesta a actuar. El modelo contempla la necesidad de algún tipo de "estímulo para la acción" para que la nueva conducta se ponga en mar-

cha. Este estímulo sería la información que proporcionarían las instituciones de salud.

El Modelo de creencias resulta útil para analizar la falta de acción o de incumplimiento de las personas, identificando las razones para ello; tiene un buen ajuste cuando el comportamiento o la afección que constituye un problema origina una motivación de salud, ya que precisamente es el punto central de todo proceso.

Figura 3. Modelo de creencias en salud



Fuente: Choque Larrauri, 2005

Entre las críticas encontradas se halla que con frecuencia el individuo se comporta de forma no consistente, por lo que las comunicaciones pueden provocar miedo o rechazo, y no es útil para explicar las modificaciones de comportamientos en personas sanas, ni para adultos en los que el medio ambiente tiene un papel fundamental. Este tipo de modelos, por estar centrado en las conductas individuales, sin tener en cuenta la realidad social, recibió la crítica de ser culpabilizador de la víctima (*victim blaming*) al no percatarse de la vulnerabilidad de la toma de decisiones individuales frente a un contexto desfavorable.

Cuadro 6. Explicación de los conceptos utilizados en el Modelo de creencias en salud

Concepto	Definición	Aplicación
Susceptibilidad percibida	Opinión que tiene uno de las posibilidades de contraer una infección.	Definir población(es) en riesgo y niveles de riesgo. Personalizar el riesgo sobre la base de las características o comportamiento de una persona. Destacar la susceptibilidad percibida, si es demasiado baja.
Gravedad percibida	Opinión que tiene uno de cuán grave es una afección y sus secuelas.	Consecuencias específicas del riesgo de la infección.
Beneficios percibidos	Opinión que tiene uno de la eficacia de la acción que se recomienda para reducir el riesgo o la gravedad del efecto.	Definir las medidas que se han de tomar: cómo, dónde, cuándo; aclarar los efectos positivos que se esperan.
Barreras percibidas	Opinión que tiene uno de los costos tangibles y psicológicos de la acción recomendada.	Identificar y reducir barreras por medio de tranquilización, incentivos, ayuda.
Señales para la acción	Estrategias para activar la "disposición".	Proporcionar información sobre cómo realizar la acción, promover la toma de conciencia, recordatorios.
Autoeficacia	Comienza en la capacidad de uno mismo de tomar medidas.	Proporcionar capacitación y orientación al realizar la acción.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Fundación W.K. Kellogg, 2001.

Modelo basado en la comunicación persuasiva. Es más conocido por sus siglas en inglés KAP (conocimientos, actitudes y prácticas) (Hovland, Jannis y Kelley, 1953).

Parte del supuesto de que las actitudes condicionarían los comportamientos. Según este modelo, bastaría con proporcionar a los individuos, grupos y colectividades una información veraz y comprensible, con el objeto de cambiar los conocimientos, lo cual sería seguido del cambio de actitud, al que a su vez seguiría el cambio del hábito y la adopción de uno nuevo (concepción causal de la actitud). Sin embargo se sobreestima la capacidad real de los medios de comunicación y no se toma en cuenta que la actitud es sólo uno más de los factores que determinan el comportamiento. Hoy en día, este modelo tal como fue formulado es rechazado

por la mayoría de expertos por no corresponder a la realidad, principalmente por dos razones:

- Porque los receptores de la información desarrollan mecanismos de defensa (exposición selectiva, percepción selectiva, retención selectiva) que hacen que la comunicación llegue a la fase de cambio de actitudes en muy pocos casos.
- Porque se ha demostrado que los cambios de actitud no siempre provocan el cambio de los hábitos. Es más, las actitudes y creencias están a menudo en contradicción con los comportamientos.

Entre las modificaciones llevadas a cabo en este modelo, se le añadió la motivación, al comprobarse que la información sola, en la mayoría de los casos, solo incide en el área de los conocimientos y muy poco en las actitudes. El cambio de actitudes no iría seguido siempre de cambio de comportamiento. La actitud sólo sería uno más de los factores que determinan el comportamiento, ya que es preciso tener en cuenta elementos externos favorecedores (contingencias situacionales), tales como: a) la inclusión en los mensajes de instrucciones, de cómo hacer para cambiar la conducta; b) la existencia de servicios para ayudar en el cambio de conducta en los casos en que el hábito está profundamente enraizado; c) la presencia de un medio ambiente favorable que proporcione soporte al cambio de conducta. La interacción entre actitudes y contingencias situacionales es lo que determinaría el comportamiento.

El Modelo de la comunicación persuasiva (conocimientos más motivación), con la incorporación de las contingencias situacionales, es el que mejor explica la modificación de los comportamientos insanos en las personas adultas. Este modelo, si bien ha sido cuestionado como estrategia de intervención educativa, en la realización de algunas investigaciones se han retomado sus componentes como una forma práctica y útil de obtener un diagnóstico de necesidades educativas en diversas áreas de la salud.

Modelo de la teoría de etapas o estados de cambio. Según esta teoría (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992), que se formuló por obser-

vación directa de personas que estaban efectuando cambios en su comportamiento (Rimer, 1990), lo más común es pasar por cinco etapas a medida que uno se familiariza con una nueva conducta. Esta teoría tiene que ver con la disposición del individuo al cambio o al intento de cambiar hacia comportamientos saludables. Su premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto. Como parte de este proceso se identifican cinco etapas diferentes: 1. precontemplación, 2. contemplación, 3. decisión/determinación, 4. acción, y 5. mantenimiento (cuadro 7).

Cuadro 7. Descripción de las etapas del Modelo de la teoría de etapas de cambio

Concepto	Definición	Aplicación
Pre-contemplación	No se es consciente del problema, no se ha pensado en cambiar.	Aumentar la consciencia de la necesidad de cambiar, dar información personalizada sobre riesgos y beneficios.
Contemplación	Se está pensando en cambiar en el futuro cercano.	Motivar o alentar a realizar planes específicos.
Decisión / Determinación	Se trazan planes para cambiar.	Ayudar en la preparación de planes de acción concretos, fijando metas graduales.
Acción	Implantación de planes de acción específicos.	Ayudar con retroinformación, solución de problemas, apoyo social, refuerzo.
Mantenimiento	Continuación de acciones deseables, o repetición de pasos periódicos recomendados.	Ayudar a hacer frente al problema, recordatorios, hallar alternativas, fallas/recaídas (según corresponda).

Fuente: Autoría propia, con base en Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992.

También se señala que este proceso no es lineal, sino más bien circular, es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que pueden entrar y salir en cualquier momento del proceso y con frecuencia reanudarlo.

Modelo PRECEDE-PROCEED. Lo establecieron De Lawrence Green y Marshall Kreuter (1960-1991). PRECEDE es acrónimo de *predisposing* (predisponentes), *reinforcing* (reforzadores), *enabling* (facilitadores) causes (causas), *educational* (educacional), *diagnosis* (diagnóstico) y *evaluation* (evaluación).

Es considerado como un modelo para planificar las intervenciones de salud, consiste en una guía para la realización de un diagnóstico epidemiológico y social, tratando de identificar las necesidades prioritarias de salud de una comunidad y distinguir factores predisponentes particulares del individuo (percepciones, experiencias, conocimientos, actitudes y prácticas), factores que lo hacen posible (medio ambiente) y factores de refuerzo (recompensa o castigo) que influyen en el comportamiento que se pretende adquirir o incorporar. Señala que deben tenerse en cuenta los recursos de que se dispone para todo ello. Este diagnóstico da lugar a una serie de objetivos educacionales que, en el supuesto de lograrse, tienen impacto en los objetivos del comportamiento. Con su enfoque tecnológico del proceso de enseñanza-aprendizaje, no se considera a la persona como un sujeto capaz de determinar los resultados del aprendizaje, estos van a depender fundamentalmente del diseño y la calidad del programa educativo y su desarrollo.

El PRECEDE no tuvo como propósito explicar fenómenos sino organizar referentes teóricos y constructos (variables) existentes en una forma coherente y sistemática útil para la planificación y la evaluación en educación para la salud (Green y Kreuter 1991). Como consecuencia del extenso proceso de aplicación y validación del marco PRECEDE, durante los años ochenta del siglo XX se revelaron algunas limitaciones conceptuales y operativas que determinaron que los autores formularan el componente PROCEED, acrónimo referido a los nuevos constructos políticos, regulatorios y organizacionales para el diagnóstico educacional y ambiental (*policy, regulatory and organizational constructs for educational and environmental development*), para incluir explícitamente, en los años noventa, elementos ambientales en el abordaje educacional de la promoción de la salud.

El Modelo PRECEDE-PROCEED toma en cuenta los múltiples factores que determinan la salud humana, el bienestar social y la calidad de vida. El planificador ayuda a identificar una serie de factores específicamente focalizables para el éxito de una intervención. Por un lado, el componente PRECEDE genera objetivos específicos y criterios para la evaluación; luego el componente PROCEED ofrece los pasos adicionales para el desarrollo de políticas, la implementación inicial y el proceso evaluativo. Este modelo opera simultánea y continuamente a lo largo de una serie de etapas o pasos para planear, implementar y evaluar.

Las fases del Modelo PRECEDE-PROCEED son:

- Fase 1: Evaluación social y análisis situacional. Idealmente se comienza con una consideración objetiva de la calidad de vida, valorando aspectos o problemas generales de la población objetivo (pacientes, estudiantes, empleados o habitantes). Esto es mejor si se involucra a las personas en el estudio de sus necesidades y expectativas. Algunos de los indicadores sociales que llegan a ser definidos como problemas y prioridades de individuos y comunidades son los siguientes: agresividad, ausentismo, criminalidad, discriminación, desempleo, bienestar, autoestima.
- Fase 2: Evaluación epidemiológica. Esta fase aplica especialmente cuando el modelo es usado por profesionales de la salud al planear un programa. La tarea en esta fase es identificar las metas específicas de salud o los problemas que pueden contribuir a las metas sociales o los problemas señalados como prioritarios en la fase 1. Con los datos disponibles y la información generada mediante la investigación epidemiológica o médica, el planeador establece un orden de indicadores de problemas o necesidades y, según recursos, selecciona alguno en particular, como puede ser, por ejemplo: discapacidad, fertilidad, condición física, morbilidad, mortalidad, factores de riesgo, en sus dimensiones de distribución, duración, incidencia, permanencia, intensidad, u otra.
- Fase 3: Evaluación comportamental y ambiental. Consiste en identificar los factores comportamentales y ambientales específicamente relacionados con el asunto, y los indicadores de salud que fueron escogidos como prioritarios en la fase 2. Si el modelo es aplicado en un problema que no es de salud, se puede saltar la fase 2, pero de todos modos los factores o condiciones de riesgo que sean identificados deben ser claramente señalados para que el desarrollo de la propuesta de intervención sea coherente y no se debilite por omitir dimensiones programáticas, variables comportamentales o ambientales, así como las actividades técnicas necesarias para su abordaje integral, que terminan siendo predisponentes, facilitantes o reforzantes.

- Fase 4: Evaluación educacional y ecológica. Sobre la base de la investigación acumulada en salud y el comportamiento social, así como de las relaciones ecológicas entre ambiente y comportamiento, cientos de factores podrían ser identificados como potenciales modificadores o moduladores de un comportamiento con efecto en salud. El componente PRECEDE del modelo, en esta fase, los categoriza y agrupa de acuerdo a su relación con la dimensión educativa o la ecológica que deberán ser focalizadas en la intervención que va a ser programada. Los grupos previstos son los de factores predisponentes (conocimientos, actitudes, percepciones, valores y creencias); los de factores facilitantes (disponibilidad de recursos, accesibilidad, reglas y leyes, habilidades e ingeniería social); los de factores reforzantes (actitudes y prácticas del personal de salud y de otros grupos, como son pares, padres, empleadores). Así, el estudio de estos factores automáticamente lleva al responsable del programa a tomar decisiones informadas.
- Fase 5: Valoración administrativa y política. Apoyado en la información previa, aceptada como pertinente y sistemáticamente organizada, el responsable de la iniciativa está listo para ponderar las capacidades administrativas y los recursos que permiten el desarrollo y la implementación del programa. Limitaciones de recursos, políticas, capacidades y el tiempo son valorables mediante distintas técnicas. Algunas de las limitaciones o asuntos considerados como desfavorables para el éxito de la implementación prevista y los resultados pretendidos pueden entonces ser modificados gracias al trabajo cooperativo con otros actores o agencias involucrados en el asunto de interés. Lo que resta es seleccionar una buena combinación de métodos y estrategias para optimizar los recursos financieros, humanos y de otra naturaleza.
- Fases 6 a 9: Las fases del PROCEED, de implementación y evaluación, como ya se dijo, no por ser las últimas en la secuencia se deben dejar para el final del trabajo. Estas fases deben estar siendo preparadas desde que se trabaja en las fases iniciales del PRECEDE. Los criterios de la evaluación reposan en la naturaleza y alcance de los objetivos definidos para la iniciativa o programa. Así, el modelo PRECEDE-PROCEED para la planificación y la evaluación es una amalgama de oportu-

tunidades para profesionales de disciplinas como la epidemiología, las ciencias sociales, estadística, psicología, economía, educación y administración.

El éxito en las fases 1 y 2, así como en parte de la 3, depende en mayor medida del uso de información, métodos y técnicas epidemiológicas y sociales. El trabajo efectivo en las fases 3 y 4 requiere la familiaridad con la teoría y los modelos sociales y comportamentales.

### **Modelos educativos que se refieren al cambio grupal: teorías del cambio grupal**

Según estas teorías, el diseño de iniciativas de educación para la salud en grupos y comunidades es importante, por lo que no se dirigen solamente a los individuos (cuadro 3). Se afirma que el bienestar colectivo de los grupos se puede estimular mediante la creación de estructuras políticas que apoyen estilos de vida saludables (como soporte) y mediante la reducción o eliminación de los peligros en los entornos sociales. De acuerdo con Choque (2005), las teorías para promover el cambio de comportamiento a nivel grupal sirven para comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales, y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones.

Los modelos de intervención educativa para el cambio de comportamiento se han usado para explicar los comportamientos relacionados con la salud de distintas culturas. Según Kar (1983), las intenciones, el respaldo social de personas importantes y el acceso a los conocimientos y servicios afectan el comportamiento en torno a la salud en los diversos medios culturales. Sugieren una serie de estrategias e iniciativas que son planeadas y dirigidas por organizaciones e instituciones cuya misión es proteger y mejorar la salud, como los serían las escuelas, centros de trabajo, establecimientos de atención de salud, grupos comunitarios y entidades gubernamentales.

Sus modelos de intervención se basan en:

- La Teoría del aprendizaje social o cognitiva
- La Teoría de la difusión de innovaciones
- El Modelo de aprendizaje del comportamiento.

Teoría del aprendizaje social o cognitiva. Según esta teoría, los procesos de imitación y modelaje sirven de base para entender la socialización del estilo de vida. Es decir, la conducta de los progenitores, los iguales y el profesorado, así como las consecuencias que estas conductas tienen para sus actores, influyen en el aprendizaje del estilo de vida de niños, niñas y adolescentes. Así mismo, según esta teoría, la motivación y el comportamiento están regulados por un pensamiento deliberado que se adelanta a la acción, a través del cual el cambio de comportamiento se determina por el sentido de control personal sobre el ambiente (*locus de control*). Este concepto hace referencia a la creencia que una persona tiene acerca de los factores que determinan la salud, como: a) considerar que la salud depende del comportamiento propio, b) de otras personas influyentes, o c) de la suerte. Estas creencias influyen en la implicación que las personas tienen con el comportamiento saludable o no saludable (Wallston, Wallston y Devellis, 1978). Visto de esta manera, el aprendizaje social resulta ser un "proceso recíproco de influencia" entre el medio y la conducta. El medio se considera como una potencialidad que puede, en cierto modo, ser producida por la conducta, pero que a su vez es modificable. En esta teoría se reconoce que los medios sociales proporcionan una gran flexibilidad para crear variaciones que pueden afectar la conducta de los individuos.<sup>2</sup>

Entre los conceptos formulados por Bandura como importantes para la promoción de conductas saludables están (OPS/Fundación W. K. Kellogg, 2001):

<sup>2</sup> Al interior de la psicología social encontramos diferentes tendencias, escuelas o corrientes de pensamiento: la escuela norteamericana, de corte fundamentalmente positivista, que a juicio de otras escuelas ha convertido a la psicología social en una técnica al servicio del desarrollo social de Estados Unidos; la escuela francesa, representada por Moscovici, quiere hacer una crítica a la escuela anterior y propone una doble tarea a esta ciencia: conquistar un estatus científico y responder a los problemas propios, no a los establecidos por la escuela norteamericana; la escuela de Ginebra, representada por Dolse, Deschamps y Mugny, que toma cuatro niveles de teorización dentro de la psicología social: intraindividual, interindividual, intergrupala y representacional (ideologías), así como también toma como estudio la influencia, a la que estudia en cada uno de los cuatro niveles, poniendo especial énfasis en los dos últimos.

1. Capacidad de conducta: Asegurar que las intervenciones de salud provean a los individuos el conocimiento y las habilidades para ejecutar una conducta específica, tal como usar condón o seleccionar comidas bajas en grasa.

Aplicaciones: *Proporcionar información y capacitación sobre la acción.*

2. Expectativa: Asegurar que las intervenciones de salud enfatizen los beneficios y resultados positivos de la conducta enriquecedora de la salud.

Aplicaciones: *Incorporar información sobre los posibles resultados de la acción que se aconseja.*

3. Aprendizaje por observación: Asegurar que las intervenciones de salud incluyan modelos creíbles de conducta saludable y que contengan beneficios positivos.

Aplicaciones: *Señalar la experiencia, los cambios físicos de otros. Identificar los modelos dignos de emularse.*

4. Autoeficacia: Asegurar que las intervenciones de salud aumenten la confianza del individuo en su habilidad para realizar la conducta especificada.

Aplicaciones: *Señalar los puntos fuertes, emplear persuasión y estímulo; tratar de cambiar el comportamiento mediante pasos pequeños.*

5. Determinismo recíproco: Recordar que los comportamientos son el resultado de interacciones entre la persona y su entorno, y asegurar que las intervenciones incorporen acciones relacionadas con el entorno.

Aplicaciones: *Hacer participar al individuo y a terceras personas importantes para éste; trabajar para cambiar el entorno, si se justifica.*

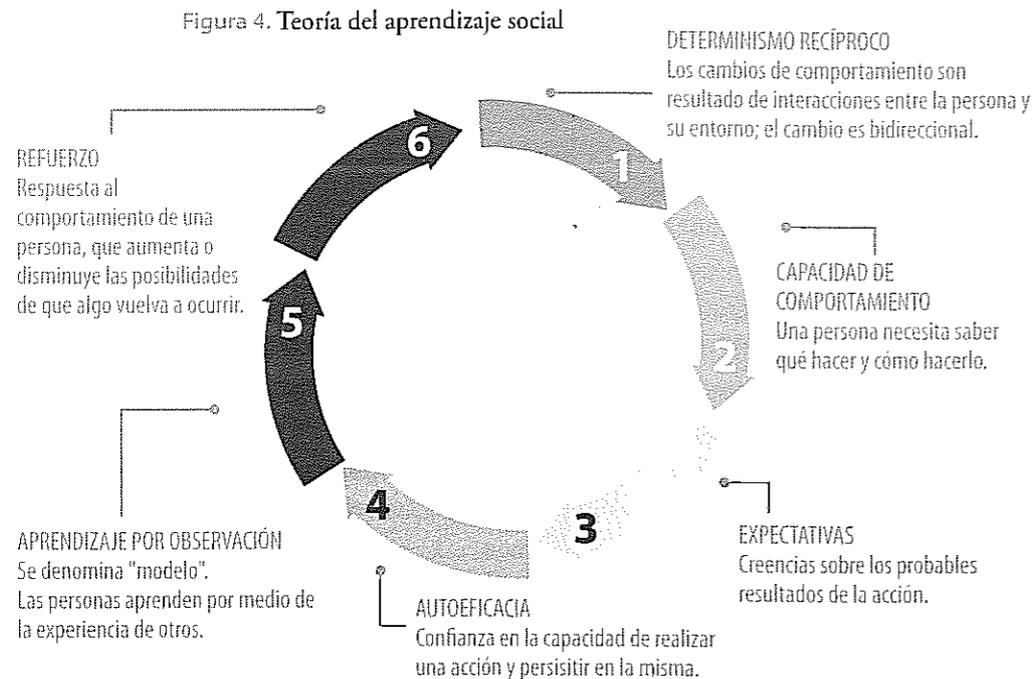
6. Refuerzo: Respuestas al comportamiento de una persona que aumentan o disminuyen las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir.

Aplicaciones: *Proporcionar incentivos, recompensas, elogio; estimular la autorrecompensa; disminuir la posibilidad de respuestas negativas que desestiman los cambios positivos.*

Esta teoría resalta la capacidad conductual; la persona tiene que saber qué hacer y cómo hacerlo, por lo que se necesitan instrucciones claras, e incluso en ocasiones incluir capacitación, pero puede que esto no sea

suficiente. La teoría del aprendizaje social considera que la autoeficacia (la confianza que la persona tiene en su capacidad para alcanzar el cambio deseado) es de suma importancia para adoptar comportamientos saludables, y recomienda varios enfoques para reforzar esta posibilidad:

- Establecer metas pequeñas. Cuando alguien logra una meta pequeña, su autoeficacia se eleva al empezar primero con un paso y luego otros, eso hace que el objetivo parezca alcanzable.
- Contrato para el cambio. Al establecer un acuerdo formal que especifique los objetivos y el premio ("el incentivo"), la persona y el grupo reciben sugerencias, orientación y reconocimientos por sus logros.
- Autovigilancia. La retroalimentación que se logra mediante algún tipo de autovigilancia, como llevar un diario de cambio, puede reforzar la confianza en la propia capacidad para alcanzar lo propuesto.
- Finalmente, al aplicar refuerzos positivos intermitentes durante periodos de tiempo largos contribuye a mantener el comportamiento deseado una vez que se incorpora (figura 4).



Fuente: Choque Larrauri, 2005.

Teoría de la difusión de innovaciones. Aborda cómo las ideas, los productos y conductas novedosas terminan por convertirse en la norma. Esta teoría describe cómo dichas innovaciones se diseminan de manera natural mediante redes sociales, y analiza cómo el uso de la difusión ayuda a planificar cambios de conducta a gran escala. Esta teoría se basa en la noción de que es más fácil adoptar nuevas prácticas, incluso comportamientos saludables, si son similares a algo que la persona ya conoce, y si son suficientemente flexibles para practicarse en diversas situaciones, fáciles de intentar y de comprender, reversibles o fáciles de interrumpir si se desea, mejores que otras posibles prácticas, de bajo riesgo y de bajo costo, no sólo en referencia al dinero, sino también a tiempo y esfuerzo (Roger, 1983, 1995).

Se consideran cuatro elementos principales que determinan si la innovación va a ser exitosa:

- La naturaleza de la misma.
- El tipo de medios de comunicación disponibles.
- El tiempo que se toma para su adopción.
- Las características del sistema social en que se disemina.

En primer término tiene que considerarse como algo que ofrece ventajas relativas respecto a lo que se reemplaza. También tiene que ser consistente con los valores y el contexto de quienes van a adoptarla, y el grado de complejidad es importante, si la innovación es compleja se reducirán las posibilidades de incorporarla. Si al realizar la prueba da buenos resultados, habrá mayores posibilidades de incorporar la innovación. Una vez adoptada, es probable que se lleve a largo plazo y que se aliente a otros a hacer lo mismo, si las personas o los grupos pueden observar beneficios tangibles. Son también importantes los canales de comunicación, o sea los medios por los que se trasmite el mensaje de una persona a otra. La difusión lleva tiempo, el proceso de atravesar por las diferentes etapas del cambio desde la toma de conciencia inicial hasta la intención de cambiar y hacerlo en forma sostenida puede ser gradual, tanto para las personas como para las organizaciones. En esta teoría hay conceptos claves, como la ventaja relativa de innovación, compatibilidad, complejidad, posibilidad de ponerla a prueba y posibilidad de observar (cuadro 8).

Cuadro 8. Difusión de innovaciones: conceptos claves y su aplicación

Concepto	Definición	Aplicación
Ventaja relativa de innovación	Grado en que una innovación se considera mejor que la idea, práctica, programa o producto al que reemplaza. ¿Es mejor que lo que existía antes?	Señalar los beneficios singulares: valor monetario, conveniencia, ahorro de tiempo, prestigio, etc.
Compatibilidad	Cuán compatible parece la innovación al compararla con valores, hábitos, experiencia y necesidades de las personas que posiblemente la adoptarían.	Ajustar la innovación a los valores, las normas y situación de la audiencia a la que se quiere llegar.
Complejidad	Cuán difícil parece entender o utilizar la innovación.	Crear un programa, idea o producto que no sea complicado y que resulte fácil de usar y entender.
Posibilidad de poner a prueba	Hasta qué punto la innovación puede experimentarse antes de que se requiera un compromiso para adoptarla.	Proporcionar oportunidades para ensayar en forma limitada, por ejemplo, muestras gratuitas, sesiones introductorias, garantía de devolución de dinero.
Posibilidad de observar	Hasta qué punto la innovación proporciona resultados tangibles o visibles.	Asegurar la visibilidad de los resultados; retroinformación o publicidad.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Fundación W.K.Kellogg, 2001.

*El proceso de adopción de innovaciones:* Entre los factores condicionantes para el aprendizaje se encuentran: la accesibilidad, la necesidad de percepción selectiva, la compatibilidad, la observabilidad (ventaja), la estimulación simple, la experimentabilidad, la satisfacción social, la comunicabilidad y la democratización.

Este proceso de adopción conlleva una serie de pasos o etapas:

1. *Conocer superficial.* Si se pretende que una persona o grupo de personas alcance una conducta de conocimiento superficial, debe asegurarse que dicha persona o grupo tenga accesibilidad a esos mensajes y que desee exponerse selectivamente a ellos.
2. *Conocer profundo.* Del grupo o individuos que lograron el nivel de conocimiento superficial, un cierto porcentaje puede desear profundizar su conocimiento (aclarando sus dudas) por tener necesidades (económicas, psicológicas, sociales o biológicas), y por ello percibirá selectivamente los conocimientos que más le interesen.

3. *Valorar.* En esta etapa se produce la influencia mayor de la cultura (ideas, normas y materiales) en el proceso de adopción, pues si la nueva idea, norma o material (innovación) es compatible con su cultura se va a aceptar (por ejemplo, estar de acuerdo o no con la idea de prevenir las enfermedades o de realizar ciertos hábitos higiénicos o usar o dejar ciertos alimentos).
4. *Evaluar.* En esta última etapa del proceso de aprendizaje la persona o personas del grupo van a evaluar si la nueva conducta esperada tiene o no ventajas sobre la conducta previa, menor costo, menor trabajo, más satisfacción, etc., y si los resultados que obtengan serán observables en plazos cortos (por ejemplo, mejoría con un tratamiento o más salud con una vacuna).
5. *Ensayar.* Esta es la primera etapa en que la persona práctica lo aprendido haciendo un ensayo con cada conducta propuesta (por ejemplo, prepara un alimento, da un tratamiento, enseña algo al escolar). El realizar o no esta etapa decisiva dependerá de que la conducta sugerida sea suficientemente simple para que pueda realizarla y, lo que es fundamental, que reciba de algún familiar, amigo o conocido la estimulación para hacerlo. Buena parte del aprendizaje en salud se pierde porque no hay estimuladores cercanos a la persona para impulsarla.
6. *Adoptar.* Cuando la persona experimenta varias conductas y dados los resultados decide quedarse con una (por ejemplo, un alimento, un hábito, una técnica, etc.), se habla de que adoptó una nueva conducta.
7. *Difundir.* Esta etapa corresponde a la difusión que la persona o grupos de personas hacen de la nueva conducta a familiares, amigos o vecinos, y esto dependerá de la comunicabilidad que ella tenga.
8. *Transformar.* Esta última etapa corresponde a las proposiciones o acciones de transformación que la persona hace ante quienes introdujeron o dirigen la innovación, y depende de una estructura participativa que favorezca la creación y el desarrollo.

Tomando en cuenta que en cada etapa varía el objetivo de la educación para lograr la conducta buscada, se señalan los tipos de estrategia educativa para cada una de las etapas:

- Para que conozca superficialmente se necesita una información extensiva.
- Para que conozca profundamente se requiere una educación intensiva.
- Para que acepte es indispensable que se legitime culturalmente.
- Para que evalúe su situación personal es importante que se comprometa personalmente.
- Para que ensaye se debe simplificar e inducir.
- Para que adopte tendrá que programar su experiencia.
- Para que mantenga su conducta se reforzará ésta.
- Para que transforme se requiere lograr su participación en las decisiones.

Se puede considerar que hay dos formas de alcanzar el cambio de conducta de la mayoría de una población:

- Con el sistema de educación extensiva a toda la población (sistema de una fase).
- Con el sistema de educación intensiva a los grupos detectados como innovadores, para que estos a su vez estimulen al resto (sistema de dos fases). Sin duda que el mejor sistema es la combinación de ambos, pero no siempre será factible realizarla, en razón del tiempo y el gasto.

Hay que señalar que la velocidad y la secuencia de etapas pueden variar entre las personas y por ende para una población.

Esta teoría se ha criticado porque si bien la suposición de que una persona adoptará innovaciones pone el interés en la persona antes que en la innovación, tal parece que la teoría trata de ajustar a la persona a la innovación en vez de lo contrario. Algunos investigadores consideran que no se han tenido en cuenta muchos factores que pueden afectar la capacidad o el deseo de una persona de adoptar nuevas ideas o prácticas. Además se critica el aspecto elitista de que los comportamientos saludables se filtrarán poco a poco hacia abajo, a los grupos más necesitados. Se ha sugerido que esta teoría puede dar mejores resultados si se buscan innovaciones que sean halagadoras para diferentes grupos. Puesto que la gente se siente más inclinada a probar comportamientos

flexibles, reversibles, fáciles de ensayar, ventajosos, simples, efectivos en función de su costo y compatibles con sus valores, dentro de las actividades programáticas debe hacerse hincapié en los comportamientos sanos que tengan esas características (por ejemplo, caminar durante 15 minutos todos los días). Se ha recomendado también añadir campañas de mercadeo social para acelerar aún más la adopción de innovaciones en todos los grupos.

Modelo de aprendizaje del comportamiento. Elaborado por Alain Rochon (1992), se presenta como un modelo de síntesis. Su base teórica procede tanto de las teorías conductistas del aprendizaje, como de la psicología cognitivista y humanista, aunque su estructura se sustenta en la teoría de la adquisición o adopción de cambios de conducta de Roger. Según esta teoría, la adopción de una nueva conducta pasa por cinco fases, y el educador/equipo de salud deberá orientar y facilitar cada una de ellas:

1. Estar informado de la nueva conducta.
2. Estar interesado en ella.
3. Tomar la decisión de realizarla.
4. Ensayar la nueva conducta.
5. Si ha sido satisfactoria, adoptarla.

La tendencia de los modelos de intervención de este segundo enfoque del primer periodo o periodo clásico, engloba todo un conjunto de modelos centrados en la evitación o modificación de las conductas-problemas, los cuales se encuentran fundamentados en el paradigma positivista con base en las teorías psicosociológicas de la modificación de comportamientos, y parten de dos interpretaciones teóricas del aprendizaje (cuadro 9). En primer lugar, el conductismo a través del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante, y de las posiciones neoconductistas del aprendizaje vicario representadas por Bandura. Y en segundo lugar, el cognitivismo, que otorga preponderancia al sujeto en el acto del conocimiento, y cuyas acciones dependen en gran parte de las representaciones o procesos internos que él ha elaborado como producto de las relaciones previas con su entorno físico y social. Siendo de igual manera

relevantes la aplicación de los estudios de Maslow sobre la motivación humana y los de Fishben y Ajsen sobre la comunicación persuasiva acerca de la actitud (Hernández, 2002: 17- 57).

Cuadro 9. Interpretaciones teóricas del aprendizaje

1. Conductismo	- Condicionamiento clásico. - Condicionamiento operante. - Posiciones neoconductistas, de Bandura.
2. Cognitivismo	- Motivación humana, de Maslow. - Comunicación persuasiva, de Fishben y Ajsen.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Fundación W. K. Kellogg, 2001.

Hay que hacer notar que estas técnicas pedagógicas conductistas no toman en cuenta la libre voluntad del individuo y restan importancia a las decisiones conscientes y al pleno uso de su inteligencia. Por otro lado, en consonancia con las ideas del cognitivismo, un mismo acontecimiento puede ser visto por distintas personas y provocar reacciones contrapuestas. Sin embargo debemos tener presente que estos mecanismos, el procesamiento de la información (cognitivismo), el condicionamiento operante (conductismo) y el de la motivación, son mecanismos que existen en la realidad y se encuentran en la vida cotidiana de las personas.

Podemos decir que estos modelos educativos del primer periodo o periodo clásico parten de la concepción del proceso salud/enfermedad como un fenómeno biológico e individual y ubican los problemas de salud en los individuos, situando de igual forma en la conducta la solución de los mismos, con una nula y/o escasa atención a las condiciones sociales. Las aportaciones del análisis del comportamiento han sido numerosas, destacan las contribuciones de la escuela estadounidense, iniciada por médicos y trabajadores sociales con la teoría del aprendizaje, la psicología y la sociología, que confiere importancia a las discusiones de grupo como metodología

Entre las características más señaladas de estos modelos de intervención se encuentran:

- Asumen que las variables sociodemográficas y estructurales no ejercen influencia directa sobre la conducta. Contienen implícita o explícitamente una concepción de la educación como un proceso vertical y autoritario en el que los individuos deben aceptar la información que las autoridades de salud juzguen conveniente proporcionar.
- Los comportamientos son el objetivo último, como vehículo para su cambio se utiliza la modificación de conocimientos y actitudes mediante acciones educativas y persuasivas dirigidas exclusivamente al individuo, remarcando la responsabilidad de su propia salud. Estas acciones se centran en las conductas problema y en la evitación de los factores de riesgo.
- Su planteamiento educativo gira en torno al aprendizaje, la preocupación se desplaza del "cómo enseñar", eje del enfoque anterior, al "cómo dirigir el aprendizaje".
- Responden a una visión técnico-racional de la educación. Su finalidad es producir cambios estables de conducta. De hecho se trata de inhibir la conducta negativa para la salud y favorecer comportamientos saludables.
- La educación para la salud es entendida como un proceso tecnológico que aplicar a personas y grupos con conductas-problemas.
- El análisis de estas conductas-problemas y de sus determinantes son el punto de partida que permitirá establecer un programa de entrenamiento o condicionamiento, dirigido a bloquear tanto el efecto inductor que determinados factores tienen sobre la conducta insana, como la propia conducta.

Se considera que estos modelos tienen un enfoque adaptativo con un planteamiento reduccionista, cuyo objeto es lograr el mejor ajuste del individuo al medio, sin plantearse la posibilidad de implicar a las personas afectadas en la modificación del entorno; el objetivo se centra solamente en el estudio de la actuación sobre la conducta, olvidando otras dimensiones del ser humano. Al considerar la salud como fruto de la conducta individual, desplaza, como plantea Terris (1980), las energías hacia soluciones individuales, dejando a un lado la reflexión y la acción comunitaria sobre los determinantes de la salud. En su versión más evolucionada,

este enfoque se abre a otras escuelas y corrientes psicológicas y orienta las acciones de educación para la salud a dotar de destrezas y habilidades al individuo para que pueda situarse adecuadamente ante los estímulos del medio, con un enfoque tecnológico del proceso enseñanza-aprendizaje.

Aunque todavía se centra en lo individual, Minkler considera que esta etapa fue institucionalizada por el Informe Lalonde y por el concepto de campo de salud (con factores biológicos, de medio ambiente, estilos de vida y sistemas de asistencia sanitaria), cuestiones que Stachtchenko (1990) encuentra poco acertadas según el actual concepto de promoción de la salud, más participativo y crítico.

Como es posible apreciar, de acuerdo a los paradigmas surgidos en la promoción de la salud, las intervenciones educativas en educación para la salud, de este primer periodo, están claramente enfocadas a la perspectiva de estilos de vida, en donde el enfoque conductual individualista se centra en la modificación de la conducta y la promoción de estilos de vida saludables, con el fin de eliminar o controlar factores de riesgo.

### Segundo periodo: la educación para la salud, crítica, participativa y emancipatoria

Valadez y colaboradores (2004) consideran al segundo periodo como una consecuencia de las limitaciones de los modelos desarrollados en el primer periodo o periodo clásico, los cuales están dirigidos solo al individuo y al cambio de sus conductas. Surge con una visión más amplia, más participativa, crítica y emancipadora de las personas, en lo que al cuidado y preservación de su salud se refiere. Plantea la necesidad de reconocer la influencia de los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica en las condiciones de salud de las clases sociales. Influida por las aportaciones de la hermenéutica y fundamentalmente por el paradigma crítico, conforma un modelo radical político, económico, ecológico, crítico y emancipatorio, que tiene como objetivo reducir las desigualdades sociales ante el proceso salud-enfermedad (cuadro 3).

Las propuestas en cuanto a las acciones educativas son dirigidas hacia manejos de poder y a la distribución de este. Rechazan las intervenciones "neutrales" y enfatizan la participación. El objeto de intervención no es ya

la conducta sino la estructura social, porque en ella es donde se encuentra el "tejido causal" de los patrones de morbilidad y mortalidad. El proceso educativo se centra en las personas, en su entorno, el saber se ubica en el desarrollo de la conciencia, situándolo en el marco de su propio descubrimiento con respecto a su contexto de vida, ubicándolo en el espacio de las prácticas de las personas, en relación a las distintas esferas en que se desenvuelve su vida; contempla una perspectiva de búsqueda participativa. El aprendizaje surge de la necesidad de analizar, comprender, sistematizar y dar respuesta a una situación que para los involucrados en ella presente retos e interrogantes. Se concede primordial importancia a la cultura propia del medio y extrae de ella los elementos que ayuden a generar nuevos conocimientos en torno a la situación que le dio origen. Interesan los aprendizajes concretos, pero enmarcados en la transformación de la percepción y los valores y en un nuevo tipo de relaciones. Se plantea una nueva relación pedagógica, en la que ambos protagonistas (educando y educador), considerados como sujetos, establecen un diálogo constructivo alrededor del objeto de conocimiento, al cual se le interroga, se le analiza y finalmente se le transforma.

En suma, puede decirse que este segundo periodo del desarrollo de la educación para la salud considera a la salud como resultante de una compleja red de interacciones, en las que se entrecruzan factores personales, económicos, sociales, medioambientales, imposibles de abordar sin el concurso de todos. Por consecuencia, dada la complejidad y multifactorialidad del proceso salud-enfermedad, es necesaria la implicación de la comunidad, resaltando con ello la acción social.

Intenta dejar de lado explicaciones eminentemente individualistas o micro, tanto para el esclarecimiento del proceso salud/enfermedad, como para las propuestas de acciones educativas para la población. Esto es, se centra en los colectivos, en los grupos, con una perspectiva macro de los problemas, y confluye en una nueva cultura que aproxima los sistemas sanitario y social y hace posible que la gente intervenga en todo aquello que le concierne, mediante la investigación en la comunidad para comprender las fuerzas económicas y políticas que modelan el medio social e influyen en dicha comunidad.

Al cambio de los paradigmas en salud, con el aporte de los movimientos populares de la década de los setenta y los trabajos en educación de adultos y educación popular, entre los que destaca el de Paulo Freire (1972), emergió un enfoque de educación para la salud paralelo al tradicional y que trascendió a algunas formas de educación para la salud.

## Paradigma sociocrítico: Teoría crítica y prácticas pedagógicas

El paradigma sociocrítico nace como crítica al positivismo, a su incapacidad para la transformación social, junto a la racionalidad instrumental que conlleva, y plantea la necesidad de una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad. Pretende superar tanto el conservadurismo como el reduccionismo, admitiendo la posibilidad de una ciencia social que no sea ni puramente empírica ni solo interpretativa.

Popkewtz (1988) afirma que algunos de los principios del paradigma sociocrítico son:

- Conocer y comprender la realidad como praxis.
- Unir teoría y práctica, integrando conocimiento, acción y valores.
- Orientar el conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano.
- Proponer la integración de todos los participantes, incluyendo al educador/equipo de salud/investigador, en procesos de reflexión y de toma de decisiones consensuadas, las cuales se asumen de manera corresponsable.

De acuerdo con Arnal (1992), el paradigma sociocrítico adopta la idea de que la Teoría crítica es una ciencia social que no es puramente empírica ni sólo interpretativa, sus contribuciones se originan en los estudios comunitarios y la investigación participante.

La Escuela de Frankfurt<sup>3</sup> fue la que desarrolló, en 1923, una concepción teórica que se conoce como Teoría crítica, como resultado de las ideas de un grupo de intelectuales; movimiento que se consolidó en los

<sup>3</sup> Escuela filosófica y social de inspiración marxista que se formó a partir de la conformación del Instituto de Investigación Social de la Universidad de Frankfurt del Main. La filosofía con que se inició el instituto fue eminentemente investigativa, basada en la crítica a la sociología y la psicología contemporáneas, dominadas por Max Weber (1864-1920) y Sigmund Freud (1856-1936), respectivamente. Esta función del instituto cambia cuando en 1930 asume la dirección Martha Horkheimer (1895-1973), quien le imprimió su énfasis marxista, pasando el instituto a la "crítica política como pieza central de la teoría", más que seguir el análisis científico y crítico de otros discursos (González, 2009).

escritos del Instituto de Investigación Social. Pero el modo de entender el ejercicio de la Teoría crítica ha sido muy diferente en unos y otros autores. El proyecto inicial pretendió desarrollar una serie de teorías atentas a los problemas sociales, como la desigualdad de clases, no solo desde el punto de vista sociológico, sino también filosófico. Aspiraban a combinar a Marx con Freud, reparando en el inconsciente, en las motivaciones más profundas. Al mismo tiempo proponían dar importancia a factores sociales, psicológicos y culturales a la hora de abordar los temas sociales. Por ello la Teoría crítica habría de ser un enfoque que más que tratar de interpretar, debiera poder transformar el mundo.

Es una teoría guiada por el interés en el establecimiento de una sociedad en la que los sujetos se puedan constituir por vez primera en forma consciente y determinen activamente sus propias formas de vida (Leyva, 1999), capaz de sacar a la luz la contradicción fundamental de la sociedad capitalista: la explotación.

Es crítica en el sentido de desenmascarar o descifrar los procesos históricos que han distorsionado sistemáticamente los significados subjetivos, además de denunciar la racionalidad instrumental vinculada al sistema sociopolítico, cultural y económico, ya que limita la capacidad reflexiva y crítica de los individuos y propicia una cultura manipuladora que apuntala un sistema de dominación y de explotación, introduce la ideología de forma explícita y la autorreflexión crítica en los procesos de conocimiento. Persigue de modo plenamente consciente un interés por la organización racional de la actividad humana, como crítica a la sociedad industrial que no tiene en cuenta al hombre, su libertad y su creatividad. Se opone radicalmente a la idea de la teoría pura, que supone una separación entre el sujeto que contempla y la verdad contemplada. Insiste en un conocimiento que está mediado por la experiencia y la praxis concretas de una época, y por los intereses teóricos y extrateóricos que se mueven al interior de estas.

La Teoría crítica ocupa un lugar destacado entre los muchos intentos emprendidos en el periodo de entreguerras para desarrollar el marxismo de forma productiva. No fueron tanto sus principios teóricos como, sobre todo, sus objetivos metodológicos los que destacaron principalmente. Dentro de los analistas o pensadores de esta escuela sociológica es necesario distinguir dos ramas de pensamiento, que si bien no son contradic-

torias, tampoco son totalmente complementarias, aunque sí unidas bajo una misma línea de pensamiento filosófico:

1. *Primera etapa:* M. Horkheimer, T. W. Adorno y E. Fromm. Horkheimer define la Teoría crítica en contraposición a la teoría "tradicional", como una forma de práctica científica que no contribuye a la reproducción de la sociedad, sino que la juzga críticamente y apunta de manera expresa a su transformación. Por su parte, la categoría central del pensamiento de Adorno es la concepción de la racionalidad moderna como razón instrumental, la racionalización como equivalente a la dominación. Horkheimer, Adorno y Marcuse tenían como principal interés la emancipación del hombre a través de la filosofía de la conciencia y de la denuncia de los elementos de manipulación y dominación del sistema, que impiden el libre desarrollo de las capacidades sociales y humanas. Expusieron la irracionalidad de la racionalidad del sistema social, político, cultural y económico, que basado en una racionalidad instrumental limitaba la capacidad crítica y reflexiva; cultura manipulada y poco reflexiva que justifica un sistema de dominación y explotación.
2. *Segunda etapa:* G. Ruschhe, O. Kirchheimer, W. Benjamín y J. Habermas como figura principal. Habermas<sup>4</sup> pertenece a la generación más reciente de la corriente teórica frankfurtiana. El pensamiento habermasiano está profundamente influido por las ideas más sustantivas de Marx. De hecho Habermas sostiene que es desde Marx cuando se puede cristalizar la idea del "sujeto trascendental" de Kant. Dicho de otro modo, se trata de entender cómo podríamos conectar la idea del "sujeto trascendental" de Kant con la noción de "hombre o sujeto trabajador o productivo" de Marx.

<sup>4</sup> Habermas es reconocido como "el reviviente, reconstructor y continuador de la teoría crítica de la sociedad", sus más recientes planteamientos se diferencian mucho de los que la fundaron. Otros contemporáneos que llegaron con Habermas fueron Alfred Schmidt, Albrecht Wellmer, Oskar Negt, Herbert Schnadelbach y últimamente Has Joas y Axel Honneth (González, 2009).

El núcleo que representa la teoría crítica de Habermas en relación con la de Adorno es una concepción más amplia de la racionalidad: frente a la identificación adorniana de racionalidad y razón instrumental, Habermas desarrolla un concepto de razón comunicativa, tan originaria como la razón instrumental, en tanto que igualmente necesaria para la autoconservación del individuo y para la reproducción de la sociedad. Si el proceso histórico de racionalización, y especialmente la racionalización de la sociedad moderna, ha conducido a formas extremas de dominación y violencia, ello no se debe, como pensaron Adorno y Horkheimer, a una conexión necesaria entre razón y dominación, sino a que por causas históricas contingentes, la modernidad ha desarrollado una racionalización *unilateral*, en la que ha primado la razón instrumental sobre la razón comunicativa. Este concepto de razón comunicativa permite a la Teoría crítica recuperar tanto su voluntad de constituirse como ciencia social, condición que originariamente le diera Horkheimer, y también su dimensión política.

El papel central que ocupa la comunicación en la propuesta teórica y política de Habermas lo lleva a preocuparse por la racionalización de la acción comunicativa, siguiendo el camino tomado por Marx y Weber sobre ese tema. La racionalidad final se dará cuando se supriman las barreras a la comunicación. El medio para hacerlo lo constituye la modificación en profundidad del sistema normativo vigente. La evolución social no consiste, precisamente, en cambios en el sistema de producción (en el cambio de las bases materiales, como diría el marxismo original de Marx), sino en el tránsito de una sociedad racional en la cual la comunicación de las ideas se expondrá sin restricciones. Habermas sostiene que la acción comunicativa, y no la acción racional instrumental, como lo hizo Marx, es la conducta que caracteriza a las interacciones que se dan en la sociedad. Por eso, la acción comunicativa debe tener un lugar central en la teoría, debiendo ser como uno de los objetivos de tal teoría la identificación y eliminación de los factores estructurales que distorsionan la comunicación.

Las diferentes tendencias de pensamientos de la Escuela de Frankfurt convergen en la heteronomía<sup>5</sup> que existe detrás de la razón instrumental.

<sup>5</sup> Heteronomía: definida como voluntad no determinada por la razón del sujeto, sino por

Así como en la necesidad de formación de una conciencia crítica colectiva y en la creación de un discurso que se oponga a la instrumentalización unilateral de la razón. No obstante, cada teórico aporta diferentes consideraciones sobre el tema.

La obra al respecto más relevante es la *Dialéctica de la Ilustración* (1947), de Theodor Adorno y Max Horkheimer. Para estos autores, la racionalidad instrumental es un método para incrementar el potencial del hombre con el objetivo de que domine a la naturaleza, se interesa únicamente en los instrumentos. Ambos teóricos piensan que la emancipación del hombre solo puede ser concebida mediante una ruptura radical con el pensamiento sistémico como única vía de raciocinio. Llegan a la misma conclusión que Herbert Marcuse. Para Marcuse, el concepto de "razón instrumental" consiste en una ideología, ya que la técnica misma es dominio sobre la naturaleza y sobre los hombres. Es decir, las relaciones de producción existentes se presentan como una forma organizativa, técnicamente necesaria para una sociedad racionalizada. Jürgen Habermas critica la reducción que se ha producido de la racionalidad a una sola dimensión, la científico-técnica, y defiende que son necesarias dos vertientes:

- La cognitivo-instrumental, que tendría la función de transformar el conocimiento en acción orientada a finalidades concretas y que permitiría su adaptación según las condiciones del entorno.
- La racionalidad comunicativa, que a través de diferentes discursos argumentativos lograría encontrar el consenso razonado para fundamentar normas, valores y acciones.

Habermas sitúa la centralidad de su idea emancipatoria en la acción comunicativa (1992); sostiene que las interacciones humanas no pueden quedar reducidas únicamente al mundo del trabajo o de la producción, porque el hombre se configura desde otros ámbitos, los que denomina como "interacciones comunicativas", desde las cuales los hombres crean y transmiten valores y son capaces de desplegar una racionalidad práctica

---

algo ajeno a ella, como las voluntades de los demás, las diferentes cosas con las cuales interactuamos.

en su vida cotidiana. Para Habermas, la acción comunicativa es necesariamente condición de posibilidad o el punto de partida de un nuevo proyecto de emancipación humana, dado que la identidad de los individuos sólo puede ser pensada a partir de las interacciones comunicativas y no únicamente desde las interacciones laborales. En el mundo del trabajo se realizan la alienación y la autoenajenación del sujeto; en el mundo del habla ordinaria de los hablantes es posible encontrar posibilidades de emancipación puesto que son ámbitos de vida y de autorrealización más amplios, donde se despliega la existencia humana de un modo más libre. Un concepto neurálgico y sensible a la visión habermasiana de la razón hermenéutica es el de "racionalidad instrumental", que rige el mundo del trabajo y configura la esfera de la vida pública.

Habermas dice que el conocimiento es el conjunto de saberes que acompañan y hacen posible la acción humana; y señala que el positivismo siempre ha desplazado al ser cognoscente (es decir, el ser pensante que realiza el acto del conocimiento) de toda intervención creativa en el proceso del conocimiento; en el lugar del sujeto se ha colocado el método de investigación. Ahora bien, el mundo social está formado por significados y sentidos, por lo que la ciencia social positivista queda anulada al querer excluirlos de su análisis. Según este autor (1992), el saber es el resultado de la actividad del ser humano motivada por necesidades naturales e intereses, que han ido desarrollándose a partir de las necesidades naturales de los seres humanos y que han sido configurados por las condiciones históricas y sociales. Este saber se constituye desde tres intereses de saberes, llamados por él "técnico", "práctico" y "emancipatorio". Cada uno de esos intereses constitutivos de saberes asume forma en un modo particular de organización social o medio, y el saber de cada interés da lugar a ciencias diferentes.

Para entender la sociedad en su desarrollo, Habermas (1988) parte de un esquema de dos dimensiones:

- Una dimensión técnica, que comprende las relaciones de los seres humanos con la naturaleza, centradas en el trabajo productivo y reproductivo (dimensión del trabajo). La dimensión técnica, o de relación entre Hombre y Naturaleza, adjudica el *interés técnico*, orientado justamente al dominio de la naturaleza externa, en su

relación con las cosas y sucesos, de una manera instrumentalista, por una experiencia sensorial, y expresado siempre en un lenguaje fisicalista (de medida, peso, etc.). El desarrollo del capitalismo y de la sociedad industrial, junto con el positivismo, ha producido una hegemonía exacerbada de la dimensión técnica; Habermas dirige toda su crítica a denunciar este paradigma y se esfuerza en presentar una relación más equilibrada entre ambas dimensiones para emancipar a los seres humanos del tecnicismo.

- Una dimensión social, que comprende las relaciones entre los seres humanos, centrada en la cultura y en las normas sociales; dimensión de la interacción o de la relación entre hombre-hombre, le correspondería un *interés práctico*, orientado al entendimiento de la sociedad en sus relaciones mutuas; y por ello es de una acción netamente comunicativa y dirigida hacia las personas y sus expresiones (sistemas sociales). Su categoría lingüística es de tipo intencional, es decir, bajo conceptos de moral, libertad, justicia y otros.

Así, el sujeto construye su objeto de conocimiento a partir de unos parámetros definidos por un *interés técnico* o un *interés práctico*.

Habermas establece que la sociedad humana se transforma a sí misma a través de la historia, mediante el desarrollo en torno a esas dos dimensiones; si el conocimiento del ser humano sobre la naturaleza lo llevó a lograr el conocimiento técnico sobre ella (dando lugar a las ciencias naturales), el estudio y la comprensión de las relaciones entre los seres humanos, de su entendimiento mutuo, lo condujo al desarrollo de las ciencias hermenéuticas, lo cual es denominado por Habermas "interés práctico". Este autor considera que junto a la opresión motivada por parte de una naturaleza externa al ser humano, no dominada por él, unida a una naturaleza propia deficientemente socializada, aparece una tercera orientación, que denomina "interés emancipatorio". Este sería un interés primario que empuja al ser humano, con todas las dificultades que ello supone, a liberarse de las condiciones opresoras, tanto de la mencionada naturaleza externa, como de aquellos factores internos de tipo intersubjetivo, y también propios de la condición interna del individuo (temores, aspiraciones, creencias).

Este *interés emancipatorio* está dado justamente en esa correspondencia que tiene con el proceso histórico de autoconstitución, concebida como

un proceso de liberación de los poderes opresores que provienen tanto de la naturaleza externa, como de la perturbada naturaleza interna. Es el fundamento de los otros intereses; no está por sobre de ellos, sino más bien debajo, con tal de aunarlos en la *crítica*. Porque el interés emancipativo, al igual que los otros intereses, se corresponde también con un tipo de ciencias: las *ciencias críticas*. Pero esta *crítica* es concebida como una autorreflexión nacida al interior de los *intereses técnicos y prácticos*. Así pues, de esta unión nace el verdadero carácter de la emancipación,<sup>6</sup> ya que ahí está la explicación o fundamento de la relación intrínseca entre ciencia y filosofía. Esto, porque justamente la filosofía es entendida y validada sólo como crítica; y en este sentido, recupera su lugar frente a las ciencias de la naturaleza, que van a necesitar de la filosofía para no estancarse como sucedió con el positivismo al desconocer, o más bien, al olvidar cuál era el verdadero sentido de su conocimiento.

El análisis de la Teoría crítica de acuerdo con los tres criterios propuestos por Lincoln (1990), permite caracterizarla de la siguiente manera:

- Ontológicamente, la Teoría crítica es realista-histórica en tanto que admite la existencia de una realidad producida por condiciones del contexto, la cual está construida por estructuras históricamente mediadas que se admiten como reales e inmutables, mientras no se cuestionen como tales.
- Epistemológicamente, al igual que el construccionismo, es transaccional/subjetiva ya que los valores median la investigación, y monista porque no admite la dicotomía entre el sujeto y el objeto.
- Metodológicamente es dialógica/dialéctica ya que a partir del diálogo, el investigador intenta cambiar los discursos posibles en función de las experiencias totalmente construidas de los actores sociales que no tienen acceso a las estructuras del poder dominante. De acuerdo con estos razonamientos, el criterio que priva para la construcción del conocimiento no es el del especialista, sino el de los informantes, entre los que se encuentra el investigador.

<sup>6</sup> "La racionalidad emancipatoria plantea su interés en la autorreflexión con acción social diseñada para crear las condiciones materiales e ideológicas en las que existen relaciones no alienantes y no exploradoras" (Giroux, 1992: 241).

Heron y Reason (1997) introdujeron el aspecto de la axiología, lo que es intrínsecamente valioso, como una característica definitoria de un paradigma de investigación, junto con la ontología, la epistemología y la metodología. El paradigma participativo responde a esta pregunta axiológica en términos de “desarrollo humano”, concebido como un fin en sí mismo, como un equilibrio adecuado dentro y entre las personas, “de jerarquía, cooperación y autonomía” (p. 277), dirigido a cambiar el mundo: “La cosmovisión participativa conduce necesariamente a una orientación reflexiva-acción, una praxis fundamentada en nuestro estar en el mundo” (Fals-Borda, 1996).

A partir de la Teoría crítica surgieron corrientes similares en otras disciplinas, como la pedagogía crítica y la educación popular, entre otras.

### Teoría crítica y práctica pedagógica

La Teoría crítica en su esencia conceptual ha tenido la posibilidad de analizar, cuestionar, criticar, presentar y someter a juicio ciertos conceptos que de una u otra forma necesitaban el análisis desde la mirada de dicha teoría, observando la utilidad que tales conceptos pudiesen revertir a la ciencia de la educación. Ahora, así lo explica C. Wulf (1985) cuando dice: “Abordar los conceptos centrales de la Teoría Crítica en la Ciencia de la Educación no supone que la Teoría Crítica sea, de antemano, una teoría de la formación o de la educación, aunque tenga elementos coadyuvantes”.

Según Freire (1989), esta ideología emancipadora “se caracterizaría por desarrollar ‘sujetos’ más que meros ‘objetos’, posibilitando que los ‘oprimidos’ puedan participar en la transformación sociohistórica de su sociedad” (p. 157). La forma de llevar a cabo este proceso, según Freire, es a través de una educación liberadora, que permita a las personas constituirse como sujetos activos de sus propios procesos. El aprendizaje es un aprendizaje crítico que busca el despertar de la realidad, considerando el acto educativo como un acto de conocimiento que se crea de forma colectiva como interacción de todos los participantes (Lucio-Villegas, 1993). El conocimiento se desarrolla mediante

un proceso de construcción y reconstrucción sucesiva de la teoría y la práctica y se considera como una unidad dialéctica entre lo teórico y lo práctico. En el marco de este paradigma que apuesta por la necesidad de incluir a las personas como sujetos activos capaces de pensar por sí mismos y de ser generadores de cambio, el proceso educativo se convierte en un proceso que empodera a la población, invitándola a considerar formas sociales más justas y democráticas, instando a la participación de profesionales de diferentes disciplinas a adquirir el papel de acompañantes y reformadores socioeducativos. De esta forma, propicia el compromiso ideológico, diferenciándose de otros paradigmas en la característica fundamental de hacer partícipe a la comunidad con la que se realiza la intervención, la cual se conforma como protagonista activa del proceso.

Tanto la educación popular como la investigación acción participativa impulsan la participación protagónica de los individuos y colectivos, integrándose a las relaciones socioinstitucionales en busca de mejoras y cambios sociales, es decir, la transformación; evidentemente todo ello generado a partir de los propios conocimientos y experiencias de cada uno de los integrantes de las comunidades. Ambas, asumidas como un planteamiento complejo dentro de un paradigma emancipatorio, persiguen no solo interpretar a las sociedades, sino transformarlas mediante la práctica real. Es decir, cada una de ellas afirma que el sujeto, al conocer, transforma y es transformado. Ello, evidentemente, se logra al pasar por la espiral reflexiva, la cual tendrá como resultado la transitividad crítica, que no es otra cosa que la conciencia liberadora, conseguida a través del vínculo acción-reflexión-transformación.

### Teorías de la acción social

Se llama acción social a la práctica de tomar acción (normalmente como parte de un grupo organizado o una comunidad) para crear cambios positivos. La acción social, por su naturaleza, es llevada a cabo a menudo por aquellos que tienen poco poder en la sociedad, pero también puede ser efectuada por cualquier grupo que sienta que sus preocupaciones son ig-

En su significado más amplio, una acción social es aquella que afecta la conducta de otros.

noradas. Trabajando en conjunto, los miembros de estos grupos pueden hacer uso de su poder colectivamente gracias a su tamaño, usando los medios de comunicación y otros tipos de presión social, política y económica para convencer, a quienes tienen el poder, de que reconsideren sus posturas. La importancia de este tema ha dado a pensadores de diferentes tradiciones intelectuales, en diferentes momentos de la historia, la oportunidad de reflexionar sobre la constitución de una colectividad y la influencia del grupo sobre los individuos. En consecuencia, hay muy diversas teorías y enfoques en las ciencias sociales, en relación a la Teoría de la acción.

Entre las teorías sociológicas se encuentran:

- La Sociología comprensiva, de Weber, el primer sociólogo que situó de manera explícita a la acción social en el centro de su planteamiento.
- La Teoría general de la acción, de Parson, a partir de los significados dados a la acción social, en la que defiende una perspectiva voluntarista de la acción y confiere al actor el permanente deseo de alcanzar sus diversos objetivos mediante su "intervención" sobre su entorno material y social.
- La Sociología de la acción, de Touraine, que construye un marco general de análisis de la acción social, retomando la idea marxista de conciencia de los individuos, de su pertenencia a colectividades. Esta teoría tiene como propósito estudiar cómo la sociedad se inventa, cómo los hombres hacen su historia, descubriendo y reconstruyendo el sentido del sistema de relaciones.
- La Teoría social, de Giddens, que señala que la estructuración de la vida es el proceso mediante el cual los individuos construyen y reconstruyen la organización social. La vida colectiva es una obra anónima producida por la acción de quienes participan en ella, y es considerada por Giddens como un flujo continuo de conducta intencional, el cual se puede dar gracias a la reflexividad del agente.

Para estos cuatro pensadores, la acción social es un fenómeno sociológico fundamental, cuyo estudio permite comprender dimensiones más complejas de la vida en sociedad y, por ende, puede contribuir indirectamente a la mejor y mayor integración de los individuos en la socie-

dad. La acción social (incluyendo tolerancia u omisión) se orienta por las acciones de otros, las cuales pueden ser acciones pasadas, presentes o esperadas como futuras. Los "otros" pueden ser individualizados y conocidos, o una pluralidad de individuos indeterminados y completamente desconocidos. Weber (1996) dice que por "acción" debe entenderse una conducta humana (bien consista en un hacer externo o interno, ya en un omitir o permitir), siempre que el sujeto o los sujetos de la acción enlacen a ella un sentido subjetivo. La "acción social", por tanto, es una acción en donde el sentido mencionado por su sujeto o sujetos está referido a la conducta de otros, orientándose por esta, en su desarrollo, es un acto teleológico<sup>7</sup> de un individuo con respecto a los demás. Y asevera que la acción social, como cualquier otra acción, puede dividirse en cuatro categorías en función de la orientación del proceder social:

1. *La acción racional de acuerdo a fines.* En el primero de estos cuatro tipos, correspondiente a la forma más racional posible de la acción, se pondera el elemento racional en términos de cálculo de medios para alcanzar un fin valorando racionalmente las probables consecuencias de los actos y comparando la efectividad relativa de los diversos medios, así como las consecuencias que se puedan derivar de su obtención y de los medios utilizados para alcanzarla. La persona pasa por todo un proceso de deliberación en el cual, según sus valores, elige fines y aquellos medios más adecuados para alcanzarlos; finalmente evalúa las consecuencias que puede traerle tanto alcanzar los fines, como la utilización de esos medios, y si las consecuencias son desventajosas podrá cambiar su curso de acción.
2. *La acción racional de acuerdo a valores.* A diferencia del primer caso, la acción racional con arreglo a valores implica la orientación del accionar hacia la consecución de un ideal que constituye objetivos coherentes hacia los que el individuo dirige su actividad. La per-

<sup>7</sup> La teleología o finalismo es el estudio de los fines o propósitos de algún objeto o algún ser, o bien literalmente, es la doctrina filosófica de las causas finales. Usos más recientes la definen simplemente como la atribución de una finalidad u objetivo a procesos concretos.

sona actúa movida por la creencia en un valor que es visto como absoluto, como es el caso de las convicciones religiosas o políticas, y sin consideración alguna de las consecuencias de su acción. El proceso de decisión de su curso de acción es mucho más breve y se limita a encontrar el camino más corto para la consecución del fin. La persona que está dispuesta a dar su vida por una causa no piensa en las consecuencias de lo que hace, sólo quiere realizar el valor en el que cree. La acción no deja por eso de ser racional, ya que los medios elegidos son los más adecuados para alcanzar el fin y realizar el valor. La conexión medio, fin, valor, es aquí racional.

3. *La acción afectiva.* Esta acción no supone que el individuo posea un ideal definido a través del cual orienta su accionar, por lo que podemos comprender que la misma se desarrolla bajo el influjo de un estado emotivo y, siguiendo el esquema weberiano, esta se hallaría en los límites de lo significativo y no significativo, debido a que su sentido no se establece en la instrumentación de medios hacia fines sino en realizar un acto "porque sí". Desaparece el horizonte valorativo, el sujeto actúa movido por estados sentimentales del momento, se alegra de ver a alguien o se irrita con otra persona. Como dice Weber, es un tipo de acción que se encuentra en el límite entre la conducta con sentido y la meramente reactiva a un estímulo.
4. *La acción tradicional.* El último caso lo constituye la acción tradicional, en la que el impulso del acto se desarrolla bajo el influjo de la costumbre y el hábito y procede de un conjunto de ideales o símbolos que no poseen una forma coherente y precisa. Es aquella determinada por una costumbre arraigada. Puede tratarse incluso de hábitos que nos hemos formado en relación con los demás, cuyo sentido se agota en los mismos miembros y el fin se pierde de vista. Esta suerte de tipificación conceptual desarrollada por Weber, no tiene por objeto establecer una clasificación general de la acción social, sino que podría ser comprendida como un esquema típico ideal cuyo fin es establecer mediciones racionales sobre las cuales analizar las desviaciones irracionales de la acción. De este modo, la condición de predecibilidad de la acción humana se apoya en su carácter relacional (toda acción implica necesariamente una relación social y es a través de este concepto que se logra conectar las accio-

nes particulares de la gente con asociaciones tan complejas como el Estado o la Iglesia), lo que supone uniformidades de conducta que se establecen por medio del "uso" y la "costumbre".

Estos cuatro tipos de acción engloban, según su autor, a la gran mayoría de las acciones reales, pero no pueden pretender representar a todas las acciones ni tampoco impedir *a priori* la existencia de otro tipo de acción. Weber admite que, en los hechos, al momento de caracterizar una acción, no se puede tener una certeza absoluta en cuanto a saber si se trata de una sencilla influencia o bien de una orientación significativa. Esta dificultad presupone entonces la existencia de diferentes niveles de significado. Vargas Oreamuno (s.f.), citando a Cockerham y Lüschen, nos dice que Weber señalaba que el comportamiento de las personas estaba asociado a conductas racionales en lo que él denominó la racionalidad formal y la racionalidad sustantiva, en que la primera se caracteriza por ser un comportamiento calculado lógicamente, eficiente y objetivo, que persigue metas y provee libertad a los individuos para decidir, actuar y experimentar, lo que promueve la creatividad y busca el mejoramiento del ser.

Al respecto, Schütz logra discernir cinco niveles de significado en la obra de Weber:

1. La acción es significativa para el que actúa.
2. La acción establece contacto con otra persona.
3. La persona se da cuenta del significado de la conducta del otro y la interpreta.
4. La acción social se orienta hacia la conducta de otro.
5. La interpretación de la conducta social se da por parte de la sociología.

Pudiéramos resumir y decir que hay dos grandes corrientes teóricas: las que dicen que la gente actúa por las circunstancias, es decir, por la situación por la que están pasando, y las que dicen que la gente actúa por sus valores o por sus creencias (Strmiska, 1979; Boudon, 1975, 1979; Weber, 1969, citados por Briseño-León, 1996). Las teorías que postulan que la gente actúa por la situación, incluyen posturas políticas muy distintas, que van desde el marxismo (Marx, 1971) hasta el neopositivismo contemporáneo (Popper, 1967). Sostienen que son las circunstan-

cias las que hacen que el hombre actúe de determinada manera, es decir, que alguien reaccionará o escogerá su comportamiento de acuerdo a las circunstancias. Pero otras teorías sostienen que lo fundamental son los valores, que la situación tiene poca importancia, que lo más importante es lo que el hombre cree, lo que el individuo piensa, por sus hábitos o sus creencias. Porque si las personas creen en algo o tienen conciencia de algo, actuarán de acuerdo a ello. Y si la explicación del comportamiento se centra entonces en las circunstancias del individuo, lo más importante es la educación, porque nada hacemos con cambiar las circunstancias si no cambiamos a las personas.

La acción social puede:

- Otorgar poder y dinamizar a las poblaciones que tradicionalmente no lo han tenido o no han comprendido su potencial para ejercerlo. La experiencia de participar en una acción (especialmente si ha sido exitosa) puede ser estimulante para las personas que pensaron que nunca podrían influenciar el transcurso de los acontecimientos.
- Cambiar la manera en la que se ven a sí mismos y darles una perspectiva diferente de lo que es posible.
- Prepararlos y apoyarlos ante una larga lucha para conseguir metas de gran alcance. Esto logra ser cierto incluso para las personas que no han participado en la acción original. Ser testigo de lo que otras personas como ellos pueden alcanzar puede inspirar a otros a unirse a ese esfuerzo o a otros similares en el futuro (o incluso a empezarlos).
- Unir comunidades; las acciones colectivas acercan a las personas de la misma manera que lo hacen muchas actividades de colaboración. Crean un espíritu de pasión y esfuerzo compartidos y unen a los individuos en una comunidad con un objetivo común.
- Demostrar que un grupo organizado es una fuerza a tener en cuenta. Los individuos tienen que respetar y tratar con sus necesidades e intereses incluso cuando no están de acuerdo con ellos.

La Teoría de la acción social es realmente una visión sobre el cambio social y la capacidad de las comunidades para movilizarse contra las injusticias. La acción social es intrínseca a la vida comunitaria y a la dispo-

sición de las personas para resistir las consecuencias de las desigualdades sociales. Para conseguir que una comunidad pase a la acción, se puede hacer uso de la acción social a través de la motivación y la movilización.

### Consideraciones al apartado

Como es posible apreciar, de acuerdo a los paradigmas surgidos en la promoción de la salud, las intervenciones educativas en educación para la salud, de este segundo periodo, tienen un carácter sociopolítico/emancipatorio (cuadro 3), cuya propuesta pedagógica procura desarrollar estrategias que apunten a cambios colectivos e individuales a través de un proceso dialógico de identificación y análisis crítico de los problemas, buscando elucidar sus raíces culturales, históricas y sociales.

## Corrientes que instrumentan la educación para la salud: crítica, participativa y emancipatoria

### Educación de adultos

Los avances en los campos tanto de la salud como de la educación de adultos han logrado reunir a la educación para la salud y a la educación de adultos. Aunque ha habido estrechos vínculos entre una y otra, las relaciones entre ambos campos de la educación no siempre han sido sistemáticas, sin embargo recientemente ha habido un mayor acercamiento, y se reconoce tanto en la educación para la salud como en la promoción de la salud la relevancia y el uso de los métodos y estrategias desarrollados en este ámbito.

Las metas y principios que caracterizan a la educación de adultos, así como las políticas de promoción de la salud, muestran la estrecha relación existente. Ambas se están desarrollando para capacitar a la gente para la acción y autonomía y provocar un cambio individual y social. Así como la educación de personas adultas es un proceso que capacita a la gente para mejorar sus propias condiciones de vida y su bienestar en general, incluyendo su estado de salud, la educación para la salud dentro de la perspectiva de la promoción de la salud también es un proceso que capacita a la gente, y se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía.

Ambas comparten dos principios básicos:

- La participación considerando que el adulto no es un mero receptor, que tiene capacidad de interactuar con sus compañeros inter-

cambiando experiencias que ayuden a la mejor asimilación del conocimiento.

- La horizontalidad, en la que el educando y el educador tienen características cualitativas similares (adulthood y experiencia) y las características cuantitativas marcan la diferencia, en tanto que tienen un desarrollo diferente de la conducta observable.

El proceso educativo desarrollado, al ser orientado con características sinérgicas por el educador para la salud/equipo de salud, permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante adulto. Como consecuencia de ello, la educación de personas adultas está abarcando más y más aspectos y ocupando cada vez con más frecuencia una función central dentro de varios sectores de las políticas, entre ellos el de la salud, y esos cambios tienen como resultado el desarrollo de nuevas estrategias en áreas donde la salud y la educación de adultos se entrecruzan. A medida que se forjan nuevas conexiones, se percibe la necesidad de un enfoque sistemático de colaboración entre los dos sectores.

La creciente importancia de la salud en la educación de las personas adultas y el interés por llevar a cabo acciones conjuntas se reflejan en el hecho de que la educación para la salud y la promoción de la salud por primera vez se incluyeron en una conferencia de la Unesco sobre educación de personas adultas.

## Los propósitos de la andragogía

La constitución de la andragogía como ciencia de la educación de los adultos tiene como fin inmediato el encontrar caminos adecuados que faciliten el conocimiento y tratamiento científico de la educación de adultos. Comprende el estudio del hecho educativo del adulto, es decir, de las capacidades, acciones y circunstancias que explican su aprendizaje y su desarrollo humano. Sobre la base de este conocimiento se elaboran principios, procedimientos, estrategias, métodos, técnicas y otros elementos destinados a orientar la actividad educativa del adulto, en el marco de una orientación emancipadora social e individual; la andragogía proporciona la oportunidad para que el adulto que decide aprender participe

activamente en su propio aprendizaje e intervenga en la planificación, programación, realización y evaluación de las actividades educativas en condiciones de igualdad con sus compañeros participantes y con el educador/equipo de salud. Lo anterior, conjuntamente con un ambiente de aprendizaje adecuado, determina lo que podría llamarse una buena praxis andragógica. Los procesos andragógicos estimulan el razonamiento, promueven la discusión constructiva de las ideas, favorecen el diálogo, originan puntos de vista, ideas e innovaciones, y al mismo tiempo conducen a replantear propuestas como resultado de la confrontación de saberes individuales para lograr conclusiones grupales.

Adam (1977) considera que los objetivos generales de la educación de adultos se pueden resumir en cuatro:

1. Estimular y ayudar al proceso de autorrealización del hombre, mediante una adecuada preparación intelectual, profesional y social.
2. Preparar al hombre para la eficiencia económica en el sentido de hacerlo mejor productor, consumidor y administrador de sus recursos materiales.
3. Formar en el hombre una conciencia de integración social que le haga capaz de comprender, cooperar y convivir pacíficamente con sus semejantes.
4. Desarrollar en el hombre conciencia de ciudadanía para que participe responsablemente en los procesos sociales, económicos y políticos de la comunidad.

El enfoque andragógico pretende enmarcar todo el panorama metodológico y los contenidos que se aplican a un programa destinado al adulto, enfatizando sus posibles limitaciones y sus diferencias positivas. No se trata simplemente de un cambio de nombres para referirnos al mismo proceso o fenómeno. La ventaja de incorporar "lo andragógico" al quehacer del educador de adultos radica principalmente en diferenciar las actitudes, y a partir de éstas, las estrategias, procedimientos y formas didácticas con los que se atiendan los requerimientos del educando adulto. De esta forma aparece como requisito indispensable el análisis del perfil del sujeto a quien va dirigido el proceso educativo, en el que es indispensable situarse en el entorno en que dicho sujeto se

desenvuelve, en sus relaciones sociales con el mundo circundante y sus intereses multidimensionales. En este análisis se tiene que caracterizar al adulto como un individuo de vida autónoma en lo económico y en lo social, que juega un papel social y cumple con una función productiva, sujeto de su propia historia, que cuenta con un potencial de experiencias dentro de un contexto sociocultural, las que serán fundamentales para su aprendizaje. En todo esto lo importante radica en ubicar al adulto inmerso en su propia cultura, considerada ésta como toda manifestación humana que se agrega a la naturaleza para modificarla, aprovecharla o comprenderla. De hecho, se deben analizar cuidadosamente los intereses, necesidades, habilidades y aptitudes de los adultos, para lo cual la educación de adultos debe fundamentarse en una base sólida de supuestos psicológicos sobre el adulto. De acuerdo con Bitzer (1993), es factible que puedan aplicarse varios planteamientos, pues si bien es cierto que los principios del aprendizaje son los mismos, aun cuando se trate de sujetos con diferentes grados de experiencia, las variables se presentan en el terreno operativo, en situaciones concretas en las que se realiza el proceso de enseñar y aprender.

## Modelo andragógico

Los adultos tienen diferentes estilos de aprendizaje; unos prefieren hacerlo en grupos, otros individualmente, algunos optan por la experimentación y otros requieren asesoría. Para cada enfoque es necesario diseñar programas ajustados a ellos, que se adecuen a los estilos de los participantes, quienes serán más receptivos cuando perciban que los objetivos del programa de formación responden a sus necesidades y expectativas.

### Componentes del modelo en el aprendizaje grupal

En caso de que la modalidad sea grupal, se tienen los siguientes componentes:

- *El participante adulto:* Se encuentra en el centro del proceso de aprendizaje y es el principal recurso de este, el adulto participante

se apoya en sus propios conocimientos y experiencias adquiridas, debe continuar con la explotación y descubrimiento de sus potenciales, talentos y capacidades. Por ello todo aprendizaje sólo puede efectuarse si existe continuidad y total congruencia en el nivel del Ser y el del Hacer.

- *El andragogo:* Es decir el formador (educador/equipo de salud); se convierte en el facilitador del proceso, viabiliza las interacciones interpersonales y organiza la actividad educativa, además puede ser transmisor de informaciones y agente de cambio, es un recurso, considerado como un participante más en el proceso continuo de aprendizaje.
- *El grupo:* La formación puede producirse de manera relativamente autónoma y personal; pero también ocurre en un espacio intersubjetivo y social. Así, el aprendizaje adulto no debe entenderse como un fenómeno aislado, sino como una experiencia que se desarrolla en interacción con otros sujetos, de manera que “el conocimiento no es solamente una cuestión del pensamiento y las personas; sino de relaciones que esas personas mantienen; aprender (llegar a conocer) implica mantener relaciones funcionales” (García, 2003). Puesto que la unidad de análisis del aprendizaje adulto son los procesos de interacción social, cada participante puede convertirse en un recurso para el otro y este intercambio proporciona una transacción dinámica del conocimiento. De ahí la importancia del grupo; el aprendizaje adulto no es un fenómeno aislado, sino una experiencia en interacción con otros sujetos. El conocimiento no es solo cuestión de pensamiento, sino también de relaciones que esas personas mantienen. Aprender implica mantener relaciones funcionales, en que cada participante puede convertirse en un recurso para el otro y este intercambio proporciona una transacción dinámica del conocimiento.
- *El entorno:* En un entorno educativo, en donde el grupo tiene su grado de responsabilidad, cada uno de los participantes puede convertirse en un recurso, creando una simbiosis vertical y horizontalmente. Los intercambios que generan producen transferencias dinámicas de doble vía. La creación de un ambiente socioemotivo adecuado es necesaria para propiciar el proceso de aprendizaje, los

espacios físicos ayudan de igual manera, así como los recursos tecnológicos con los que se cuenta, influyen los colores, el clima, la comodidad, la tranquilidad. Es posible distinguir tres tipos de medio ambiente: el primero comprende el medio ambiente inmediato, creado para realizar el aprendizaje, es decir, la actividad educativa. El segundo se relaciona con el organismo educativo que facilita los recursos y los servicios humanos y materiales. El tercer tipo comprende a las instituciones y a las agrupaciones sociales. Si la creación de un ambiente socioemotivo es necesaria para propiciar el aprendizaje, también lo son los espacios físicos y los instrumentos tecnológicos que constituyen factores importantes para facilitar el aprendizaje.

Estos componentes del modelo no deben entenderse como entes aislados, sino en constante interacción dentro de un espacio intersubjetivo y social, de manera que el aprendizaje adulto se transforme en una experiencia del individuo, que ocurre en interacción con un contexto o ambiente; de esta tesis se desprende que la "actividad cognitiva del individuo no puede estudiarse sin tener en cuenta los contextos relacionales, sociales y culturales en que se lleva a cabo" (Wertsh, 1993).

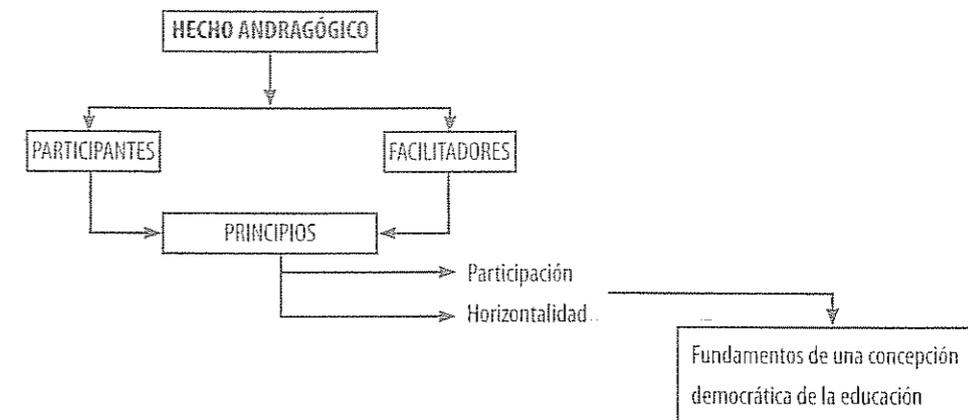
Estos aspectos distinguen el aprendizaje adulto:

- *Relación con el mundo circundante:* El aprendizaje se realiza teniendo en cuenta situaciones problémicas del entorno físico y social del adulto.
- *Relación con los intereses de quienes aprenden:* El aprendizaje debe estar relacionado con los intereses particulares de los adultos.
- *Orientación hacia la elaboración de productos:* Producto en el sentido amplio de la palabra, que contribuya a mejorar el medio ambiente físico y social, pues se integran el aprendizaje y la acción.
- *Relación social:* A diferencia del aprendizaje en el propio sitio de trabajo, en los proyectos de aprendizaje se nota la relación social de aprender en el planteamiento cooperativo, en la distribución del trabajo, en la interpretación y valoración del producto en relación con las otras actividades que se realizan en interacción con grupos.

## Proceso y funcionalidad del hecho andragógico

El hecho andragógico adquiere dimensión práctica en la acción de la formación del adulto, es el proceso de orientación individual, social y ergológico para lograr capacidades de autodeterminación. A diferencia del proceso que se realiza con los niños, puede tener carácter bidireccional o monodireccional. En el adulto este proceso es diferente por cuanto el propio proceso de maduración le permite aceptar o rechazar las ideas y experiencias del grupo social, en el que ha adquirido iguales derechos y deberes y en el que el adulto que ha acumulado alguna experiencia interviene racionalmente en las decisiones sobre su propio destino y el de la sociedad. La actividad educativa en la vida adulta es diferente; en primer término no es una mediación, pues no se trata de que una generación adulta transmita a otras sus patrones formados y sus sistemas de vida. En segundo lugar, no existe propiamente un agente-maestro en el sentido estricto de la palabra, encargado de imponer las formas de pensar de un sector de la sociedad adulta a otro sector (figura 5).

Figura 5. El hecho andragógico



Fuente: Márquez, 1998.

## Principios fundamentales del hecho andragógico

### Horizontalidad

La horizontalidad es uno de los principios fundamentales de la operatividad andragógica, permite a los participantes y al educador/equipo de salud mantener una interacción en su condición de adultos, en la que aprenden, se respetan mutuamente y valoran la experiencia de cada uno, en un proceso educativo de continuo enriquecimiento y continua realimentación. Se comparten actitudes, actividades, responsabilidades y compromisos orientados básicamente hacia el logro de objetivos y metas factibles. En esta relación, el participante trabaja y ayuda a que sus compañeros de grupo y él mismo lleguen hasta donde su potencial se lo permita. En el modelo andragógico no puede ponerse en práctica el proceso de enseñanza-aprendizaje, de amplia validez en la pedagogía, sino el de orientación del aprendizaje; según esta posición, el participante tiene que aprender a aprender, desarrollar habilidades y destrezas para intervenir de manera exitosa en su educación.

### Participación

El papel que al participante adulto le corresponde desempeñar durante el proceso de aprendizaje, va mucho más allá del de un simple receptor, memorizador y repetidor de conocimientos; el proceso participativo en la actividad andragógica estimula el razonamiento, favorece el diálogo, promueve la discusión constructiva de las ideas, origina innovaciones y conduce a la reformulación de propuestas como resultado de la confrontación de saberes y de posiciones grupales o individuales. De tal suerte que la participación implica el análisis crítico de las situaciones planteadas, mediante el aporte de soluciones efectivas (Adam, 1977).

En el hecho andragógico se tiene:

- Dos actores principales: el participante y el facilitador(a).
- Dos principios fundamentales: horizontalidad y participación.

Las metodologías que sustentarán el desarrollo de este proceso serán la investigación acción participativa (IAP) y la educación popular. Cuyos procesos metodológicos van generando posiciones horizontales y de participación fundamentadas por el hecho de poder compartir su potencial de experiencias vividas dentro de su contexto sociocultural.

## Condicionantes del hecho andragógico

A continuación se describen las condiciones que caracterizan la actividad andragógica:

### Confrontación de experiencias

La experiencia de dos adultos, del que educa y del que es educado, se confronta, entendida la experiencia como la riqueza espiritual del hombre: es lo que sabe, lo que ha vivido, lo que ha hecho, lo que siente, su punto de vista cultural y social. En la educación de adultos desaparece la diferencia marcada entre educador y educando, ambos son adultos con experiencias, igualados en el proceso dinámico de la sociedad. El tradicional concepto de uno que enseña y otro que aprende, uno que sabe y otro que ignora, teóricamente deja de existir en la actividad andragógica para traducirse en una acción recíproca en la que muchas de las veces es el alumno quien enseña; esta situación se hace presente en cuanto el adulto posee elementos de juicio para reflexionar en sus justos términos sobre los contenidos expuestos. En el proceso educativo prevalecen como criterios de calidad de la interacción educativa la horizontalidad y la participación.

### Racionalidad

El pensamiento lógico también se hace presente en la actividad andragógica. El adulto tiene conciencia lógica y dialéctica, sabe por qué estudia y puede fácilmente apreciar en forma inductiva o deductiva las consecuencias del acto educativo. EL adulto promueve su educación, la planifica y

la realiza en función de necesidades e intereses inmediatos y con vista a consolidar su porvenir.

### Capacidad de abstracción del adulto

El proceso de racionalización en la confrontación de experiencia y las abstracciones que derivan del adulto, lo conducen a integrar a su propia vida y aplicar a su medio social y de trabajo las nuevas experiencias. Este proceso de integración y aplicación tiene un carácter funcional que asegura, aumenta y diversifica las motivaciones y vivencias que mueven la conducta volitiva del adulto.

### Características fundamentales del educando adulto

Es conveniente tener presente que, si bien el adulto es un individuo con su propia historia personal, con una relativa riqueza de experiencia, con claras y específicas razones para querer aprender, y por ende es un adulto automotivado, el hecho de que esté estimulado para aprender no significa que automática y necesariamente el proceso de aprendizaje le será fácil. El educador/equipo de salud deberá ser consciente de las dificultades que pudieran presentarse, tendrá que ser capaz de manejarlas y sacar provecho de las características ventajosas del adulto.

Cuando abordamos el estudio de las características fundamentales de los adultos que se manifiestan en un proceso de formación podemos mencionar las siguientes:

#### Conciencia de sus necesidades de capacitación

Están conscientes, en general, de sus necesidades de capacitación, gradualmente han internalizado que los conocimientos y/o los aprendizajes adquiridos deben actualizarse, por lo que saben muy bien qué aprenden y/o para qué deben aprenderlo. Tienen tiempo limitado para estudiar pues deben balancear las demandas de la familia, el trabajo, el entretenimiento y la educación.

### Autoconcepto

Tienen necesidad psicológica de autodirigirse. El aprendizaje de adultos tiene siempre una implicación personal que deriva en el desarrollo del autoconcepto, juicios personales y autoeficacia. El aprender para un adulto es significativo pues le da un valor agregado a su existencia. En contraste con la dependencia de niños, los adultos tenemos una necesidad psicológica profunda de autodirigirnos. Nuestro autoconcepto nos lleva a guiarnos por nuestra propia voluntad. Somos renuentes a las situaciones en que el facilitador y el diseño de los programas limitan a los aprendices en un papel dependiente, como si fueran niños, o en el estilo de enseñanza del docente, instructor o facilitador, que puede llegar a guiar a sus estudiantes con amonestaciones inadecuadas, ridiculizándolos o con acicates equivocados.

### La experiencia

Aplicando el término como expresión de las vivencias personales, tanto en el terreno laboral como en el sociofamiliar, económico y cultural, el educando va a adquiriendo un bagaje de conocimientos, habilidades y actitudes que le permite realizar asociaciones con los nuevos estímulos presentados en la situación de aprendizaje. Las experiencias de su vida son fuentes de información e intervienen en los procesos de comparación, clasificación y valoración. La experiencia acumulada sirve como recurso de aprendizaje y como referente para relacionar aprendizajes nuevos. Valiéndose de sus experiencias anteriores, el participante puede explotar y/o descubrir su talento y sus capacidades.

### Capacidad

La capacidad del adulto para relacionar hechos y comparar situaciones o fenómenos es superior a la de los niños. Esto no implica que el niño, el adolescente y el joven no estén en condiciones de emitir juicios críticos u opiniones, dentro del nivel de su edad y experiencia, sino que es precisamente el hombre en su edad madura el que puede analizar, reflexionar y

juzgar con más elementos de juicio, percibiendo fácilmente los aspectos globales, al mismo tiempo que comprende las cosas en detalle.

### Motivación y automotivación

En la educación destinada al niño y al adolescente, la motivación externa juega un papel importante para encauzar los intereses infantiles con los propósitos de un programa educativo formal. Su inexperiencia o experiencia relativa lo ubica como un participante cautivo cuya motivación de aprender es más ajena que propia. En el educando adulto, por el contrario, la motivación para aprender generalmente es interna, decide voluntariamente su incorporación a un curso o grupo conforme a motivaciones muy propias, que responden generalmente a necesidades personales, sociales, laborales u ocupacionales. La automotivación deberá ser sostenida y cultivada por agentes externos, por el educador/equipo de salud, que animen al sujeto a mantener vivos y vigentes los motivos que lo llevaron a enrolarse en un esfuerzo educativo, así como a crear las condiciones que promuevan lo que ya existe en él. El aprendizaje adulto se fomenta mediante conductas y actividades de capacitación, en las que se demuestre respeto, confianza y preocupación por lo que se aprende.

### Prontitud en aprender

Los adultos se disponen a aprender lo que necesitan saber o poder hacer para cumplir su papel en la sociedad. Ellos miran la formación como un proceso para mejorar su capacidad de resolver problemas y afrontar el mundo actual; de esta manera pueden desarrollar modelos de conducta en situaciones dadas, que les faciliten su adaptación a circunstancias particulares en las que puedan encontrarse en un momento determinado.

### Orientación para el aprendizaje

La orientación adulta al aprendizaje se centra en la vida; por lo tanto, lo apropiado para el aprendizaje son situaciones reales que analizar y

vivir de acuerdo con su proyecto personal de vida y las experiencias acumuladas; en estas circunstancias la formación cobra gran importancia si concuerda con sus expectativas y necesidades personales. Unido a la experiencia, el adulto trata de conservar vivencias, conocimientos, creencias, paradigmas que le fueron útiles en un momento; pero que muchas veces ya no lo son y por lo tanto se convierten en fuente de resistencia interna del individuo; el adulto tiende a aferrarse a creencias, técnicas y posiciones de un pasado, como consecuencia de la repetición, se afirma que la rutina es un quehacer, resultado de un comportamiento moldeado en acciones no reflexionadas. Esta resistencia al cambio se asocia a las poblaciones indígenas o a los grupos marginados, pero puede presentarse en adultos de diferente extracción cultural y satisfacción económica.

Dadas estas circunstancias, un requisito básico para el aprendizaje es el desaprendizaje, para luego dar el paso al reaprendizaje. Desaprender es sencillamente eliminar lo que hemos aprendido y que ya no nos sirve, con la finalidad de dejar espacio para que lo que necesitamos aprender pueda entrar en nuestro cerebro con facilidad.

Para realizar esto, el ser humano debe darse la oportunidad de verse a sí mismo como el poseedor de un punto de vista sobre cualquier aspecto, y desarrollar la conciencia de la existencia de muchos más puntos de vista que puedan ser tan o más válidos que el percibido por él. Esto obviamente exige postergar el juicio crítico, lo cual no es una costumbre arraigada en la mayoría de los adultos, mucho menos cuando poseen un alto nivel intelectual, pues cuanto más han invertido en aprender cierta información, mayor compromiso experimentan de defender esta información ante otra nueva [...]. El desaprendizaje es un eslabón ubicado entre el aprendizaje y el reaprendizaje (Sánchez, 1999).

### Inmediatez

La orientación de los adultos para el aprendizaje tiende a la búsqueda de la solución a los problemas que se le presentan en la vida real, con una perspectiva de buscar la inmediatez para la aplicación de los conocimientos

adquiridos, cuyos objetivos responden a sus necesidades y expectativas. Debe considerarse además que el adulto tiene un amplio bagaje histórico, social y cultural, como ente social integrado a formas de vida determinadas; construye su propio conocimiento con ayuda del formador, quien se convierte en un facilitador del aprendizaje (Rivera, 1997).

El adulto valora mucho más la comprensión de fenómenos y procesos que la pura y simple retención de la memoria. Tiene la capacidad de unir e integrar en conjuntos más amplios elementos que están en apariencia aislados, sueltos. La memorización del adulto discierne la información y al integrarla, la retiene más rápidamente. La explicación de los fenómenos y las relaciones de causa-efecto adquieren para el adulto una mayor importancia porque le ayudan a integrar su conocimiento. Para el adulto es muy importante sistematizar su conocimiento e integrar lo nuevo en conjuntos armónicos y totalizantes. Por consiguiente, el punto de partida para el aprendizaje del adulto es *su experiencia personal y la experiencia de las condiciones concretas de su existencia*.

### El educador andragogo

La andragogía pone el énfasis en el aprendiente, quien desde este nuevo paradigma asume un papel más activo en el proceso, donde es consciente de sus intereses y anhelos. Esto trae como consecuencia un cambio trascendental en las funciones del educador/equipo de salud, con el fin de que realmente logre alcanzar los objetivos. A fin de potenciar la motivación de aprender que tienen las personas adultas, el educador andragogo deberá procurar diseñar situaciones didácticas que permitan a los adultos enfrentarse a nuevas posibilidades de autorrealización, ayudando a cada uno de ellos a esclarecer sus propias metas y objetivos de aprendizaje. Esto implica que se debe auxiliar a los educandos para que puedan elaborar un diagnóstico de la distancia que existe entre sus aspiraciones y sus capacidades implicadas en el aprendizaje, lo cual facilitará que puedan identificar sus debilidades y sus fortalezas. En su condición de facilitador de los procesos de aprendizaje del adulto, el educador andragogo debe poseer adecuada formación en los campos científico, tecnológico y humanístico, combinada con una profunda madurez humana, que le permi-

tan relacionarse con sus semejantes y abrir así la posibilidad de transmitir sus conocimientos y motivar el crecimiento humano-personal de los educandos. En esencia, en su labor debe hacer un adecuado manejo de métodos, técnicas y situaciones de aprendizaje que faciliten el logro de los objetivos planteados.

### Participación comunitaria/ participación social

Como segunda corriente teórica que instrumenta la educación para la salud desde la perspectiva crítica, participativa, emancipatoria, se tiene a la participación comunitaria.

La importancia de la participación comunitaria en los procesos de desarrollo social se ha ido incrementando desde mediados del siglo

xx. En el marco del desarrollo comunitario, el papel que cumple la comunidad en el estado de salud y la necesidad de su participación activa quedan confirmados con la formulación del concepto de "atención primaria de salud". En el año 1977 se acordó que el objetivo principal de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fuera que todas las personas hubieran alcanzado en el año 2000 un nivel de salud que les permitiera

llevar una vida social y económicamente productiva. Para lograr ese ambicioso objetivo, denominado "Salud para todos en el año 2000", las naciones del mundo junto con la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y las principales agencias financieras se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista denominado Atención Primaria de Salud.

En las recomendaciones de la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata (1978), se refleja claramente la posición de la OMS respecto a la participación comunitaria. En dicha conferencia se señala que "es indispensable que los individuos de una comunidad contribuyan con un máximo esfuerzo en el propio desarrollo sanitario, a la vez que participen en la planificación, la organización y la evaluación de la

La salud está implícita en todo el proceso social, por ende, se requiere la participación de la población en su conjunto de forma consciente e intencionada en beneficio de las personas y el medio que las rodea (Kickbush, 1997).

atención primaria de salud”, es decir, se pronuncia explícitamente sobre la importancia de la participación comunitaria para lograr una mejora de la salud de la población. De igual forma, se afirmó: “La participación comunitaria es el proceso mediante el cual los individuos y sus familias asumen la responsabilidad de su propia salud y bienestar y los de la comunidad y desarrollan la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad”. Esta definición lleva implícito un alto grado de responsabilidad por parte de la población en su propia salud y en el desarrollo individual y social; entendiendo por desarrollo social un crecimiento económico controlado, una distribución equitativa de bienes, una protección del medio ambiente y un bienestar social y de salud (OMS, 1978). En la misma línea sobre el derecho a la salud se pronunciaron la Carta de Ottawa (1986) y la Declaración de Liverpool (1988).

La Carta de Ottawa recomienda la participación comunitaria en los procesos decisorios, en la planificación y en la implementación de las acciones de salud. Destaca la necesidad de que las acciones de salud busquen fortalecer la actuación de los individuos y de los grupos, y sugiere la implementación de acciones de soporte social a las comunidades, que estimulen procesos de autoayuda y acciones de educación para la salud. La Conferencia Internacional de Yakarta busca ampliar esta directiva al proponer colaboraciones con la sociedad civil y en particular con el sector privado (OMS, 1997):

- Se considera deseable el incremento de la participación en las decisiones sobre la salud para que las personas adquieran la capacidad de realizar elecciones saludables.
- Se sugiere repensar las prácticas de educación para la salud, proponiendo un papel más activo del público al cual se dirigen.

### Qué entendemos por “participación”

Esta expresión de amplio uso en los programas de acción social y de salud, tiene la desventaja de reunir dos términos igualmente vagos e imprecisos: *participación* y *comunidad*.

La idea de participación se encuentra tan difundida como distintos han sido sus significados en la historia. Como cualquier otro término propio del lenguaje corriente y de los lenguajes especializados, el de *participación* goza de una considerable diversidad de significados y usos, la multiplicidad de definiciones existentes en las distintas disciplinas de las ciencias sociales, pone de manifiesto que nos encontramos ante un concepto ambiguo, relativo y con fuertes connotaciones ideológicas.

Participar significa hacer acto de presencia, tomar decisiones, estar informado de algo, opinar, gestionar o ejecutar; desde estar simplemente apuntado o ser miembro de, hasta implicarse en algo en cuerpo y alma. Es decir, hay muchas formas, tipos, grados, niveles, ámbitos de participación. Tantos, que hacen que expresiones como “ha habido mucha participación”, “han estado muy participativos”, “hay que promover la participación”, no signifiquen demasiado mientras no se precise en concreto de qué participación se está hablando, o hasta que algunos elementos del contexto lo aclaren. De otro modo, y dado que *participación* es hoy un término prestigiado, se puede hacer con él muchísima demagogia y retórica vacía; bajo el pretexto de la participación y mediante formas sólo aparentes o incluso perversas de la misma, se producen procesos realmente dirigistas y hasta autocráticos. Por eso es necesario no sólo admitir el derecho a participar, sino también formar a los individuos para que puedan ejercerlo eficazmente.

En esta polisemia de la participación se filtran diversos y, en momentos, opuestos intereses políticos, pero sus múltiples significados tienen una fuerza que se impone cada vez más en el mundo como parte de un movimiento renovador y, quizá, democratizador de los programas de salud (Briceño León, 1998).

### Qué entendemos por comunidad

Según Newbrough (1991), la noción de comunidad ha evolucionado de concepciones polarizadas en las que se acentuaba sólo un término del binomio comunidad-individuo, a posiciones de mayor equilibrio entre los dos. Así, mientras en la denominada “noción orgánica” de comunidad se daba más importancia a lo colectivo sobre el individuo —por tanto la

relación se caracterizaba por la dependencia de este respecto al grupo—, en la modernidad ocurre lo contrario, ya que en esta se enfatiza la libertad individual y la competitividad entre las personas.

Otro aspecto que destaca en la evolución del significado de comunidad es la crítica al énfasis dado a la utilización de rasgos de sus integrantes para definirla. Para Hunter y Riger (1986), la insistencia en esta forma de tipificación se explica por la necesidad de los planificadores de clasificar a las comunidades con el fin de orientar la aplicación de los programas sociales destinados a mejorar sus condiciones de vida. Con este propósito se han empleado criterios demográficos; por ejemplo, se habla de comunidad de inmigrantes o de pobres; criterios organizacionales, para identificarlas con respecto al grado de desarrollo organizativo alcanzado, y criterios geográficos, para denominarlas de acuerdo al nombre de la localidad o lugar donde residen.

No obstante, Hunter y Riger plantean que la comunidad no es el resultado de un acto administrativo, sino que se define a partir de las interacciones entre sus componentes y entre estos y otros agentes externos. De acuerdo con este punto de vista, las personas se organizan también por sus intereses y no sólo por características socioeconómicas o el lugar de residencia, con lo cual es lógico pensar que los miembros de una comunidad puedan pertenecer simultáneamente a diferentes niveles de comunidad o a comunidades interrelacionadas.

En otras palabras, de acuerdo con McMillan y Chavis (1986), la comunidad se estructura con base en cuatro componentes:

1. Membrecía o sentimiento de compartir relaciones personales con otros.
2. Influencia o la posibilidad de que el individuo influya sobre el grupo, y viceversa.
3. Percepción coincidente de necesidades que se abordan en conjunto para satisfacerlas.
4. Vinculación emocional compartida, al sentir como comunes al grupo, el lugar, el tiempo y las experiencias.

La comunidad tiene una localización, *un lugar*, pero se habita en él en forma entrelazada, como grupo; se convive para la cooperación. Además

la comunidad genera una identificación tal que el distanciamiento produce sentimientos de desarraigo. En la comunidad hay *cohesión*, y puede llegar a ser tal que la oferta cuantitativa de ayuda de los componentes del grupo supere los recursos disponibles. Se admite que en las relaciones interpersonales dentro de la comunidad se pueden suscitar conflictos, pero el deseo que predomina es el de relaciones armoniosas, de trabajar por la solución de las tensiones, es “vivir en paz”, es “estar bien con todas las personas que la forman” (Sánchez, 2000).

Montero concibe a la comunidad como un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, y fortaleciéndose comunidad y potencial social; que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados, y que genera colectivamente formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para sus fines (Montero, 2004).

## Participación comunitaria

La participación comunitaria, entendida como esfuerzo común y apoyo mutuo, data de muchos años atrás (Durstont y Miranda, 1998). Generalmente el concepto de *participación comunitaria* es mayormente utilizado en los ámbitos del desarrollo social y de la salud en particular, suele asociarse con prácticas democráticas, preocupadas por resolver problemas sociales, entre ellos los relacionados con la salud (Iturraspe, 1986).

Para Sánchez (2000), la participación comunitaria puede entonces entenderse como el proceso social en virtud del cual grupos específicos que comparten alguna necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlos. Esta autora sostiene que es producto de un nuevo modo de comportamiento en el que los ciudadanos comienzan a influir en el proceso de toma de decisiones, que

---

En términos sencillos se trata, básicamente, de facilitar a la comunidad los medios para que pueda analizar sus propias necesidades y formular maneras de satisfacerlas, creando lazos de solidaridad y fomentando el intercambio de conocimientos y experiencias.

---

de alguna manera se vinculan con los intereses de los participantes, representando la expresión de sus aspiraciones y también de los criterios que deben guiar el desarrollo social. Montero (2003) la identifica como la acción desarrollada por los miembros de la comunidad en función de objetivos generados a partir de necesidades sentidas, y de acuerdo con estrategias colectivamente definidas, fundamentadas en la solidaridad y el apoyo social. Por su parte, Vargas (2000) define la participación como una actividad organizada por parte de un grupo, con el objeto de expresar necesidades, demandas, defender intereses comunes e influir de manera directa en los poderes públicos, ganando así poder político. Por otro lado, Fadda (1990) sostiene que el concepto de participación debe concebirse como la redistribución del poder y la inclusión de grupos excluidos, a fin de obtener un mayor control. Montero (1996) afirma que existen dos factores asociados a la participación comunitaria, uno es el conocimiento que tiene la comunidad con respecto a la organización, y otro, el conocimiento crítico de la historia comunitaria. La Organización Mundial de la Salud (1991) conceptualiza la participación en salud como un proceso de organización de estructuras sociales, así como del fortalecimiento o potenciación de las comunidades en pro de la toma de decisiones efectivas concernientes a la salud. También se puede definir como "el proceso voluntario asumido conscientemente por un grupo de *individuos* y que adquiere un desarrollo *sistemático* en el tiempo y el espacio con el fin de alcanzar objetivos de interés colectivo y cuya estrategia fundamental es la *organización*" (FAO, 1988: 8). Es decir, hablamos de una acción voluntaria, debido a que su naturaleza no es impositiva y a que la determinación de participar supone una decisión y un compromiso personal, asumiendo los costos y beneficios que se pueden derivar. Ello implica que es necesario contar con un nivel mínimo de conciencia en cuanto a voluntad y disposición a la acción colectiva, que permita estimular una reflexión dinámica en torno a los principios que sustentan las acciones que se pretenden llevar a cabo.

Si entendemos la participación comunitaria como un proceso, cuya base es el involucramiento de las personas en dinámicas de decisión colectiva en función de sus intereses, hablamos entonces de una acción sistemática de fases sucesivas encaminadas a perfeccionar los mecanismos

de un grupo, para alcanzar de mejor forma los objetivos que se ha planteado, a partir de ejercicios de toma de decisión.

Los procesos participativos son una oportunidad para el aprendizaje social y la innovación, lo que favorece el compromiso con los cambios sociales. En primer lugar, las personas identifican un propósito común generando, compartiendo y analizando información que les permite establecer prioridades y desarrollar estrategias. Además crean nuevas maneras de hacer las cosas, con el fin de lograr los objetivos comunes. Dichas personas llegan a darse cuenta de cómo cada una de ellas, en forma individual o colectiva, debe cambiar su conducta para que las prioridades puedan ser atendidas apropiadamente.

La participación es más que realizar actividades para el mejoramiento de las condiciones de vida, es un espacio dinámico que evoluciona, que provee a los participantes la oportunidad de influir en las respuestas que el gobierno da a sus problemas. Es también un proceso educativo no formal, que se desarrolla en las relaciones interpersonales establecidas durante la participación; esta es decisiva pues requiere del involucramiento de todos los integrantes del grupo, independientemente del género o la edad.

### Origen y desarrollo histórico de la participación comunitaria

Sin lugar a dudas pocos conceptos pueden ser considerados tan amplios y tan equívocos como el que nos ocupa, el concepto de participación comunitaria se ha prestado a diversas interpretaciones, como diversas han sido también las experiencias que se han llevado a cabo con el fin de promover dicha participación.

El surgimiento de la participación comunitaria como categoría social es muy antiguo, como primera aproximación al tema de la participación comunitaria en salud es menester realizar un abordaje histórico examinando brevemente cuál ha sido el origen y la evolución histórica de la idea y de su práctica, y cuándo se empieza a plantear la necesidad de la participación comunitaria en los programas de desarrollo social, incluido en ellos el desarrollo sanitario, en general en los procesos de mejora de la calidad de vida.

Para examinar brevemente cuáles han sido el origen y la evolución histórica de la idea y la práctica de la participación comunitaria, es decir, cuándo empieza a plantearse la necesidad de la participación comunitaria en los programas de desarrollo social de manera expresa y se menciona el “desarrollo social”, en el que sin una referencia específica está implícita la participación, podemos señalar que la práctica y el ideal del desarrollo de la propia comunidad mediante la ayuda mutua y la acción conjunta son, en algunos aspectos, casi tan antiguos 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.

Es preciso señalar que participación no significaba lo mismo al inicio del siglo pasado en Norteamérica o en los años sesenta en América Latina o durante los años de las dictaduras, que en la actualidad. Lo que se describe a continuación es el desarrollo histórico, de dónde, quiénes, cómo y por qué se plantea la conveniencia de la participación comunitaria en la promoción de la salud (Ander Egg, 1992).

#### Antecedentes en Norteamérica

En las primeras décadas del siglo xx la sociedad norteamericana sufrió profundos y rápidos cambios sociales. La migración europea no sólo fue un elemento dinamizador, también llevó consigo nuevos problemas, tales como la falta de integración cultural, discriminaciones, problemas de minorías nacionales, racismo, problemas de trabajo y todos aquellos que se derivan del rápido proceso de urbanización e industrialización. En los años veinte, para atender estos problemas surgieron en Estados Unidos los “consejos de planteamiento de la comunidad”, también llamados “consejos locales para el bienestar de la comunidad” y cuyo objetivo era coordinar las actividades de los diferentes grupos o instituciones que actuaban en el nivel local y la cooperación de las agencias sociales que ejercían en ese ámbito.

Lindeman (1921) fue uno de los primeros en utilizar la expresión “organización de la comunidad”, y la define como “fase de la organización social que constituye un esfuerzo consciente por parte de la comunidad para controlar sus problemas y lograr mejores servicios de especialistas, organizaciones e instituciones”. La participación comunitaria se plantea

el esfuerzo por parte de la comunidad, como contribución a la mejora de servicios y a la solución de problemas. Años después, Petit (1963) hace referencia a los distintos sentidos con que los trabajadores sociales emplean la técnica de la organización de la comunidad, pero que en el fondo significa una “forma de ayudar a un grupo de personas a reconocer sus necesidades comunes y a resolver esas necesidades”. La evolución posterior de la idea y la práctica de la organización de la comunidad sigue en esa misma línea, tanto en los estudios como en las experiencias de campo realizadas.

Una de las ideas centrales que interesa destacar de la acción de organización de la comunidad llevada a cabo en Norteamérica es la importancia otorgada a la participación de la misma comunidad en la modificación de sus condiciones de vida. El significado y la permanencia de los cambios introducidos en la vida comunitaria con la participación de esta, son sin duda mayores que los inducidos sólo externamente. Por otra parte, la participación de la comunidad es esencial para el desarrollo de la democracia, siendo conveniente la implicación de la gente en los aspectos sociales.

Es importante señalar que se hizo referencia particular a lo acontecido en Estados Unidos con respecto a la participación comunitaria, precisamente porque su producción teórica y práctica en relación con estas cuestiones ha tenido influencia en otros países (Aguilar Idáñez, 2001).

#### Antecedentes en Europa

En Europa, los primeros programas de participación comunitaria que implementaron los europeos explícitamente bajo la consigna de desarrollo de la comunidad se llevaron a cabo en zonas de África, Asia y América Latina. Es decir, no fueron diseñados propiamente para su población, de lo que se trataba era de designar programas de acción social que llevaban a cabo en sus colonias y que tenían básicamente objetivos educativos destinados a preparar la fuerza de trabajo que requería la industria instalada en dichas colonias (Ander Egg, 1992).

Es imperativo destacar que en Europa el concepto de “desarrollo de la comunidad” fue introducido por la Oficina de Colonias Británicas. El término fue definido en 1948 durante la Conferencia de Verano de Cambri-

dge sobre Administración Africana, convocada para estudiar las políticas sociales de las administraciones coloniales, en parte la definición decía lo siguiente: “el desarrollo de la comunidad [...] abarca todas las formas de mejoramiento”. Bonfiglio (1982) al tratar el tema de los orígenes del desarrollo de la comunidad expone cómo este surge y se desarrolla en las posesiones coloniales inglesas de África y Asia en la década de los veinte del siglo pasado, como una forma de ejercer un “mejor control sobre las poblaciones sometidas” (p. 17) Señala que los programas de desarrollo de la comunidad cobraron mayor auge durante el periodo de descolonización de los continentes citados. “Lo que merece destacarse es que el desarrollo de la comunidad en cuanto a técnica (o conjunto de técnicas) de intervención, tiene su origen inmediato en la crisis del sistema colonial del siglo xx” (Bonfiglio, 1982: 17).

#### Antecedentes en países subdesarrollados

En los países subdesarrollados la participación de la comunidad en los programas de desarrollo, se plantea de forma expresa a finales de la década de los cuarenta. Este movimiento, denominado “desarrollo comunitario” o “desarrollo de la comunidad”, propugnaba por que los miembros de una comunidad desempeñaran un papel destacado en sus propios programas de desarrollo. A partir de los años cincuenta, el desarrollo de la comunidad como método y como proceso empleado para mejorar las condiciones de vida de los campesinos se inicia en los países de Asia y África. Para ese entonces, siete países ponen en marcha programas de desarrollo comunal y en dos de ellos (India y Pakistán) se establecen programas a escala nacional. Hacia 1952, las labores se canalizaban a través de los llamados “centros comunales”, así como la realización de proyectos de mejoras materiales y la organización de servicios (entre ellos los de salud). En esa época, el desarrollo de la comunidad comienza a extenderse a otros países, favorecido por la promoción que se hace desde las ONU y desde algunos de sus organismos especializados (Unesco, FAO, OIT y OMS, principalmente). Cabe señalar que en 1955, en el primer documento que publica la ONU sobre desarrollo de la comunidad lo define como “un proceso destinado a crear condiciones de progreso económico y social para toda la comunidad, con la participación activa de ésta, y la mayor confianza posible en su iniciativa”. En esta idea se

refleja fielmente lo que será el hilo conductor de la teoría y la práctica del desarrollo de la comunidad, cuya característica principal viene dada por la idea de participación. Hasta 1957, el desarrollo de la comunidad sólo se llevó a cabo en zonas rurales. Sin embargo, el rápido proceso de urbanización que se produce en algunos países del Tercer Mundo impulsa su implementación en zonas urbanas.

Se puede confirmar cómo en el Tercer Mundo la idea de la participación comunitaria surge asociada a la necesidad de mejorar zonas (primero rurales y luego urbanas periféricas). No se trata de un tema nuevo, ya que estos países existía y existe una gran tradición de apoyo mutuo; pero sí es nuevo si se plantea como una justificación, diferente al hecho de dar más poder a la gente. El paradigma del desarrollo y el desarrollismo (como concepción ingenua en la creencia de las posibilidades de un desarrollo continuado a partir del cambio de actitudes y la modificación de ciertas políticas sectoriales) subyace en estas propuestas (Delgado, 2001).

#### Antecedentes en Latinoamérica

En América Latina los programas de desarrollo comunitario no se llevan a cabo sino hasta finales de la década de los cincuenta del siglo xx, y desde las primeras experiencias revelan una confluencia, tanto del enfoque de la “organización de la comunidad” como del “desarrollo comunitario”. Lo primero se produce como consecuencia de la presencia de expertos norteamericanos en la realización de los primeros programas, y lo segundo se deriva de la naturaleza de los problemas que se confrontan. Posteriormente, ya en los años setenta, aparecen las primeras versiones latinoamericanas de desarrollo de la comunidad, que enfatizan en mayor o menor medida la participación de la gente en el autodesarrollo y la necesidad de movilizar recursos humanos comunitarios para el desarrollo.

En 1963 la ONU definió el desarrollo de las comunidades como la unión de esfuerzos de la población a los de su gobierno, para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales, integrándose a la nación y capacitándose para contribuir al progreso nacional. Posteriormente, de acuerdo con Veltemeyer (2003), a finales de los años sesenta, la definición del desarrollo comunitario estuvo relacionada con un modelo particular, promovido mediante la Alianza para el Progreso (Alpro), que

buscaba ser un medio para contrarrestar el efecto político de la Revolución Cubana. Para Veltmeyer (2003), este modelo se basaba en dar una responsabilidad primaria a un conjunto de organizaciones basadas en la comunidad, el cual incluía a la Iglesia, grupos universitarios y los programas de extensión de asistencia rural apoyados por el gobierno y financiados externamente. La manera en que se definieron conceptos como “progreso” y la prioridad de estos programas, obedecía al manejo de la política internacional.

En Latinoamérica se fueron generando paralelamente a los programas de desarrollo comunitario, recomendados por los organismos internacionales, otras perspectivas relacionadas con los sucesos de la época de los setenta y con la militancia o disidencia política, que a partir del modelo revolucionario se tornarían posteriormente en perspectivas alternativas de desarrollo comunitario identificadas bajo diversos nombres.

Ya para los años noventa el desarrollo comunitario, principalmente promovido por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), intentó dar una dimensión social a los ajustes estructurales con un modelo de desarrollo que ha sido llamado “liberalismo social” (Veltmeyer, 2003). En este se promovía un incremento en la participación popular, percibida como el eslabón perdido entre la transformación productiva y la equidad. Las medidas se orientaban hacia aligerar la pobreza mediante el fortalecimiento de la sociedad civil, implicando directamente a las organizaciones de base en la ejecución de los proyectos de desarrollo. Esta forma de desarrollo se basaba en una aproximación más equilibrada hacia el papel del Estado y del mercado y promovía el uso del poder de la sociedad civil. A partir de esto se empieza a hablar del *empowerment* o empoderamiento. El principal requerimiento institucional de esta forma de desarrollo local, dirigido a la comunidad, fue la descentralización de los servicios de gobierno y los incrementos en las responsabilidades asumidas por los gobiernos locales y municipales. El uso indiscriminado de la noción de *participación* abrió el debate en las ciencias sociales, para que desde un enfoque crítico se le examinara respecto a los intereses de su promoción, cómo era definida y en qué parte del proceso de desarrollo se le alentaba (Veltmeyer y O'Malley, 2003).

### Antecedentes en México

El imperialismo en la década de los sesenta crea, después del triunfo de la Revolución Cubana, la Alianza para el Progreso, que incorpora el desarrollo de la comunidad como método de trabajo, el cual es retomado posteriormente por la corriente eclesial de la Teología de la Liberación. A mediados de la década de los sesenta surgió como una nueva propuesta de interpretación la Teoría de la marginalidad, inicialmente en Chile y en el seno de la Organización de Desarrollo Económico y Social para América Latina; dicha teoría se manifiesta claramente en la Conferencia Episcopal de Medellín 1968. En esa misma década, Paulo Freire desarrolló sus teorías de educación liberadora, pedagogía del oprimido y la de concientización. Estas dos experiencias en México se unen al movimiento estudiantil del 68, propiciando que se superara el enfoque desarrollista, que se consolidara el compromiso con los movimientos populares y se retomara un sentido de transformación social estructural (Fals Borda, 1981).

A partir de estos acontecimientos, la participación comunitaria ha figurado en el discurso político de gobiernos y agencias de desarrollo, incluyendo al sector salud. Y fue definida por la OMS como “el proceso mediante el cual los individuos y las familias asumen la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad”. Entonces la participación comunitaria es considerada la piedra angular de la atención primaria a la salud, tal como la define la declaración de Alma-Ata, y como un elemento clave de las políticas y programas de población, de acuerdo con la Conferencia de Población de 1984.

México no permaneció al margen de esta estrategia, en 1977 la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) creó dos programas que se llevaron a cabo bajo esta estrategia: uno fue el Programa de Extensión de Cobertura y el otro el Programa Comunitario Rural. El primero tenía como finalidad ampliar la cobertura de los servicios de salud, y el segundo, los servicios de planificación familiar, ambos a las más de 13,000 comunidades rurales del país que carecían de ellos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) también ha impulsado la participación comunitaria, principalmente a través del IMSS-Copla-

mar<sup>1</sup>, que atiende a un amplio número de comunidades rurales marginadas de 17 estados del país y que, en términos generales, se implanta bajo las modalidades antes descritas.

Se ha visto que en la práctica, la participación comunitaria se limita a una o varias mujeres de la comunidad. El caso de México fue significativo porque en esos programas oficiales la colaboración comunitaria consistió, principalmente, en contar con alguna integrante de la comunidad para distribuir servicios básicos de salud y métodos anticonceptivos. En otras ocasiones, la ayuda comunitaria se canalizó hacia áreas no relacionadas directamente con la prestación de servicios de salud; en estas circunstancias, los servicios de salud se ofrecieron a cambio de trabajo colectivo realizado en la comunidad, que consistía en que las mujeres barrieran las calles, o en la reparación del centro de salud u otras obras de albañilería realizadas por los hombres. En algunos casos, diversos organismos no gubernamentales trataron de llevar a la práctica una interpretación más amplia, buscando involucrar a los integrantes de la comunidad en la planeación de los proyectos de salud, en su manejo y en otras funciones relacionadas con la toma de decisiones sobre los mismos (Castro y Hernández, 1993).

### Participación comunitaria, participación ciudadana, participación política

Es necesario establecer las diferencias entre estos tres conceptos debido a que con frecuencia los tres son empleados como sinónimos, especialmente la participación comunitaria y la participación ciudadana.

Cunill (1991), basándose principalmente en el criterio del involucramiento ciudadano en los asuntos públicos, diferencia los tres con-

<sup>1</sup> En 1979 el Gobierno Federal conjugó la experiencia del IMSS con la infraestructura y los programas integrados y coordinados por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), suscribiendo un convenio en el que se planteó el objetivo de otorgar servicios de salud a población abierta en las zonas rurales más marginadas en desventaja social económica, especialmente indígenas. Se colaboró estrechamente con la comunidad, que fue atendida y capacitada y participó con mano de obra. A partir de 1989, el programa cambió su nombre por IMSS-Solidaridad y más tarde IMSS Oportunidades.

ceptos de la siguiente manera: en la participación ciudadana el involucramiento de los individuos conduce a la creación de otras formas de relación con el Estado, lo cual, según la autora, no ocurre en la participación política ni en la comunitaria. O sea, en la participación política ciertamente hay injerencia en las cuestiones públicas, pero esta ocurre a través de órganos de intermediación como los partidos políticos, cuyo comportamiento no favorece tales formas alternativas de relación ni representa muchas veces los intereses de la sociedad civil que se expresan en la participación ciudadana.

En el caso de la participación comunitaria la relación con el Estado es sólo de carácter asistencial, es decir, se refiere a las gestiones de la comunidad para obtener recursos que solucionen problemas de su vida diaria.

La diferenciación anterior no encaja en los nuevos modos de participación política y participación comunitaria, más bien hace referencia a formas tradicionales o convencionales de estas dos modalidades de participación. En ese sentido, y con relación a la definición de participación política, Saucedo (1988) plantea que esta ha cambiado de referencia a conductas políticas tradicionales como votar, a la inclusión de acciones ciudadanas que tienen efecto directo en el público, o dicho con palabras del autor: el concepto de participación política ha ido evolucionando progresivamente hasta contemplar actividades que transcurren al margen de los medios de consulta de la opinión pública diseñados por el sistema, tales como las convocatorias electorales o los referendos. En un sentido más amplio podríamos definir la participación política como cualquier tipo de actividad realizada por un individuo o grupo con la finalidad de incidir en una u otra medida en los asuntos públicos.

El significado de participación comunitaria también ha variado. La participación de la comunidad a la que se refiere anteriormente Cunill (1991), es decir, como ejecutora de actividades impulsadas desde las instancias gubernamentales, es la participación que en los años sesenta y parte de setenta se puso en práctica en programas de desarrollo de la comunidad con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población. La participación comunitaria de hoy sigue interesada en la obtención de esa clase de beneficios, pero también en una relación con el Estado en la que la comunidad ejerza influencia en la concepción y puesta en práctica de las soluciones.

De acuerdo con estas definiciones hay que admitir que las tres formas de participación son participación política, en la medida que se entienda lo político, de acuerdo con Ibáñez Íñiguez (1988), como lo relacionado con la manera como se concibe a la sociedad, los seres sociales y las relaciones entre ellos, en otras palabras, con los valores que se formulan y con los procedimientos que se adopten para su aceptación. En el caso de la participación comunitaria, sin embargo, existe como diferenciadora de las otras dos clases de participación, además del alcance de la acción de la comunidad, la explicitación de la influencia pública que se ejerce. Mientras que en las proposiciones anteriores sobre participación ciudadana y participación política se expresa una intención definida de intervención en lo público. Por lo tanto, los significados de estas dos modalidades de participación parecen sobreponerse. En la participación comunitaria es la finalidad reivindicativa, y no el propósito anterior, la que generalmente la inicia. Sin embargo este objetivo político surge en la medida que evoluciona el proyecto de participación como resultado de la definición que la comunidad hace de sus necesidades, y del derecho que ésta ejerce para optar por soluciones de sus problemas distintas de las tradicionalmente ofrecidas por el Estado.

### Participación como una opción ideológica y metodológica

Las razones más importantes que justifican que la participación comunitaria debe incorporarse a los programas de salud son:

- Primera, una razón situada en un nivel ideológico, en el cual la gente estaría mejor capacitada para realizar todo su potencial humano al tener un mayor control sobre su medio ambiente, especialmente en lo que se refiere a la salud. Este es el resultado que trae poder.
- La segunda razón es puramente práctica: la mayor parte de la población, básicamente la de las áreas suburbanas y rurales, vive en condiciones de pobreza y tiene una salud precaria, por eso su participación directa en la administración y suministro de servicios de atención primaria de salud por sí misma es quizá su única es-

peranza de recibir dichos servicios y de mejorar su nivel de salud (Zakus, 1988).

De estas razones se desprende que la participación comunitaria en su concepción y en su desarrollo pueda ser tomada como fin o como medio.

Así como no existe una definición uniforme, así tampoco se cuenta con una fórmula establecida para la participación, ya que esta constituye un proceso complejo que puede adquirir varios niveles y dimensiones dependiendo de su objetivo, de los sujetos que participan, de la iniciativa, creatividad y autonomía de una comunidad en especial, con sus características peculiares en la cotidianidad; en definitiva a la participación se la define en la práctica. Por eso algunos autores la clasifican en la práctica, otros desde el punto de vista de su concepción o de su objetivo, y señalan la existencia de vertientes en la forma de impulsarla; otros le asignan grados, formas y tipos, tipos de acuerdo a la gestión, a los niveles de movilización y a la voluntariedad de participación.

Así, para Sakus (1988), la concepción de la participación depende del objetivo: primero, si es como un fin en sí misma, se caracteriza como un componente integral. Segundo, si es concebida como un medio para alcanzar un fin, se caracteriza como un componente instrumental.

Werner (1988) plantea dos vertientes básicas:

- La primera, la de los planificadores oficiales, que la consideran como “una manera de mejorar la entrega” de servicios normales de salud. Aquí se ve la participación como “el uso adecuado” de servicios y actividades predeterminados en un programa.
- La segunda vertiente plantea la participación como “un proceso en el que los pobres trabajan juntos para superar problemas y ganar más control sobre su salud y sus vidas”.

La primera visión, según Werner (citado por Vuori, 1979), presupone valores competidos, relaciones de cooperación e intereses comunes como la base de la dinámica de la comunidad. Cooperando y trabajando juntos pueblo y gobierno, mejoran la salud. La segunda visión “reconoce conflictos de intereses tanto dentro como fuera de la comunidad”, con una fuerte influencia sobre la salud y sobre las posibilidades de mejorarla.

“Cualquier programa comunitario debe empezar por identificar los principales conflictos e intereses dentro de la comunidad.”

Para Klein existen cinco grados de participación, y a cada uno le asigna un término y una descripción de acuerdo a la toma de decisiones:

- *De información:* Lo describe en un sentido: autoridad-gobierno hacia los participantes.
- *De consulta:* Lo puntualiza en dos sentidos: la autoridad solicita que los participantes respondan, la autoridad decide.
- *De negociación:* Lo detalla como la negociación y posiblemente la modificación de las decisiones tomadas por la autoridad.
- *De participación:* Lo refiere como la intervención de la comunidad en el proceso de la toma de decisiones.
- *De veto:* Lo describe como la intervención en la toma de decisiones con la capacidad de bloquearlas una vez tomadas.

Y señala que la participación comunitaria se relaciona en los siguientes derechos:

- *Derecho a ser informado:* Los profesionales y las autoridades sanitarias deben informar a los individuos sobre los planes que afecten la vida de la comunidad en cualquiera de sus aspectos.
- *Derecho a ser consultado:* Significa que la población debe ser escuchada antes de adoptar una decisión que la afecte.
- *Derecho a negociar:* La comunidad, los profesionales de la salud y la administración deben acordar o pactar las decisiones en temas de salud.
- *Derecho a participar en la toma de decisiones:* Los representantes de la comunidad son miembros de los órganos y tienen pleno derecho a voto.
- *Derecho al veto:* La comunidad puede negarse a la puesta en marcha de determinados proyectos.

Con frecuencia ocurre que los representantes de la comunidad constituyen una minoría frente a la administración y los profesionales de la salud, y además, estos últimos se encuentran en una situación de ventaja

respecto de aquellos debido a su experiencia y su mayor acceso a la información. En consecuencia, la voluntad de la comunidad puede quedar anulada por los profesionales, dando como resultado la pérdida de interés en participar de sus integrantes.

En otro sentido, Kroeger y Luna (1987) señalan dos formas en las cuales se da la participación; la primera, a la que llama *participación prescrita*, es limitada a la ejecución de las acciones y generalmente impuesta desde niveles superiores. Y la segunda la denomina *participación integral*, involucra a la comunidad en el proceso de diagnóstico, programación, implementación y evaluación.

Agudelo (1983) determina tres tipos de participación de acuerdo a la gestión, es decir, a la manera en que la comunidad maneja los recursos y las actividades de salud:

- *Autogestión:* Cuando la comunidad administra los recursos y las actividades con apoyo del exterior o sin él. El aspecto más importante consiste en que la comunidad toma las decisiones cuando menos en los aspectos clave.
- *Coadministración:* La comunidad comparte la administración con una institución de salud pública o privada. Se colabora en la toma de decisiones, en especial en lo que toca a las actividades que deben realizarse.
- *Recepción pasiva de servicios:* La comunidad no toma decisiones relacionadas con el servicio de salud. Oakley y Marsden (1985) hablan de múltiples definiciones que han recogido y que sitúan en un *continuum* que va desde una mera contribución voluntaria de ayuda hasta el control de instituciones sociales completas.

Es importante mencionar que la participación es un proceso que involucra movimiento y secuencia, que lleva a una fase y continúa inmediatamente en otra.

En cuanto a la voluntariedad, cita cinco tipos de participación:

1. *Participación de hecho:* Se caracteriza por no ser voluntaria y tener su origen en la tradición; conduce a repetir las costumbres ya establecidas.

2. *Participación voluntaria*: En la que el reclutamiento es por la propia voluntad de la persona y tiende a la satisfacción de nuevas necesidades y a la creación de nuevos comportamientos. Por lo tanto, acelera los cambios sociales.
3. *Participación espontánea*: Implica la creación de nuevos grupos sin la organización debida; por lo tanto, su papel social no está lo suficientemente claro.
4. *Participación provocada*: La suscitan agentes exteriores y busca comportamientos juzgados deseables.
5. *Participación impuesta*: Es decir, obligatoria, e inducida también desde el exterior; se considera indispensable para la acción de los grupos.

Muller (1979) menciona dos niveles: el primero corresponde más a la movilización (cuando no a la manipulación) de los recursos comunitarios (su trabajo, dinero y capacidad creativa) para llevar a cabo programas de salud, y la denomina "participación directa". El segundo nivel, el de la "participación social", significa un mayor control popular sobre los factores sociales, políticos, económicos y ambientales que determinan la salud.

En lo que se refiere al objetivo de la participación comunitaria, habría que dejar muy claro qué es lo que se pretende, ya sea entregar mejores servicios de salud o satisfacer necesidades de la comunidad. Aunque en ambos casos se quiera, en última instancia, mejorar el nivel de salud de la población, y en el primer caso entregar mejores servicios de salud, existen diversas estrategias y técnicas desarrolladas para hacer llegar más y mejores servicios a la población, sin considerar necesariamente las circunstancias y las necesidades expresadas por la comunidad. En el segundo caso se busca satisfacer esas necesidades de manera propositiva, para tal efecto habría que partir de políticas bien definidas y de técnicas válidas para que con una actitud de colaboración se identifiquen, junto con la comunidad, las necesidades de salud.

A partir de esta situación surgen dos perspectivas: una es considerar la participación comunitaria como un recurso adicional y como medio para alcanzar los objetivos del sector salud, y la otra es lograr la participación comunitaria como un fin en sí mismo, que coadyuve a la solución de los problemas de salud. En el primer caso resultaría difícil la participación

permanente e interesada, si no se establece una identificación de intereses entre el programa y la comunidad. Y en el segundo caso los alcances del programa se verían rebasados muy posiblemente por las necesidades prioritarias de la comunidad. Sin embargo, consideramos que en este momento se daría la parte creativa de la comunidad, con sus recursos, su imaginación y su experiencia. Esta sería la verdadera participación en el desarrollo de los programas de salud.

Rifkin (1990) distingue cinco niveles de participación en el campo de la atención de salud:

1. *Nivel mínimo y pasivo*, donde la población puede participar en los beneficios del proyecto de salud. Aquí la participación se entiende como la ampliación de la base social o la democratización del acceso a los servicios de salud.
2. *Nivel más profundo*, cuando la población local puede participar en actividades programáticas, por ejemplo, asumiendo roles como trabajadores de salud locales o promotores de salud.
3. *Nivel de implementación*, donde se asumen responsabilidades administrativas en un programa.
4. *Nivel de monitoreo*, que permite evaluar programas.
5. *Nivel real de participación*, donde la población local participa en programas de salud y decide realmente.

Por otro lado, Hernández (1996) clasifica la participación comunitaria en niveles: el nivel de asistencia, que es la forma más frecuente de participación, dada por acciones espontáneas, intermitentes, improvisadas y puntuales, y un nivel permanente, que son acciones que ejerce la comunidad siguiendo un plan o proyecto determinado, en el cual se establece un mayor compromiso con acciones puntuales y permanentes.

La participación, según Arnstein (1969), presenta diferentes estadios, desde un nivel inferior de no participación, que incluye la manipulación; un nivel de plática donde está la consulta, y un nivel superior de poder comunitario que involucra el control.

En el mismo sentido, los niveles de participación varían en función de los siguientes elementos:

- Quién participa (representantes, organizadores, toda la población).
- Acciones en las cuales se participa (diagnóstico, análisis, programación, ejecución, evaluación).
- Nivel de participación en la toma de decisiones (formulación de objetivos, identificación de instrumentos de acción, diseño del plan).

Según lo expuesto, se genera la creación de varias formas de clasificar y diferenciar la participación según su concepción, grados, formas y tipos (Valadez, 1990), por lo que participar puede entenderse como:

- Recibir y aceptar programas sin presentar resistencia.
- Opinar y dar sugerencias sobre la planeación e implementación de un programa; es decir, de consulta.
- Ayudar a la ejecución de acciones; situación que se puede concretar en un modelo de contribución que supone una aportación, por parte de la comunidad, de recursos materiales o de trabajo voluntario. En este tipo de participación, el personal de salud es quien induce y/o selecciona, motiva, capacita a los voluntarios para el trabajo en su comunidad, siendo estos voluntarios un vínculo con el sector salud para alcanzar sus objetivos.
- Participación autogestionaria surgida y organizada sólo por la comunidad u organismos de base, sin la participación directa de agentes externos.
- Trabajar cogestivamente institución y comunidad, educador/equipo de salud y comunidad, en el diagnóstico, toma de decisiones, implementación de acciones y evaluación. En estos términos la participación puede ser vista como un proceso dinámico en el que confluyen, por un lado, el sujeto como actor social, con sus deseos y capacidades de participación, y por otra parte, las probabilidades de participación que ofrecen en un determinado momento las estructuras sociales. Una auténtica participación orientada a la creación de poder real para encarar y resolver problemas y, en consecuencia, a un incremento de la conciencia de las dificultades efectivas, incompatibles, situaciones que se encuentran en cualquier curso de acción política. Esta forma exige un trabajo conjunto con la comunidad y una interacción constante.

Esta situación remite fundamentalmente a dos estructuras principales si se opta por la participación como forma de efectuar las acciones: a) *fundamentada en el funcionalismo estructural*, utilizando modelos de armonía, integración y modernización; b) *fundamentada en el materialismo histórico*, trabajando con modelos de conflicto y movilización y buscando la transformación de estructuras sociales como parte del compromiso con los grupos populares.

De aquí que la participación es una opción ideológica y metodológica (Gianotten y Wit, 1982) y una alternativa para la investigación, la educación y la organización. En un sentido más amplio la participación comunitaria tiene que ver con las relaciones sociales, con la producción y el usufructo de la cultura, y por ello, con las relaciones de poder. La intencionalidad de la participación social necesariamente se comprende así, en su propósito de transformar las relaciones sociales, contribuyendo a modificar las relaciones de poder. Por tanto, la comprensión de las relaciones sociales requiere reconocer la presencia de diferentes intereses que motivan y caracterizan a quienes participan o son excluidos de dichas relaciones, que reflejan la presencia de conflictos sociales.

A partir de las ideas previas podemos considerar que algunos autores advierten que en la participación comunitaria es posible distinguir diversos grados de participación, que pueden ir desde un nivel pasivo hasta uno activo. Se señala también que es posible distinguir varias formas de participación, dentro de las que caben diversas gradaciones en la distribución del poder. Otros autores apuntan que la plena participación comunitaria puede llegar a ser activa, consciente, responsable, deliberada, organizada y sostenida, o bien, que la auténtica participación comunitaria es educacional, habilitante, procesal, asociativa, cognoscitiva, planificada comunitariamente y colectiva.

### Poder, participación y empoderamiento

Uno de los núcleos filosóficos y una de las estrategias clave de la promoción de la salud es el concepto de *empowerment*. Este concepto, que aquí traducimos como "empoderamiento", está presente en la defini-

ción de lo que es salud y promoción de la salud, y al interior de tales estrategias como participación comunitaria, educación para la salud y políticas públicas saludables. De esta manera, surge un concepto de em-

poderamiento ciudadano, que dirige sus esfuerzos hacia estrategias de participación social y de trabajo intersectorial como alternativa para la resolución de las principales inequidades en salud.

El empoderamiento es un proceso social, cultural, psicológico y político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y/o culturales para hacer frente a sus necesidades. A través de este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas, y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen.

Es importante señalar que la participación conlleva la redistribución del poder y sus recursos entre los distintos grupos implicados en las decisiones, por lo cual es necesario hacer explícito que la participación es un asunto de relaciones de poder, donde cada actor social actúa a favor de sus intereses individuales y los colectivos. En tal sentido, se requiere fortalecer los recursos de poder de las comunidades, para que puedan efectivamente tomar parte activa en las decisiones públicas relacionadas con la formulación e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias de salud en beneficio del conjunto de la comunidad. Esto implica, a su vez, partir de las necesidades concretas y reales de las comunidades; estas pueden ser puntuales o fragmentadas, pero son el elemento central para la acción, base para el proceso de construcción de tejido social y de organización social autónoma. Se puede decir entonces que la participación comunitaria es una expresión de un nuevo tipo de democracia y gestión pública, cuyo fin es provocar que la ciudadanía se organice, construya poder y tome parte en los asuntos que le afectan directamente, y así incidir sobre el interés colectivo.

El concepto de empoderamiento refleja el interés por proporcionar protagonismo en la vida social, tanto a los individuos como a las organizaciones y las comunidades.

## Poder

Algunas definiciones de poder se centran, con diferentes grados de sutileza, en la capacidad de que dispone una persona o grupo para lograr que otra persona o grupo haga algo en contra de su voluntad. Este "poder" se encuentra en los procesos de toma de decisiones, en el conflicto y en la fuerza, y es llamado "poder de suma cero" porque se resume en la fórmula: "Mientras más poder tiene una persona, menos tiene la otra". Este poder se define en relación con la obediencia, por eso se le llama "poder sobre", ya que se considera que ciertas personas tienen control o influencia decisiva sobre otras. Hay en cambio otra forma de entender el poder, se trata de un concepto de poder en términos generativos, que se define como la capacidad que tienen unas personas para estimular la actividad de otras y elevar su estado de ánimo y su nivel de vida. Es bajo esta noción de poder que surgen los liderazgos que persiguen que un grupo alcance todo aquello de que es capaz, que supere los conflictos de intereses y que sea el propio grupo el que formule su agenda colectiva de trabajo. Este modelo de poder se diferencia del de "suma cero" porque el aumento de poder de una persona no significa necesariamente la disminución del poder de otra. A este poder se le denomina "poder para" y se logra solamente cuando las personas somos capaces de cuestionar y resistir al "poder sobre".

Rowlands (1997) expone que la interpretación del "poder para" conlleva la comprensión de las dinámicas de opresión y de la opresión interiorizada, sostiene también que tal poder, cuando se ejerce sobre los grupos menos poderosos, afecta su forma de percibirse a sí mismos con la capacidad y el derecho de ocupar ese espacio decisorio. El empoderamiento, por tanto, cuestiona las estructuras sociales, económicas y políticas que causan y sostienen las desigualdades sociales y de poder.

El empoderamiento sería entonces pasar de una situación de subordinación a una situación en la que se tiene control sobre las decisiones que afectan la propia vida. Esto es, *pasar de no tener poder a sí tenerlo*. Que en términos de este autor sería:

- La toma de conciencia sobre su subordinación y el aumento de la confianza en sí mismas ("poder propio").

- La organización autónoma para decidir sobre sus vidas y sobre el desarrollo que desean (“poder con”).
- La movilización para identificar sus intereses y transformar las relaciones, estructuras e instituciones que les limitan y que perpetúan su subordinación (“poder para”).

Esta manera de entender el empoderamiento identifica, por tanto, el poder como el control de los distintos recursos materiales y simbólicos necesarios para poder influir en los procesos de desarrollo: recursos materiales físicos, humanos y financieros (el agua, la tierra, las máquinas, el propio cuerpo, el trabajo y el dinero); recursos intelectuales (conocimientos, información, ideas), e ideología (facilidades para generar, propagar, sostener e institucionalizar creencias, valores, actitudes y comportamientos).

Desde esta concepción del poder como relación social, se propone que el empoderamiento supone una nueva noción de poder, basado en el establecimiento de relaciones sociales más democráticas y el impulso del poder compartido. Desde esta perspectiva se incluye a las personas en el proceso de toma de decisiones del que son excluidas. Este enfoque supone otro tipo de liderazgo, en donde se rompe el dualismo entre la distribución del poder individual y el colectivo.

En la interpretación generativa del poder (*poder para*), el empoderamiento incluye procesos en los que las personas toman conciencia de sus propios intereses y de cómo estos se relacionan con los intereses de otros, con el fin de participar desde una posición más sólida en la toma de decisiones y, de hecho, influir en tales decisiones. Como señala la propia Rowlands (1997), el empoderamiento tiene que ser más que la simple apertura al acceso para la toma de decisiones; debe incluir también procesos que permitan al individuo o al grupo tener la capacidad de percibirse a sí mismos como aptos para ocupar los espacios de toma de decisiones y de usar dichos espacios de manera efectiva.

Un aspecto fundamental es el referente a la dimensión dinámica del empoderamiento, proceso que tiene tres diferentes niveles: individual, organizacional y comunitario (Zimmerman, 2000):

- A nivel individual, se potencia el aprendizaje de habilidades para la toma de decisiones, manejo de recursos y el trabajo colaborativo. Lo que propicia un sentido de control, conciencia crítica y comportamiento participativo.
- A nivel organizacional, se potencian las oportunidades de participar en la toma de decisiones, se asumen las responsabilidades como compartidas y el liderazgo compartido. Resultando una competencia efectiva en manejo de recursos, la formación de redes de trabajo y coaliciones entre organizaciones, y la influencia política.
- A nivel comunitario, se da acceso a los recursos de la comunidad, apertura de estructuras mediadoras, tolerancia a la diversidad. Resultando como consecuencia coaliciones organizacionales, liderazgo plural, habilidades participativas de los residentes en la vida comunitaria.

El empoderamiento es un *continuum* entre los polos individual y comunitario. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo de tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. Se realiza en un contexto dado. La toma de conciencia de su situación lleva a la persona a identificar a un grupo con el que comparte problemas comunes. La suma de las capacidades de los individuos y los grupos genera una comunidad capaz de promover cambios sociales. De la misma manera, una comunidad u organización que obtiene un mejor control de su destino acrecentará las capacidades de las personas individuales comprometidas. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y más control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo este un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

Para que este proceso, a nivel comunitario, tenga éxito se debe implicar en él a los gobiernos locales, autoridades sanitarias, trabajadores de la salud, organizaciones comunitarias, líderes comunitarios tanto formales como informales, medios de comunicación masiva, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, instituciones académicas, corporaciones de negocios, consumidores. En definitiva, a todas aquellas

personas, organizaciones o instituciones que tengan una presencia significativa en la comunidad.

En la intersección entre el concepto de empoderamiento individual y empoderamiento colectivo en salud debe existir un reconocimiento del sentido de comunidad, de la importancia de avanzar colectivamente. Ese paso ya lo definía Freire (1970) como “concientización” o aquel proceso de conciencia crítica de la realidad y de compromiso activo de las personas para transformarla, desde una perspectiva social.

Digamos entonces que desde el momento mismo de su conceptualización, el término *empoderamiento* ha sido entendido y aplicado de distintas maneras por distintos actores de desarrollo (agencias de desarrollo multilaterales y bilaterales, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil, mundo empresarial, educadores/as) en función de sus enfoques, prácticas y, sobre todo, de sus ideologías y valores. No obstante, y más allá de las diferencias y matices, existe consenso en que el empoderamiento es un *proceso*. El empoderamiento pone el énfasis no tanto en el grado en que se ejerza o se tenga el poder, sino en el proceso de su adquisición. Igualmente, el empoderamiento se considera no un proceso lineal, en el que se parte de una posición inicial de no empoderamiento a una meta final de total empoderamiento. Es más bien un proceso complejo y dinámico, en el que es posible que una persona o grupo se empodere en algunos aspectos, pero no en otros (Urriola, 2006).

### Participación y empoderamiento

Existe una íntima relación entre los conceptos de participación y empoderamiento, en cuanto que hacen referencia al desempeño de las personas en su calidad de ciudadanos. Pero también se da bastante confusión, para algunos el empoderamiento es la finalidad de la intervención, y la participación un instrumento para promover dicho empoderamiento, mediante la creación de un ambiente propicio, de unas condiciones (Fride, 2006). También hay que tener en cuenta que cuando hablamos de participación nos estamos refiriendo a muchas cosas diferentes, tanto por las diversas acepciones, algunas de ellas muy restrictivas, como porque acaso la entendemos como un proceso o una escala en la que se

alcanzan distintos grados. Así, con una participación entendida como asistencia, transmisión de información, consulta o medio de responsabilización de los participantes de los resultados de un programa, no se logrará el empoderamiento. Desde este punto de vista el empoderamiento supone una superación cualitativa de la participación. En cambio, si se entiende que la participación incluye la toma de decisiones, sería una condición para el empoderamiento. Así estamos hablando de una participación que redunde en la organización social y que supone la toma de conciencia tanto individual como colectiva, la potenciación de la capacidad colectiva para afrontar y resolver problemas y la implicación activa en el propio desarrollo y con un compromiso con el cambio. Así pues, en la participación, entendida desde el punto de vista crítico, el concepto de empoderamiento aporta la dimensión de la redistribución del poder, de la corresponsabilidad y el fin de cambio social, por lo que puede contribuir a centrar el pensamiento, la planificación y la acción en el ámbito del desarrollo en general y la promoción de la salud en particular.

Finalmente es de señalar que los avances en la conceptualización del empoderamiento han puesto de manifiesto que este es diferente para cada individuo o grupo según su vida, contexto e historia, y según la localización de la subordinación en lo personal, familiar, comunitario, nacional, regional y/o global. Por tanto, no existen modelos prescriptivos, recetas únicas o fórmulas mágicas.

### Dimensión metodológica de la participación comunitaria

Si bien existe consenso acerca de la necesidad de la participación, no está determinado cómo tiene que darse esta participación de los sujetos en cada fase del proceso y cómo se puede lograr una coherencia interna entre dichas fases.

Sin embargo, como en todo proyecto de intervención socioeducativa, la metodología debe prever los pasos siguientes: 1. análisis de necesidades, 2. elaboración de hipótesis, 3. establecimiento de un objetivo, 4. elaboración del plan de trabajo, 5. diseño de la estructura organizativa/

operativa, 6. búsqueda de recursos: humanos, técnicos, materiales, 7. despliegue del plan de trabajo, 8. evaluación continua, 9. reajuste de objetivos, acciones y recursos, 10. evaluación final.

### Requisitos y condiciones para la participación

La participación real y efectiva implica que se den conjuntamente al menos tres grandes condiciones:

- El reconocimiento del derecho a participar.
- Disponer de las capacidades necesarias para ejercerlo.
- La existencia de los medios o los espacios adecuados para hacerlo posible.

La participación en un proceso que no puede ser efectiva sin un grado mínimo de organización, cobra relevancia cuando se trata de influir o tomar decisiones sobre procesos o estructuras sociales, ya que las decisiones que afectan sólo una situación personal se pueden tomar sin ninguna participación. La participación es, entonces, relevante en cuanto se refiere a influencia en procesos o estructuras sociales, y se tendrán mayores posibilidades de influir y transformar dichos procesos a mayor grado de organización.

### La capacidad de participar

La participación debe promoverse, y ello implica un proceso de capacitación relativamente largo para convertirse en una actividad organizada. Lo primero que considerar en el proceso de capacitación a la población para participar, es que la mayor eficacia se consigue a través de la propia práctica de la participación. El segundo aspecto es que el desarrollo de las competencias participativas abarca todo el espectro de las dimensiones de la educación, es decir, conocimientos, destrezas y habilidades, actitudes y valores.

Franch, en un texto de 1985, dice que la educación consiste en “aprender a actuar” (adquirir instrumentos para intervenir en la propia realidad), “aprender a relacionarse” (adquirir las capacidades para interactuar

con los demás) y “aprender a pensar” (construir la forma específica de interpretar la realidad). Más recientemente, en el conocido Informe Delors, *La educación encierra un tesoro* (1996), se habla de cuatro dimensiones: 1. “aprender a conocer”, 2. “aprender a hacer”, 3. “aprender a vivir juntos” y 4. “aprender a ser”.

Pues bien, el aprendizaje de la participación abarca elementos que se refieren a cada una de estas dimensiones. La primera (“aprender a conocer”) se refiere a los conocimientos y a la información necesarios para participar. También debe referirse a la posibilidad de hacerse con toda la información indispensable para participar, en cada caso, con conocimiento de causa. Información y participación son conceptos íntimamente vinculados, por tanto, aprender a participar es también aprender a informarse, aprender a buscar, seleccionar y elaborar el conocimiento pertinente. Y de forma muy especial, en esta vertiente cognitiva la participación supone asimismo un desarrollo de la capacidad crítica, esto es, la capacidad para generar un conocimiento valorativo de la realidad; un conocimiento que surge de la contrastación entre lo que hay y lo que debería haber. El conocimiento es condición necesaria para la participación, pero ésta no se circunscribe al ámbito del conocer sino que forma parte del ámbito del actuar. Por tanto, el “aprender a hacer”, referido a la participación, consistirá en la adquisición de todas aquellas capacidades (habilidades, destrezas, procedimientos e incluso actitudes y valores) relativas a la acción participativa. Muchas de ellas tienen que ver con la tercera dimensión señalada (“aprender a vivir juntos” o “aprender a relacionarse”). Al fin y al cabo la participación es siempre una acción social, colectiva, relacional. Lo es en un doble sentido, porque generalmente se participa de forma colectiva o grupal, y porque el objeto de cualquier participación es también social. Por eso las habilidades sociales, las competencias lingüísticas y dialógicas, la empatía, las estrategias para la resolución de conflictos, la tolerancia, forman parte del repertorio de actitudes y procedimientos asociados a la competencia participativa. Por último, el “aprender a ser” referido a la participación supone el desarrollo de la identidad de los sujetos que corresponde a la ciudadanía, sin esta conciencia de ciudadanía, es difícil que alguien se sienta movido a la participación social.

En este sentido la OMS decía (1983) que si enfocamos la educación para la salud desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará únicamente centrado en el *saber*, sino también en el *saber hacer*.

### Capacidad de decisión

La capacidad de decisión constituye un ingrediente fundamental de la participación, tan es así, que las acciones de participar y de decidir a veces llegan incluso a confundirse. De hecho, "capacidad de decisión" tiene dos significados diferentes aunque muy relacionados. Por un lado, puede referirse a la competencia psicológica de que dispone un individuo para tomar determinadas decisiones. Esta competencia está en función de distintas variables: nivel de desarrollo del sujeto, experiencias previas de participación, información de que dispone sobre el asunto de que se trate. Cuando una persona cuenta con este tipo de requerimientos podemos decir que está preparada para decidir. Pero el hecho de estar preparado para decidir sobre algo (o para tomar parte en la decisión) no significa necesariamente que se tenga capacidad efectiva de decisión sobre ese algo, ya que no depende sólo de las competencias psicológicas del sujeto sino de aspectos contextuales, legales, políticos, económicos. Depende, en definitiva, de las condiciones factuales y de las relaciones de poder que hagan al caso. Cuando se habla de "capacidad de decisión" habría que precisar el sentido en el que se usa tal expresión.

### Compromiso/responsabilidad

El derecho a la participación tiene como correlato el deber de la responsabilidad, esto es, la asunción de las consecuencias que se deriven de la acción participante. Por eso, toda participación éticamente defendible exige también un cierto compromiso previo con el asunto de que se trate. Por decirlo de otra manera, el compromiso antecede a la participación y la responsabilidad la sucede. En cierto modo, participación, responsabilidad y compromiso se exigen mutuamente y tienden a correlacionarse de forma positiva, a más participación más responsabi-

dad, y ante mayor compromiso el individuo se sentirá más impulsado a participar con responsabilidad.

### Beneficios de la acción participativa

Varias investigaciones han dirigido su estudio buscando el efecto o beneficio que genera la acción participativa. Una de ellas es la intervención educativa llevada a cabo por Laureano-Eugenio, Valadez, Mejía, González y Rodríguez (2013), con un modelo crítico y bajo la perspectiva teórica de la educación popular, en la que los ejes de las actividades educativas fueron la participación social, la organización y el empoderamiento individual y comunitario. Con respecto al proceso, la movilización social generada dentro de un marco de obligaciones y responsabilidades entre sociedad, instituciones, organismos y gobierno en conjunto, permitieron el logro de las metas propuestas, con un mayor alcance que el previsto. En cuanto al crecimiento personal de los participantes, se pudo constatar que la incorporación a los grupos de trabajo establecidos como comisiones, fortaleció los aspectos de identidad y realización personal, situaciones que coinciden con el trabajo realizado por Martínez, Muñoz, Moreno y Musitu (2011). Aspectos visibles a través de cambios en la autoestima y un mayor desarrollo en las áreas afectiva, intelectual y social; asimismo pudo observarse que, a mayor sentimiento de apropiación y de control sobre el proceso, mayor deseo de participar. En esta incorporación a las acciones de trabajo, un aspecto importante que considerar fue el reconocer y apreciar el saber popular de las personas, de esa manera más que la imposición de ideas o modelos de acción, se valoraron y utilizaron al máximo todas las manifestaciones culturales de esta comunidad. Otro tipo de beneficio que se asocia con la participación son las posibilidades de aprendizaje que esta ofrece, las cuales van surgiendo a medida que se desarrolla la experiencia participativa (Sánchez, 2000).

## Obstáculos para la participación comunitaria

La experiencia demuestra que uno de los mayores obstáculos para la participación de las comunidades radica en la dificultad de lograr una movilización efectiva de la población. Por otro lado, el desarrollo de la participación comunitaria está cargado de dificultades, entre las cuales es posible identificar algunas de distinto tipo:

- *Institucionales:* Que van desde la segmentación de las competencias sanitarias, al deficiente marco legal o presupuestario, pasando por el contexto sociopolítico y sociológico, que debe ser democrático, descentralizado y con reconocimiento de este valor.
- *Sociales:* Como la falta de experiencia participativa y el poco respaldo institucional.
- *Con los profesionales de la salud:* Que pueden ser desde las carencias de infraestructura, hasta los problemas de preparación para la participación, por falta de una orientación metodológica en su formación.

La participación comunitaria es un aspecto de importancia estratégica para el desarrollo, desde diferentes vertientes conceptuales los aspectos generales de la participación de la comunidad en la construcción de su historia, y en particular de su intervención en aspectos de salud, ha sido analizada y debatida. Algunos autores apuntan que la plena participación comunitaria puede llegar a ser activa, consciente, responsable, deliberada, organizada y sostenida, o bien que la auténtica participación comunitaria es educacional.

## Educación para la participación

Briceño León (1996) nos dice que cuando hablamos de educación para la participación comunitaria en los programas de salud, estamos pensando en la manera como es posible utilizar los conocimientos de las teorías de la acción individual y social para lograr un cambio en el comportamiento de los individuos. La educación es la manera como los conocimientos de-

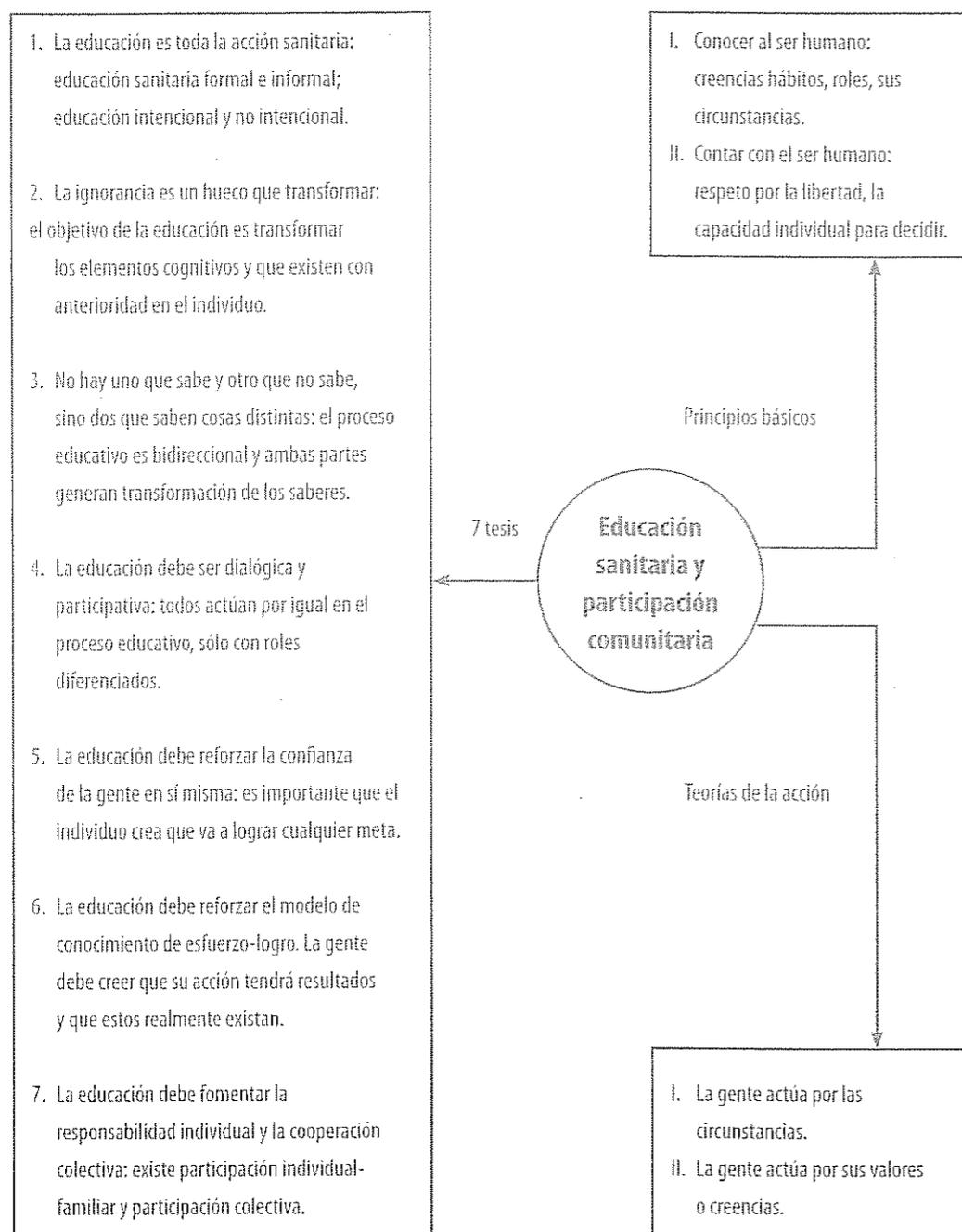
rivados de la investigación científica son utilizados y puestos en funcionamiento para que el ser humano actúe o deje de actuar, es decir, participe, de modo tal que contribuya al bienestar individual y colectivo. Plantea dos principios de trabajo: conocer al ser humano y contar con el ser humano, los cuales se expresan en dos premisas: "Solo conociendo al individuo y sus circunstancias es posible una acción eficiente y permanente en salud" y "Nadie puede cuidar la salud de otro si este no quiere hacerlo por sí mismo". Propone siete tesis sobre la relación entre educación sanitaria y participación en salud (figura 6).

1. No hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas.
2. La educación no es sólo lo que se imparte en programas educativos, sino en toda la acción sanitaria.
3. La ignorancia no es un hueco que llenar, sino algo lleno que transformar.
4. La educación debe ser dialógica y participativa.
5. La educación debe reforzar la confianza de la gente en sí misma.
6. La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento: esfuerzo-logro.
7. La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva.

Con estas siete tesis pretende responder a tres cuestiones básicas (cuadro 10):

1. ¿Qué induce a las personas a actuar y participar y qué inhibe su actuación?
2. ¿Cómo implementar acciones en las que el programa de salud no sea impuesto, sino compartido?
3. ¿Cómo la comunidad puede asumir responsabilidades y actuar, interesándose por su salud?

Figura 6. Siete tesis sobre educación sanitaria para la participación comunitaria



Fuente: Briceño León, 1996.

Cuadro 10. Siete tesis sobre educación para la participación comunitaria

Tesis	Fundamento	Cuestión que más responde
1. La educación no es solo la que se imparte en los programas educativos, sino en toda la acción sanitaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay una educación informal día a día.</li> <li>• Cada acción u omisión de quien ejecuta un programa es en sí misma una acción educativa (intencional o no) que tiene efectos sobre la participación de la gente.</li> </ul>	¿Qué induce a las personas a actuar y participar, y qué inhibe su actuación?
2. La ignorancia no es un hueco a ser llenado sino un lleno a ser transformado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La educación sanitaria ha sido muchas veces una propaganda de conocimientos destinados a llenar un vacío (ignorancia).</li> <li>• Los comportamientos actuales se basan en conocimientos, creencias y hábitos que las personas tienen previamente (llenos cognitivos y conductuales).</li> </ul>	¿Cómo implementar acciones donde el programa de salud no sea impuesto, sino compartido?
3. No hay uno que sabe y otro que no sabe sino dos que saben cosas distintas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los actores tienen un conocimiento complementario de la realidad.</li> <li>• El proceso educativo debe ser un compromiso de transformación bidireccional del saber.</li> </ul>	¿Cómo la comunidad puede asumir responsabilidades y actuar, interesándose por su salud?
4. La educación debe ser dialógica y participativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El diálogo propicia la participación entre iguales, sin predominio de ningún extremo ni sometimiento.</li> <li>• La participación activa implica más que la aceptación o la cooperación, es una negociación entre las partes para asumir la iniciativa de cambio.</li> </ul>	¿Cómo implementar acciones en las que el programa de salud no sea impuesto, sino compartido?
5. La educación debe reforzar la confianza de la gente en sí misma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La creencia de un logro de metas es indispensable para actuar o dejar de hacerlo.</li> <li>• La confianza en algo previsto se basa en un aprendizaje social, en un juicio interno sobre los resultados esperados.</li> <li>• Fomentar la participación en los programas es reforzar la confianza de la gente.</li> </ul>	¿Qué induce a las personas a actuar y participar y qué inhibe su actuación?
6. La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento: esfuerzo-logro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las acciones deben tener siempre un sentido y una consecuencia prácticos para reforzarse.</li> <li>• Los logros deben ir acompañados siempre de esfuerzos para que puedan ser valorados.</li> </ul>	¿Qué induce a las personas a actuar y participar y qué inhibe su actuación?
7. La educación debe fomentar el compromiso individual y la cooperación colectiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El cambio de una comunidad se cimienta en el compromiso y la participación solidaria de cada individuo para que los beneficios comunes sean equitativos.</li> <li>• La participación individual-familiar se justifica en beneficios directos e inmediatos para la persona pero con poca repercusión a nivel colectivo.</li> </ul>	¿Cómo la comunidad puede asumir responsabilidades y actuar interesándose por su salud?

Fuente: Murguía, 2013, con base en Briceño León, 1996.

El autor señala a la educación como el arte de usar los conocimientos; implica un trabajo que debe deliberadamente buscar la participación de los individuos para así lograr y poder sostener las metas de salud. Basado en los dos principios de trabajo que propone, ya mencionados. Y asume que la educación no puede modificar muchas de las condiciones objetivas, pero sí puede lograr cambiar la manera como los individuos encaran las condiciones objetivas. Su acción puede ser intencionalmente o no positiva, en el sentido de favorecer la participación y la responsabilidad individual, o negativa, en el sentido de incentivar la pasividad.

### Consideraciones al apartado

La Organización Mundial de la Salud concede importancia al papel de la educación general, ya que constituye la base sobre lo que se desarrolla el potencial del individuo y sobre la que se establece la participación en la vida social. También subraya el particular cometido de la educación para la salud y señala que su método está determinado por la filosofía participativa de la Declaración de Alma Ata.

Por lo anteriormente expuesto podemos afirmar que la educación para la salud constituye una estrategia fundamental y una herramienta metodológica que va más allá de la modificación de conductas en los individuos, tiene como objetivo potenciar los conocimientos y habilidades que permitan a la población descubrir por sí misma la causalidad del proceso salud/enfermedad. Como proceso educativo posibilita la organización de la población para la búsqueda y construcción de formas que transformen las condiciones adversas que afectan la salud y la vida en conjunto.

En la puesta en marcha de estos objetivos, la educación para la salud puede y debe representar un importante papel, al constituir un elemento nuclear para conseguir una participación activa y responsable de la población en el logro de estas metas. La educación para la salud se supone como una forma de concientización de la población, modificando al mismo tiempo el concepto de educación, para que de esta manera la transformación propiciada no sea solo en la manera de aprender a conservar su salud, sino en buscar una praxis social que modifique de manera importante los factores que la rodean y que operan como un riesgo para su

salud, todo esto desde un papel activo, no como simple espectador de los programas educacionales.

Es el instrumento que hace funcionar la participación, y también a la inversa pues un sistema de salud que promueva la participación desarrolla inevitablemente la educación para la salud. Esta se convierte así en la principal herramienta, y al mismo tiempo es un producto de los procesos participativos (Sánchez, Ramos y Maset, 1998).

Es imprescindible tomar en cuenta que la participación es un proceso de aprendizaje dinámico y complejo determinado por el contexto social y la situación de partida, en el que no existen modelos rígidos ni preestablecidos. Para llevarla a cabo es importante partir de la situación, las condiciones y las posibilidades reales de las comunidades. Por este motivo el principal desafío que deben asumir los educadores/equipo de salud es ser lo suficientemente creativos a fin de estudiar propuestas flexibles y receptivas que faciliten la expresión de las diversidades comunitarias y sus diferentes modalidades de participación; y lo suficientemente reflexivos como para analizar críticamente sus propias prácticas y aprender de errores pasados.

**Intervenciones participativas  
en educación para la salud:  
la educación popular y  
la investigación-acción,  
investigación participativa,  
investigación-acción participativa**

La intervención en lo social es un proceso de actuación sobre la realidad social, cuya finalidad es alcanzar el desarrollo, el cambio o la mejora de situaciones que presentan algún problema, cualquiera que sea. Se caracteriza porque a partir de la demanda de un sujeto social, bien sea un grupo comunitario, colectivo específico, una institución, se propone una acción en la que profesionales y voluntarios(as) de los grupos comunitarios trabajan conjuntamente para buscar soluciones a problemas sociales identificados.

Como corrientes de intervención social, postulan la deseabilidad y posibilidad de la transformación de ciertas condiciones de vida de las personas; esto significa operar también dentro del sistema vigente, para generar procesos que impliquen un fortalecimiento de las comunidades, con una clara conciencia de sus deberes y derechos ciudadanos, que a su vez les permita vincularse con los centros de poder locales, para asumir y compartir el control de las decisiones en relación con los problemas o necesidades sentidos por ellos. Políticamente, las comunidades pueden generar un desarrollo y una transformación a partir de la planificación, ejecución y control en la solución de sus necesidades, al vincularse e interrelacionarse con los demás actores sujetos del proceso que tengan injerencia, tomen decisiones y/o tengan poder en la satisfacción de las necesidades y el entorno (Aldana y Núñez, 2002; Freire, 1990). El papel de toda persona que interviene es el de alguien que tiene un compromiso social y político con los miembros de las comunidades y colectivos; compromiso que se establece desde el lugar donde se comienza el diálogo con las personas de las comunidades.

---

Los modelos participativos parten de la premisa de que las personas con las que trabajan deben estar presentes activamente en todo el proceso de la intervención, e incluso de que las decisiones sobre cuáles acciones tomar en conjunto para la solución de determinadas problemáticas deben ser mayoritariamente tomadas por esas personas.

---

Las perspectivas participativas abogan por el trabajo conjunto entre los agentes externos y las personas con las que se trabaja, y por la capacidad organizativa de los propios grupos; incluso muchas de las técnicas desarrolladas por estas perspectivas ahondan en la capacidad de generar la participación y formas de organización de las personas en los grupos de trabajo que se deriven o se fortalezcan en la intervención, en donde la organización se basa en la cooperación y solidaridad.

Es necesario hacer hincapié en que los procesos participativos proveen un espacio o un lugar de reflexión, en el que cada uno de los participantes expresa la forma como interpreta la realidad. En las ideas enunciadas se revelan los acuerdos y desacuerdos, y a su vez es posible compartir con otros las respectivas interpretaciones. De la misma manera el espacio que proporciona el proceso educativo posibilita la capacidad de aceptar la diferencia y la similitud. Por otro lado, la experiencia acumulada permite ver el carácter antiautoritario y liberador que posee la metodología participativa, en el sentido en que contribuye a la desmitificación de las ideas, dando paso a la reconstrucción de estas al enriquecerse la persona mediante el aporte del grupo. El proceso posibilita el surgimiento de un lenguaje común, el hecho de conceptualizar la realidad encontrando puntos comunes mediante la nominación de las cosas y de los acontecimientos permite a su vez una interpretación compartida, en cuanto a realizar una valoración semejante de los elementos que la constituyen y en cuanto a la priorización realizada y el establecimiento de las urgencias en ella.

Las intervenciones participativas en la educación para la salud, constituyen un recurso pedagógico relacionado con la capacidad de organizar a la población, involucra a las personas en un proceso activo de reconocimiento, análisis y reflexión sobre sus condiciones de vida, necesidades y problemas, y en la capacidad de toma de decisiones para la transformación de las condiciones sociales.

Algunas perspectivas de estas corrientes son, por ejemplo, la educación popular (Freire, 1972, 1977), la investigación-acción participativa (Fals Borda, 1969, 1981, 1986), la teología de la liberación (Martin-Baró, 1998) y la psicología comunitaria (Montero, 1994, 1996, 1998)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Dada la influencia de los desarrollos asociados al marxismo en estas posturas, los pro-

## Fundamentos

Existe una manera de investigar científicamente, propia de las ciencias naturales, en la que el investigador como sujeto de la investigación aborda un aspecto de la realidad (objeto de la investigación), con el propósito de describir, interpretar, establecer relación o explicar el fenómeno estudiado. Generalmente, cuando este tipo de investigación se aplica en el área social, el objeto de la investigación no tiene participación activa en el proceso ni en los resultados, y solo puede llegar a conocer las conclusiones. Sin restarle ni querer quitarle la importancia que tiene este tipo de investigación para la ciencia, alrededor de 1946, con Kurt Lewin (1946), surge una nueva manera de investigar, en la que la decisión de grupo y el compromiso con la mejora es la base fundamental.

Los fundamentos epistemológicos que sustentan estas propuestas conciben al hombre como cocreador de su realidad y, por lo tanto, su participación, experiencia, sus ideas y su acción como elementos esenciales en cualquier estudio que involucre el comportamiento humano, individual o colectivo.

Desde esta perspectiva se critica el determinismo de la conducta humana, el absolutismo del conocimiento y de la realidad que sustenta el paradigma cuantitativo convencional<sup>2</sup>. También se cuestiona seriamente la fragmentación de los fenómenos para su estudio y las generalizaciones o leyes universales que pretenden predecir y controlar el comportamiento a partir de pruebas estadísticas y de muestras representativas, así como la apropiación del conocimiento por parte del experto.

Se considera que la realidad es percibida y aprehendida selectivamente e interpretada por los propios sujetos, según el sentido que tiene para ellos y en un contexto y momento determinados. Para comprenderla y

cesos, estructuras y organizaciones se entienden como productos históricos de ciertos mecanismos sociales.

<sup>2</sup> Un paradigma es una concepción compartida por un conjunto de personas que se identifican con un interés y una posición comunes, respecto a lo que es posible y a los límites de lo aceptable en la investigación y la producción científica. A partir de la crítica y oposición de los postulados de un paradigma a lo largo de su historia, se producen cambios y se generan de nuevos paradigmas.

transformarla es preciso buscar desde una perspectiva holística, contextualizada y participativa, los significados que tienen los hechos para los sujetos involucrados.

Fundamentado en un paradigma que implica diferentes concepciones de la realidad, del ser humano y de la ciencia, este tipo de investigación se propone la construcción del conocimiento y de la acción a partir del trabajo colectivo. La meta central ha sido que la gente común tenga suficiente control sobre la generación de conocimientos nuevos, y el descubrir y aplicar ese saber popular para su propio beneficio. Trata de reducir la distancia entre teoría y práctica, e intenta encontrar, por una parte, las explicaciones que no se han resuelto por la vía experimental y por la fragmentación de la realidad, y por otra parte hallar las respuestas y alternativas de solución a los problemas del *campo educativo y de la salud*.

Parte del supuesto de que el hombre vive en la sociedad y su conducta está vinculada con la de otros hombres con los que interactúa, de que el hombre al analizar la realidad, toma conciencia crítica de la misma, lo que le conduce a tomar decisiones para una acción transformadora.

Políticamente, supone el que toda investigación parta de la reflexión de la realidad con su situación estructural concreta, para ayudar a transformarla creativamente, con la comunidad implicada.

Metodológicamente supone un proceso modesto y sencillo al alcance de todos: "La ciencia no deja de ser ciencia por ser modesta..." (Fals Borda, 1985); pero a la vez que lleve a la participación procesual, a asumir crítica y estructuralmente la realidad, a la reflexión seria y profunda de sus causas y tendencias, a conclusiones científicas, a estrategias concretas y realizables, a una planeación, a una praxis, como acción renovada y transformadora en la que vaya interviniendo toda la comunidad, y de igual manera a una continua reflexión sobre esa praxis, para hacerla cada vez más liberadora y transformadora de esa realidad.

Se inician así cambios en la forma de investigar, que a finales de la década de los años cincuenta del siglo pasado llevaron a América Latina a un movimiento de crítica, al "desarrollo de la comunidad", con la difusión de ideas políticas y económicas, acompañado de un cuestionamiento ideológico y metodológico de la investigación social. Así comenzó a desarrollarse una nueva concepción, que sin perder el carácter de científicidad,

buscó mayor participación y apropiación del proceso y de los resultados por parte de la comunidad involucrada, lo cual empezó a producir una sociología comprometida con las clases sociales económicamente más necesitadas, en la que se les da relevancia a los intereses del grupo, haciendo evidente que este movimiento genera cambios en el *cómo* investigar, como una praxis renovadora de las ciencias sociales y nuevas formas de intervención social.

Los modelos más representativos de la educación para la salud, de este segundo periodo, los encontramos en la educación popular y la investigación-acción participativa. Ambas aunque de origen y desarrollo histórico distintos, la práctica en la que han estado inmersas en los movimientos sociales, las ha hecho confluír hasta formar en ocasiones un solo cuerpo estratégico para la acción (Barreiro, 1974), lo que ha ocasionado que ambas tengan una serie de coincidencias significativas (Jara, 1984). Estos modelos se preocupan mayormente de la interacción dialéctica entre las personas y su realidad, así como del desarrollo de habilidades y de la conciencia social, más que de los conocimientos, y de los efectos en términos de comportamiento, y asimismo conciben la participación no como un recurso metodológico del experto sino como un medio de conseguir un espíritu crítico.

### Educación popular<sup>3</sup>

La educación popular se sustenta en la realidad de sociedades estratificadas, concentradoras y excluyentes. Postula como función y tarea del trabajo educativo el fortalecimiento y la consolidación de aquellos grupos y sectores que desarrollan esfuerzos sistemáticos a fin de conseguir una redistribución del control de los recursos y del poder a favor de aquellos que viven de su propio trabajo productivo (Núñez, 1986, 1998, 1990).

<sup>3</sup> Para el desarrollo de este punto tomaré prestado a lo largo del texto algunos párrafos del trabajo de Carlos Aldana y Carlos Núñez (2002).

## El sentido de la educación popular

El sentido y la orientación de la educación popular, ya sea que la hagamos en el campo, en la ciudad, con estudiantes, campesinos, obreros, hombres, mujeres, siempre será la *transformación social*, es decir lograr que cambien cosas que afectan o dañan a las personas. De manera sencilla, la educación popular es todo aquel esfuerzo formador que hacemos para contribuir a cambiar la sociedad de un modo que permita el bienestar de sus habitantes (Aldana y Núñez, 2002).

## Los tres ejes de la educación popular

Aldana y Núñez (2002) mencionan tres ejes de la educación popular: el poder, la organización y la cultura. Y afirman que se hace educación popular si se atienden, se valoran y se desarrollan estos tres ejes.

### El poder

Estos autores señalan que la educación popular no puede entenderse sin su relación con el concepto de poder, ya que la educación popular constituye un proyecto político que busca la transformación de la sociedad, a favor de los intereses de las mayorías. Lo que significa que, a través de sus procesos de instrucción, capacitación y formación, persigue la transferencia del poder, un "poder para"<sup>4</sup>.

### La organización

La educación popular se plantea como un esfuerzo en el sentido de la movilización y la organización de las clases populares con vistas a la creación de un poder popular. Contribuye a lograr la organización popular, a través de procesos educativos que se efectúan en la comunidad, en ellos se va fomentando la actuación colectiva sobre la individual y se va aprendiendo a vivir y actuar como organización. Este trabajo educativo tiene como uno

<sup>4</sup> Véase el capítulo 4, apartado "Poder, participación y empoderamiento".

de sus principales efectos que la población empiece a entender que solo unida y organizada podrá lograr los cambios sociales.

### La cultura

La educación popular no puede hacerse sin tomar en cuenta la cultura popular, porque esta nos demuestra cómo somos y qué queremos ser o alcanzar. Nos indica, además, de dónde venimos y para dónde queremos ir, nos muestra lo que son las mayorías, sus maneras de expresión, sus formas como entienden la vida y el mundo, por dónde quieren y deben ir, sus maneras de explicarse la realidad y cómo construyen conocimientos de esta. Por consiguiente no puede haber educación popular, como lucha por el poder y la organización, si no se hace desde la valoración, el respeto y el uso de la cultura popular, a fin de no desperdiciar uno de los mejores instrumentos para alcanzar los cambios sociales.

La cultura popular tiene cierta lógica estructurada de la realidad y expresa una síntesis particular de la relación entre el hombre y la naturaleza y del hombre con los demás hombres. Por lo cual asume o puede asumir un rol en la construcción de alternativas de explicación de la realidad; esto no solo implica una valorización del pensamiento popular, sino también del cuestionamiento crítico a este, para construir como producto de una síntesis cultural, un nuevo proyecto, un nuevo modo de entender el mundo y de actuar en él. En educación para la salud involucra un marco de lectura y de resignificación, es decir, los proyectos educativos pueden introducir cambios, generar nuevos conocimientos con la participación de los sujetos, pero en definitiva, la apropiación significativa de estos conocimientos se realiza en la práctica cotidiana de los mismos y en comunicación con el marco del pensamiento que se comparte con otros sujetos sociales (Martín y Sainz, 1989). Esto implica partir de la hipótesis de que la salud/enfermedad es fundamentalmente un concepto de cultura, es decir, la salud no es el referente objetivo absoluto, sino que es un aspecto integrado a toda una serie de concepciones y prácticas culturales e ideológicas, por tanto debemos plantearnos los problemas de salud en la amplitud y complejidad cultural que tienen.

En general podemos distinguir tres aspectos de la manera en cómo la cultura popular incide en la práctica de la educación popular:

1. En primer lugar, la cultura popular implica una forma de otorgar significados a la realidad, los sujetos comparten una visión de la realidad y esta connota las formas de interpretar los hechos sociales y la generación de nuevos conocimientos.
2. En segundo lugar, las concepciones del mundo que las personas, grupos o comunidades tienen inciden en las características y el sentido que la conciencia de sus intereses asume.
3. Por último, la cultura popular implica un marco de lectura o de resignificación de las mismas experiencias educativas.

### Características de la metodología

Son procesos de formación integral, cuyo punto de partida es la práctica social, o sea, lo que la gente vive y siente; las diferentes situaciones y problemas que enfrentan en su vida, ante los que van desarrollando procesos de análisis sobre esa práctica, no como un salto a lo teórico sino como un proceso sistemático, ordenado, progresivo y al ritmo de las y los participantes, que permita ir descubriendo los elementos teóricos e ir profundizando de acuerdo al ritmo del grupo. Estos procesos cuentan con varias fases, que se retroalimentan y redefinen continuamente: *a)* reconocer críticamente la realidad y la propia práctica, *b)* comprender y construir nuevas formas de actuar, *c)* replantear la acción para mejorar la realidad, y *d)* actuar sobre la realidad (Preiswerk, 1995), con ello se estará logrando, entre otras cosas, para y con todos los participantes:

- Un conocimiento más profundo y crítico de la realidad.
- Un mayor desarrollo de nuestras capacidades para reflexionar (teorizar).
- Mayor aprovechamiento de esas capacidades para reflexionar en beneficio de prácticas que nos ayudan a cambiar la realidad.
- Una mejor capacidad para entender, valorar y aprovechar los momentos sencillos y profundos de la vida cotidiana

Se trata de procesos circulares, en los que se parte de la práctica, para reconceptualizarla y volver después a ella modificándola. Se re-

fiere a procesos de construcción de conocimientos, que permiten entender y transformar la realidad; esta construcción de conocimientos es realizada mediante procesos como la instrucción, la capacitación y la formación, en donde: la instrucción es una trasmisión de saberes; la capacitación es la adquisición de habilidades, es el proceso por el cual aprendemos a hacer cosas, a manejar máquinas o situaciones, se refiere a los aspectos técnicos o prácticos; y la formación es el proceso por el cual vamos encontrando nuestra forma de ser, nos vamos construyendo a través de adquirir nuevas maneras de pensar, de ver las cosas y de hacer en la vida cotidiana.

### Particularidades metodológicas

La educación popular plantea en su metodología ciertas particularidades; es: dialéctica, participativa, crítica y dialógica (figura 7).

- *Dialéctica:* Es dialéctica porque propicia que la reflexión que hacen los participantes de manera ordenada, combine, integre o se mueva entre puntos tales como de lo particular a lo general y de lo general a lo particular (cuadro 11), de tal forma que combinando ambas reflexiones se esté en posibilidad de entender mejor todo lo que ocurre.
- *Participativa:* La metodología de la educación popular tiene que inducir a que todas las personas participen de una u otra forma en todo el proceso educativo. Se trata de que el proceso sea de todos, sin que por ello se pierdan las tareas específicas que corresponden al educador o educadora/equipo de salud. Un aspecto importante que considerar es que todos y todas son formadores y todas y todos son educandos, todos pueden enseñar y todos pueden aprender. Nadie tiene el patrimonio del saber, todos pueden participar y aportar. La participación es la antítesis del autoritarismo que pregona una direccionalidad preestablecida, o del populismo que plantea el consentimiento de la gente sobre la base del paternalismo, o de la visión estrecha neoliberal que pregona la participación individualista en un mercado concentrador de ingresos y excluyente de muchos grupos humanos. La participación es el pivote de la

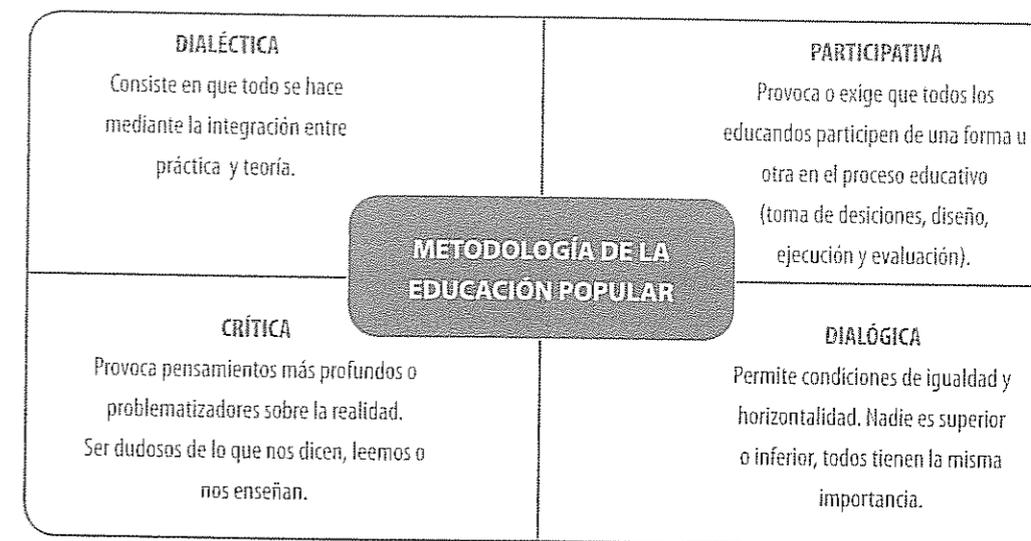
integralidad de la vida. La participación es además crítica, acumulativa y germinal.

- **Crítica:** La palabra *concientización* es una de las más identificadas con los proyectos educativos populares, esto significa que uno de los rasgos más importantes del hacer educativo es que provoca pensamientos más profundos, más problematizadores sobre la realidad en la que vivimos. Con la educación popular debemos lograr que todos los que participamos en ella pensemos más críticamente, que empecemos a profundizar más sobre lo que vemos, sobre lo que vivimos, sobre lo que deberíamos hacer. Significa que debemos empezar a ser más dudosos sobre lo que nos dicen, lo que leemos y lo que nos enseñan. La realidad actual nos presenta retos muy importantes que la educación popular debe atender y trabajar, se trata de que vayamos aprendiendo juntos a ser más críticos, más profundos, frente a situaciones tales como la realidad de la globalización y la económica global, los discursos políticos (incluidos la misma propaganda, los debates, las discusiones, las informaciones), de que ya no seamos personas fáciles de engañar o ganadas por discursos, por expresiones, por conceptos, por ideas que no pretenden apoyar los esfuerzos de la transformación social. Enfatiza el reconocimiento de las causas, de los porqués, de los hechos de la realidad. Resalta la necesidad de relacionar o vincular las cosas entre sí, el esfuerzo que hay que hacer para no dejarnos engañar por las apariencias de los hechos que pretendemos entender. Esta capacidad crítica supone descubrir, analizar, interrelacionar, problematizar, supone cuestionar el conocimiento, descubrir sus partes y modo de relacionarse y con ello el descubrimiento de nuevas posibilidades. Se aprende lo que se descubre, lo que se encuentra, este es el principio del cual parte el método de la educación popular, que se elabora e enriquece de su acción y de la reflexión que durante el proceso se inicia y continúa. Problematizarlo supone cuestionarlo; provocar el análisis, para descubrir sus partes y su modo de relacionarse. De esta manera pueden descubrirse nuevas posibilidades.

- **Dialógica.** Si la educación popular constituye un proyecto de apoyo al cambio social y la realidad nos muestra que existen personas en

condición de inferioridad frente a otras, en las acciones o procesos educativos desde esta perspectiva las personas pueden discutir, dialogar, expresarse libremente, en condiciones de igualdad.

Figura 7. Características de la propuesta metodológica de la educación popular



Basado en: Freire, 1977; Aldana y Núñez, 2002.

Cuadro 11. Direcciones dialécticas

Lo biográfico	Lo histórico
Lo específico	Lo general
Lo coyuntural	Lo estructural
Lo cercano	Lo abstracto
Lo inmediato	Lo mediato
Lo superficial	Lo profundo
Lo presente	Lo pasado
Lo conocido	Lo desconocido

Fuente: Aldana y Núñez, 2002.

## Educación dialógica

La tendencia de la pedagogía o la educación dialógica consiste en el progresivo reconocimiento en la teoría y la praxis educativas contemporáneas, de la necesidad de que la enseñanza salga del estrecho marco de la transmisión de contenidos a un sujeto que los acumula, para pasar a hacer buen uso de las capacidades cognitivas del educando, permitiéndosele cuestionar y someter a examen la información, discutirla con sus pares y construir conocimiento con ellos, en un marco de interacción comunicativa verdadera, guiada por pautas de equilibrio en la participación y la búsqueda colectiva de sentido, esto es, en el marco de un verdadero diálogo (Biesta, 1995; Burbules y Bruce, 2001).

Freire desarrolló una perspectiva dialógica en la educación ya en los años sesenta, las aportaciones de esta propuesta en ocasiones se han entendido en forma restringida, limitándola al diálogo entre educador y educando. El diálogo propuesto por Freire no queda confinado entre cuatro paredes, sino que abarca al conjunto de la comunidad que enseña y aprende, incluidos padres, madres, otros familiares, vecinos, profesionales, además del alumnado y del profesorado. Todos influyen en el aprendizaje y todos y todas deben planificarlo conjuntamente.

Para Freire (1997), la dialogicidad es una condición indispensable para el conocimiento y su organización, un instrumento de liberación que implica una postura crítica y una preocupación por aprehender los razonamientos que median entre los actores; estos dos aspectos son los elementos que constituyen fundamentalmente la "curiosidad epistemológica" que promueve la construcción del conocimiento. El diálogo, en este contexto, se entiende como un proceso interactivo mediado por el lenguaje y que requiere, para ser considerado con naturaleza dialógica, realizarse desde una posición de horizontalidad, en la que la validez de las intervenciones se encuentra en relación directa con la capacidad argumentativa de los interactuantes, y no con las posiciones de poder que estos ocupan.

El modelo de Freire se encuentra orientado hacia la "liberación" del sujeto (Freire, 1997) que se encuentra "atado" en la sociedad capitalista occidental, y es tarea de la pedagogía el procurar su "emancipación". La vía para lograrlo será mostrarle al sujeto cómo es que resulta cautivo de pensamientos y formas ideológicas ajenas y alienantes. Mediante el espacio

privilegiado de la escuela y la acción del educador, no como transmisor de saberes sino como facilitador de la liberación. Hay que advertir que, en realidad, no es que el educador transmita una realidad, sino que el educando la descubre por sí mismo.

El marco de los espacios educativos (escuela, comunidad) permite hacer uso de la pregunta de un modo diferente al usual, si esta va orientada a "develar" la manipulación a que se somete al sujeto desde la escuela misma y en la sociedad capitalista.

La metodología se desarrolla a partir de la perspectiva comunicativa crítica, y se basa en relaciones dialógicas de reflexión, crítica e intersubjetividad (comunicación). Se trata de crear un espacio de encuentro donde el conocimiento se construye a partir del intercambio, la reflexión y el análisis tanto individual como grupal, la relación pedagógica en este contexto se logra a partir de un enfoque dialógico, tal como lo plantea Freire. Para esta perspectiva, la comunicación es un acto de encuentro que lleva a sus participantes a la elaboración conjunta de significados, que se crean en la reflexión del contacto entre ellos, produciéndose así una diversidad de momentos generadores de emociones, interrogantes y reflexiones; los cuales dependen de la interacción y las significaciones elaboradas por los participantes, dado que son los impulsores en la construcción o reconstrucción del conocimiento. En la búsqueda cooperativa de la verdad, el consenso alcanzado expresa una voluntad racional y un interés común.

Esta forma dialógica se debe aprender a partir de un intercambio continuo de experiencias apoyadas por actividades didácticas, con fundamentos del aprendizaje grupal y la metodología participativa.

El aprendizaje dialógico es una orientación global válida para múltiples contextos educativos, desde la infancia a la adultez, desde la organización de un centro educativo hasta prácticas educativas concretas. Algunos teóricos lo caracterizan con los siguientes principios: diálogo igualitario, inteligencia cultural, transformación, dimensión instrumental, creación de sentido, solidaridad e igualdad en la diferencia.

### Principios metodológicos del aprendizaje dialógico

Duque y Prieto (2009) mencionan que los principios metodológicos del aprendizaje dialógico son:

- *El diálogo igualitario:* Por el que todas las aportaciones de los actores se consideran en función de la validez de los argumentos y no en función de las relaciones o posiciones jerárquicas o de poder. La validez de los argumentos vendrá dada por la claridad de las emisiones, esto es, la comprensividad de su sentido, por la verdad del enunciado, por el reconocimiento de la rectitud de la norma y, por último, porque no se pone en duda la veracidad de los sujetos implicados.
- *La inteligencia cultural:* Se promueve un aprendizaje en el cual el educando y las diferentes personas aportan su propia cultura, ya que la inteligencia cultural es un patrimonio que todos los grupos poseen por el hecho de interactuar entre sí en un determinado contexto. La inteligencia cultural no se reduce a la dimensión cognitiva de la inteligencia, sino que contempla la pluralidad de dimensiones de la interacción humana. Es así que la inteligencia cultural recoge todas estas aportaciones y engloba la inteligencia académica y práctica, así como todas las capacidades del ser humano que le hacen posible llegar a acuerdos en los diferentes ámbitos sociales, e implica una acción con otros, presupone una interacción donde diferentes personas entablan una relación con medios verbales y no verbales (acción comunicativa). Así llegan a entendimientos en los ámbitos cognitivo, ético, estético y afectivo.
- *Las personas como seres de transformación:* Las personas son seres de transformación y no de adaptación (Freire, 1997). En esta premisa se basa el tercer principio del aprendizaje dialógico. Este hace posible los cambios en las personas y en su entorno. La educación y el aprendizaje deben estar enfocados hacia el cambio para romper con el discurso de la modernidad tradicional, basado en teorías conservadoras sobre la imposibilidad de transformación, con argumentos que sólo consideraban la forma como el sistema se mantiene a través de la reproducción, o bien desde el punto de vista en que nosotros debemos ser objeto de una conscientización por parte de algún educador que nos iluminará con su sabiduría abriéndonos los ojos a la realidad. La modernidad dialógica defiende la posibilidad y la conveniencia de las transformaciones igualitarias como resultado del diálogo.

- *Dimensión instrumental:* El aprendizaje dialógico incluye una dimensión instrumental, en la medida que los actores acuerden que quieren aprender aquellos tipos de conocimientos y destrezas que consideran necesarios para su desarrollo. Con ello se intenta evitar que los conocimientos de tipo instrumental sean decididos en función de criterios tecnocráticos y de poder. Es importante que a través del diálogo y de la reflexión se profundice en el tipo de conocimiento que se selecciona, ya que la selección y el procesamiento de la información es un instrumento cognitivo necesario para un buen desenvolvimiento en la sociedad de la información. Prescindir de ello, formaría parte de la profundización en la exclusión y marginación social, aspecto que desde una perspectiva crítica se quiere superar.
- *La creación del sentido de identidad:* Para ello, hemos de hacer posible un tipo de aprendizaje que facilite una interacción entre las personas dirigida por ellas mismas, creando así sentido para cada uno de nosotros y nosotras, puesto que no hemos de olvidar que la aportación que hace cada uno es diferente a la del resto y, por tanto, irrecuperable si no se tiene en cuenta.
- *La solidaridad:* En ella se han de basar las prácticas educativas democráticas que se plantean como alternativa a la exclusión y marginación social derivada de la dualización social. El aprendizaje dialógico se ha de llevar a cabo de forma solidaria y participativa en una relación de igualdad y horizontalidad, para que sea equilibrado y justo, incorporando una dimensión social a nivel de comunidad local e internacional.
- *La igualdad en la diferencia:* Plantea la diversidad de las personas como un elemento de riqueza cultural. Las personas somos iguales en la diferencia, que no en la diversidad que olvida la igualdad. Cuando se refuerza la diversidad se corre el peligro de profundizar en la exclusión social, desde el momento que no se llega a procesos de transformación y cambio de la situación que dio origen a la exclusión o marginación social.

El aprendizaje dialógico incorpora aquellos elementos positivos del aprendizaje significativo, pero superándolos al proponer el apren-

dizaje desde una perspectiva más global y social, que lleva a plantearse una acción conjunta y consensuada de todos y todas los y las agentes de aprendizaje que interactúan con actores en procesos de formación, signiendo los principios arriba mencionados.

### Síntesis de las ideas principales de la educación popular

Podemos decir que algunas de las ideas principales que maneja la corriente de educación popular son:

- La educación popular aboga por una pedagogía dialéctica en la que el educador/equipo de salud y el educando trabajan sobre las maneras de ver el mundo.
- Por lo tanto, nadie educa a nadie y nadie se educa solo; esta premisa es tanto epistemológica (es la manera de conocer las relaciones sociales) como política (ya que permite la problematización).
- Esta propuesta representa una manera novedosa de abordar la educación, basada tanto en la experiencia del educador/equipo de salud como en la experiencia del educando.
- El objetivo de la educación popular es la transformación objetiva de la realidad opresora.
- Para que esta transformación radical se dé también debe haber, por lo tanto, un cambio en la conciencia de las personas.
- Este cambio viene dado por el proceso pedagógico a partir de la práctica de la educación problematizadora, que se da a través de la relación dialógica entre educadores/equipo de salud y educandos.
- La práctica educativa es vista como compromisos con los/las oprimidos/as sobre la base de la problematización de situaciones cotidianas para ubicar su origen ideológico.
- Se opone a la educación acumulativa (o bancaria), en la que el educador/equipo de salud deposita cantidades de conocimiento en las cabezas de los educandos e introduce significados como práctica de opresión.

- La educación problematizadora supera la contradicción entre el educador/equipo de salud y el educando, se hace dialógica.
- En cada proceso concreto, lo que puede y debe variar, en función de las condiciones históricas, y en función del nivel de percepción de la realidad que tengan los oprimidos, es el contenido de los diálogos (Freire, 1972).

El proceso de educación popular se sustenta pensando y hablando en grupos y entre grupos acerca de los eventos que han ocurrido en sus propias vidas, en los procesos educativos los participantes se perciben como personas potencialmente poderosas quienes pueden cambiar la condición social que los rodea, aprenden a reflexionar e interpretar críticamente sus propias formas de vida, definen sus propios problemas e identifican la forma de resolverlos confrontándolos y aplican las lecciones de los éxitos y los fracasos a sus propias situaciones. El conocimiento no se considera como un don que se entrega a quienes no saben, sino como un diálogo de saberes. Por lo tanto, el hecho educativo es un proceso de enseñanza y aprendizaje que tiene como base el conocimiento de la gente que está participando en él.

Por esta razón, se trata de: *a)* una pedagogía humanista, pues tiende a la liberación humana; *b)* una pedagogía científica, pues retoma en su instancia teórica, los aportes disciplinarios de la antropología, la sociología, el análisis económico-político, la lingüística, la psicología, la comunicación, y la epistemología, y *c)* en definitiva, de una pedagogía histórica, fiel expresión de los anhelos de las clases populares de protagonizar el proceso educativo.

Tomando en consideración que el aprendizaje y la concientización que genera es producto de la actividad conjunta, compartida de educadores(as)/equipo de salud-educandos y educandos-educadores(as)/equipo de salud.

En el cuadro 12 se muestra lo que en suma es la educación popular.

Cuadro 12. Educación popular

Es:	- Conocer - Recrear el conocimiento - Producir conocimiento - Apropiarse del conocimiento - Utilizar el conocimiento
Cuál:	- Conocimiento científico - Conocimiento popular
Quién:	- Las personas apoyadas por un educador
Para:	- Tomar conciencia de los problemas, analizar sus causas y visualizar alternativas
Con el fin de:	- Transformar la realidad
Para:	- Mejorar nuestras vidas
En cuanto a:	- Salud - Autoestima - Armonía familiar y social - Relaciones Estado-ciudadanía - Conservación y mejoramiento del medio ambiente
Cómo:	- Mediante un proceso participativo, liberador, empoderador y transformador
Con apoyo de:	- Técnicas participativas de educación popular - Fichas de análisis - Códigos generadores

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

## Corrientes teóricas que convergen en la educación popular

La educación popular se nutre fundamentalmente de las siguientes corrientes y teorías:

- **Psicología cognitivista:** En ella el aprendizaje es entendido como un proceso de construcción interna, fruto de una asimilación activa y transformadora de los mensajes cognitivos, efectivos y psicomotores que la persona recibe de su medio. Dentro de ella destaca,

por su aplicabilidad y utilidad práctica, la Teoría de asimilación de Ausubel (Novack, 1992).

- Las teorías de procesamiento de información de DeGrott, Hovland y Marín (Caparros, 1980) y la Teoría de aprendizaje por descubrimiento de Bruner (1978).
- Psicología humanista: sobre todo las aportaciones de Rogers y Maslow acerca de la psicología de grupo.
- Teoría crítica de la enseñanza, de autores como Lewin y Nelly (Kemmis, 1988).
- El modelo de investigación-acción-participación se muestra como uno de los más interesantes para trabajar con un grupo la transformación de una determinada realidad.
- Modelo dialógico de Paulo Freire (1969, 1977), en él la educación es entendida como un proceso de concienciación orientado a la transformación personal y social, producido mediante un diálogo permanente de la persona con su mundo.

## Consideraciones a este apartado

Los elementos teóricos de la educación popular en el marco de los principios de atención primaria de la salud, permiten generar un modo de organización para la incidencia en problemas de orden social concretos, además de que forja la creación de modos de comunicación aceptados y reconocidos por la comunidad en la que se va a intervenir, así como la identificación de diferentes formas de involucración de actores sociales internos y externos, lo que resalta la organización y creatividad que se generan en ellos y permite no solo el logro de los objetivos, sino también la participación y su mantenimiento dentro del proceso.

La educación para la salud acogió los principios de la educación popular, ya que entendemos que no es posible generar cambios en las vidas de las personas y comunidades sólo con información. Los procesos de cambio centrados en las necesidades de las personas requieren de su participación, recreando formas de organización y movilización que permitan el ejercicio y conquista de sus derechos, junto con la construcción de comunidades que puedan proporcionar apoyo y solidaridad. Para ello

aporta elementos metodológicos, destinados al desarrollo de habilidades específicas para la participación social.

La amplitud de su planteamiento y la exigencia de un compromiso previo de todos los implicados en el proceso educativo para la salud, son quizás los mayores obstáculos, no obstante es el enfoque que más se adecua al nuevo paradigma de la salud y a la estrategia de intervención que se deriva de él; la conexión con la filosofía de la promoción de la salud y la atención primaria es incuestionable.

A partir de lo anteriormente expuesto, este enfoque está claramente orientado hacia la promoción de la salud y, por lo tanto, aunque integra en él la acción educativa individualizada y la información para la salud a la población, *su núcleo básico de intervención es el grupo o la comunidad*. Su objetivo fundamental es implicar a los ciudadanos en un proceso de transformación de los factores que inciden en la salud, sean estos personales, medioambientales o socioeconómicos.

## Investigación-acción participativa

En el marco de este paradigma, que apuesta por la necesidad de incluir a las personas como sujetos activos capaces de pensar por sí mismos y de ser generadores de cambio, la investigación-acción participativa se convierte en una alternativa metodológica, innovadora y capaz de generar profundos cambios a nivel social. Sus inicios se remontan a los años sesenta del siglo XX, donde comienza un periodo de reformulaciones y nuevos planteamientos en el campo de las ciencias sociales, que propició la creación de nuevas propuestas metodológicas en el campo de la intervención social, orientadas a promover procesos participativos. De esta forma empiezan a surgir distintas concepciones que tendrán como objetivo centrarse en el desarrollo de la comunidad o contexto local, donde los protagonistas pasan a ser los individuos y grupos sociales, los que se harán responsables de los proyectos e intervenciones que se lleven a cabo. Esta nueva corriente popular, que en sus comienzos será conocida como investigación acción o investigación participativa, con el tiempo ha ido adquiriendo nuevos términos y concepciones, que han implicado algunas variaciones de contenido y apreciaciones metodológicas, hasta derivar en la investigación-acción

participativa, cuyo objetivo común de todas ellas es promover, fomentar, o generar la participación activa de la población involucrada. "El objetivo que se planteaba esta nueva línea de acción era participar para transformar y ser protagonista del cambio social" (Ander-Egg, 1990: 19).

## Investigación acción-participativa/investigación-acción /investigación participativa

No resulta sencillo delimitar estos conceptos, muchos son los esfuerzos en torno a ellos, mucha la experiencia acumulada, varias las vertientes propuestas que confluyen a dar cuerpo a un estilo de trabajo que ve en la apropiación colectiva del saber y en la producción colectiva de conocimientos, la posibilidad de hacer efectivo el derecho que los diferentes grupos y movimientos sociales tienen sobre la producción, el poder y la cultura. Este enfoque de la investigación de las ciencias sociales se construye a fines de 1950, con nombres y modalidades diferentes, teniendo como fin lograr la participación activa de la población en los procesos de investigación y resolución de sus propios problemas sin posponer la acción como lo hace la investigación convencional. No es una transformación simple y metodológica de la sociología clásica, sino que expresa, por el contrario, una transformación verdadera de la manera de concebir y de hacer la investigación en ciencias humanas.

## Investigación-acción

### El enfoque terapéutico

Una característica esencial de este tipo de investigación es su orientación hacia la refuncionalización del trabajo grupal a través de mejorar las relaciones interpersonales, que lo define como una alternativa terapéutica. Trata de resolver problemas reales y concretos mediante la acción, sin ánimo de realizar generalizaciones teóricas, partiendo de la experiencia vivida de los participantes implicados y cuyo desarrollo requiere de la reflexión colectiva y problematizadora de la propia realidad.

### Raíces inglesas

En términos de aparición, la expresión “investigación-acción” es anterior a la de “investigación participativa”, posee dos raíces, una anglosajona y otra francesa. En inglés, no se habla de investigación-acción, sino de acción investigación o *Action Research*.

En su primera propuesta, la psicología americana demuestra la importancia decisiva de la participación de grupos e individuos para la rentabilidad de las terapias y cambios psicológicos y sociales, aquí se ubican propuestas participativas que se desprenden de postulados de la psicología gestáltica y humanista. En términos generales, los modelos gestálticos tratan de solucionar problemas personales e interpersonales de los miembros de un grupo a través de mejorar la comprensión de su comportamiento y la conducción hacia una mayor disposición y creatividad colectivas. La denominada investigación-acción<sup>5</sup> fue creada en los Estados Unidos de Norteamérica por Kurt Lewin<sup>6</sup>. Postula que todos los elementos de la situación social ejercen entre sí relaciones dinámicas que, en su conjunto, determinan la estructura social y que, por lo tanto, su comprensión requiere del abordaje de la totalidad dinámica; se concibe al grupo como un sistema único dotado de su propio carácter especial y su propio sentido del poder, un conglomerado de energías que emanan de los individuos y se interrelacionan en una configuración sistemática, es decir, una totalidad, una entidad, una Gestalt<sup>7</sup> cuya índole es más amplia que la suma de sus partes (Zinker,

<sup>5</sup> Describía una forma de investigación que podía ligar el enfoque experimental clásico de las ciencias sociales, y que respondiera a los principales problemas sociales de entonces; introdujo los estudios de IA en sus prácticas institucionales para transformar los comportamientos y actitudes de los individuos y grupos sociales, con la finalidad de asegurar su integración social.

<sup>6</sup> De acuerdo con J. Elliot (1990), de la tradición inglesa, quien acuñó el término investigación-acción (IA) fue Kurt Lewin, quien laboró en las universidades de Stanford y Iowa y como jefe del Centro para el Estudio de la Dinámica Grupal, del Instituto Tecnológico de Massachusetts.

<sup>7</sup> Lewin utilizó por primera vez este término para establecer que todo conjunto de elementos interdependientes constituyen una totalidad dinámica, y luego lo retoma para su noción fundamental en dinámica de grupos. Tanto la personalidad como los

1997, 2003). Los trabajos de Lewin en la investigación de problemas sociales, comunitarios, de manejo de relaciones intergrupales, subrayan las ideas cruciales para la IA, tales como la importancia de la decisión grupal y el compromiso con las acciones transformadoras orientadas a la mejora, de tal forma que cualquier proyecto de cambio supone la participación responsable e informada de aquellas personas implicadas en dichos cambios, en cuanto a la toma de decisiones, la ejecución y la evaluación de las estrategias sometidas a prueba de la práctica. En la estrategia metodológica de la investigación-acción, la producción de conocimientos guía la práctica y esta a su vez se revierte sobre aquella, la acción se incluye como parte integrante de la investigación. Describe el proceso como peldaños en espiral, cada uno compuesto por el análisis, la recolección de la información, la conceptualización, la planeación, la ejecución y la evaluación; pasos que se reiteran en el curso del trabajo. Estas ideas son retomadas y desarrolladas más tarde por Carr y Kemmis (1986).

La segunda propuesta, generada a partir de la psicología humanista, tiene como base una concepción marcadamente optimista del hombre. Su concepto central es el yo, es decir, las ideas propias del individuo que conciernen a su individualidad y a sus aspiraciones, y es por lo regular una posición fenomenológica<sup>8</sup>. Integra trabajos bajo el nombre de grupos de encuentro (Rogers, 1973), grupos de autodesarrollo, educación no directiva, e investigación cooperativa (Bisquerra, 1996), basada en la obra de los psicólogos humanistas como Rogers y Maslow. Como propuesta de IA resulta particularmente importante

grupos pueden considerarse como totalidades dinámicas, en tanto que pueden ser asumidos como un complejo de sistemas, formas, procesos psíquicos, elementos subjetivos y conscientes (Mailhiot, 1980).

<sup>8</sup> Fenomenología entendida como la interpretación de la conducta del individuo, como una respuesta no a la realidad *per se*, sino a su percepción del mundo que lo rodea. Independientemente de la claridad con que los “mensajes” procedentes del medio sean transmitidos, la forma en que se construya la realidad determinará su conducta observable o pública. La fenomenología no necesita, por fuerza, del postulado de que la realidad “verdaderamente real” existe. Supone tan sólo que el mundo real no puede conocerse o experimentarse directamente. La realidad es una inferencia de percepciones del mundo (Sarason, 1981).

el énfasis que pone en la relación terapéutica tanto individual como grupal. El enfoque terapéutico en su carácter democrático, dentro de un encuadre situacional y dinámico,<sup>9</sup> parte de una severa crítica a las posturas autoritarias en los ámbitos educativos y de la investigación, logrando despertar el interés en los niveles socioafectivos en las relaciones humanas y el papel activo de los participantes, que el enfoque mecanicista había dejado fuera.

Así, "investigación-acción" es un término acuñado y desarrollado por Kurt Lewin (1946) en varias de sus investigaciones; actualmente es utilizado con diversos enfoques y perspectivas, lo cual depende de la problemática por abordar.

### Raíces francesas

Si en inglés la IA enuncia la acción en primer lugar, en francés la investigación se escribe primero. La "research-action" tiene entre sus exponentes a autores como Albert Meister, Guy Abanzini, Charles Delorme, Henri Desroche, con su famoso tríptico: "explicar (la situación y el proceso), aplicar (la acción), implicar (a sus autores)". La importancia de estos modelos no directivos que asumen la participación colectiva en los procesos de reflexión, análisis y acción en los grupos, tuvo rápida difusión entre pedagogos, educadores, psicólogos y trabajadores sociales, que compartieron la necesidad de cambiar las formas tradicionales del desarrollo y

<sup>9</sup> A diferencia de la postura psicoanalítica, este enfoque estudia el *aquí* y elabora a través del encuentro situacional que se introduce como un orden metodológico de suma importancia que, a su vez, enfatiza el estudio de lo que sucede en un momento y lugar presentes. Esto se explica de la siguiente manera: si un fenómeno tiene lugar en un momento dado, las causas del mismo están presentes en ese momento. Un campo definido de esta manera es en realidad un corte transversal e hipotético de una situación dada, es decir, es un momento de un proceso, de tal manera que el estudio pleno se logra cuando se reconstruye el proceso a partir de los momentos sucesivos. Aislar el campo (el momento) del proceso total conduce a contraponer artificial y estáticamente el pasado con el presente, el encuadre situacional con el histórico, genético y evolutivo. "La totalidad de un fenómeno sólo puede ser abarcada en la conjunción de ambos encuadres, en una interacción dialéctica en la que el presente se transforma permanentemente en pasado y este a su vez vive y opera en el presente..." (Bleger, 1985).

aprendizaje grupal, pero no logran trascender ni en términos de análisis ni de acción a ámbitos fuera del grupo involucrado.

Puede decirse, en general, que una corriente de la investigación-acción en el campo social, sanitario y educativo parte efectivamente de la acción: pero no coloca a sus autores en el centro del proceso de toma de decisiones. Así desde este enfoque se impulsó fuertemente la elaboración de trabajos de diagnóstico "desde adentro", como en la planeación, toma de decisiones y realización de acciones.

En torno a esta metodología se han generado movimientos y corrientes diversos pero que tienen en común la preocupación por una repercusión inmediata de la investigación en la mejora de la realidad, derivando de ahí lineamientos teórico-metodológicos susceptibles de generalizarse para la sociedad en su conjunto. Ha contado con numerosos seguidores, que la han impulsado en forma muy importante a partir de la década de los setenta del siglo pasado: en Reino Unido, Stenhouse y otros; en Alemania, Heinz Moser y Otto Lüdemann; en Australia, Kemmis, Carr y Mc Taggart; en Canadá, Barbier, D'Ambouise, Desroche, Gauthier, Goyette, Lamoureux, Lessar Hébert, Lévy, A. Morin, Biallancourt; en Estados Unidos, Van Manen, Taba, Argyris y Putman, entre otros; en Francia, Barbier y Delorme, Ardonio, Dubost, Enriquez, Lévy, Pagés; en Japón, Misumi, y en España, Bartolomé, González, Latorre y De la Orden Hoz, entre otros (Bisquerra, 1996).

La investigación-acción fue absorbida por la educación casi tan pronto como surgió, el mismo Lewin colaboró en algunos proyectos de desarrollo curricular.

### La investigación-acción como tendencia pedagógica

El enfoque de la investigación-acción como tendencia pedagógica se manifiesta en diversas direcciones fuertemente imbricadas entre sí, y se concreta en las formas de concebir y realizar la investigación educativa, el diseño y el desarrollo del currículo, el proceso enseñanza-aprendizaje, la formación y superación didáctica de los profesores y la actividad de aprendizaje de los alumnos.

La investigación, desde esta perspectiva, se inserta y toma cuerpo en todas las tareas fundamentales de la institución educativa, como un atributo inherente a su actividad. Esta visión procura dar respuesta a una de las preocupaciones centrales de los investigadores relativa a la capacidad de la actividad científico investigativa para transformar y mejorar la propia realidad educativa, evitando la separación tradicional entre producción de conocimiento y su aplicación, así como entre profesores e investigadores. Sin duda esta es una vía efectiva, si bien no la única, para asumir y desarrollar una investigación que tenga como objeto la propia situación educativa y marque avances en la conformación teórica del campo científico y en las transformaciones de su práctica.

Un presupuesto básico del proceso docente es su carácter complejo, activo, participativo, en oposición a concepciones lineales, atomizadoras y reduccionistas propias de enfoques tradicionales. La enseñanza se basa en el debate abierto de los temas y no en la transmisión de información que lleva aparejada la copia de apuntes por parte de los estudiantes. Por ello el profesor debe problematizar los objetivos, contenidos, métodos y formas de enseñanza. Esto es, somete a la consideración de los alumnos las propias metas y los modos de alcanzarlas y debe propiciar la utilización de métodos activos, como la resolución de problemas, la experimentación, el trabajo del grupo, y provocar la reflexión y la toma de posición crítica ante cualquier problema, situación o hecho, y aún más, estimular la investigación y proteger la divergencia de puntos de vistas.

El proceso de enseñanza-aprendizaje tiende a conformarse con los pasos básicos de la investigación-acción, de modo que se estructura a partir de situaciones de interés para los participantes y supone: *a)* la identificación y formulación de problemas por los propios estudiantes con la participación del profesor, *b)* la búsqueda de soluciones, y *c)* la prueba de soluciones.

En la realización de estas acciones se integran como copartícipes tanto profesores como estudiantes, lo que rompe en determinada medida la contraposición tradicional alumno-profesor. Desde esta tendencia se reafirma un concepto activo de aprendizaje, que se entiende como una actividad del alumno, autodirigida, en lo fundamental, por él mismo. Al profesor le corresponde, en consecuencia, asegurar las condiciones que permitan el aprendizaje significativo, la comprensión personal sobre los

temas objeto de debate, y que los estudiantes asuman una actitud responsable ante su aprendizaje. El profesor, al mismo tiempo, responde por la calidad del aprendizaje, de ahí que se habla de una responsabilidad compartida.

En tal dirección se destacan de modo especial los trabajos de Stephen Kemmis y colaboradores, en Australia, y de Laurence Stenhouse y su continuador John Elliot del Centre for Applied Research in Education (CARE) de Inglaterra, que constituyen aportes significativos para la investigación-acción en el ámbito educativo, en tanto penetran e impregnan las concepciones y prácticas de la enseñanza en tal grado que posibilitan considerarlas como un enfoque o tendencia dentro de las ideas pedagógicas.

La fuerte orientación de la investigación-acción a la práctica educativa se pone de manifiesto en la definición que en 1981 se asume en la Deakin University de Victoria, Australia, como un término que denomina a un conjunto de actividades del desarrollo curricular, de la función profesional, de los proyectos de mejora escolar y de la práctica y planificación educativas. En todas estas actividades están presentes estrategias de planificación de la acción, que se llevan a la práctica, se someten a observación, reflexión y cambio, con plena integración e implicación de los participantes. Los trabajos de Stenhouse (1993) y Elliot (1993) han marcado pautas en el desarrollo curricular, en la formación docente de los profesores universitarios y en su utilización como estrategia de aprendizaje que favorece un enfoque heurístico del proceso durante las clases.

#### Ideas y planteamientos del enfoque pedagógico

Uno de los planteamientos de mayor interés y trascendencia de este enfoque pedagógico es, sin dudas, el referido a la figura del profesor como profesional. Respecto al ejercicio de su profesión se procura reivindicar la autonomía de decisiones e intervención en el proceso de planeamiento, desarrollo, evaluación y mejoramiento de la enseñanza. Así mismo se subraya la responsabilidad y compromiso con su quehacer profesional y sus implicaciones individuales y sociales. El concepto de profesionalidad del profesor supone la posibilidad de que sea simultáneamente docente e investigador. Al decir de Álvarez Méndez (1987), "en esta

dinámica los profesores, como sujetos permanentemente críticos, tienen un espacio de intervención propio, en el aula, en la investigación, en la elaboración del *currículum*, en la sociedad". La idea de que el nivel de profesionalidad requerido y esperado se logre desde y mediante su propio trabajo como docente e investigador de su práctica, abre inestimables cauces para la formación y superación de los profesores con una impresión de factibilidad.

Otra de las ideas rescatables y dimensionables, de esta tendencia pedagógica, es la concerniente al papel y carácter de la investigación educativa. El mejoramiento del proceso de enseñanza-aprendizaje y el funcionamiento global de las instituciones educativas están urgidos de la investigación científica. De una investigación que penetre las aulas y el pensamiento de los sujetos implicados en la situación educativa y sea una herramienta efectiva de transformación y mejora. A tales propósitos no responde una investigación que llegue desde fuera, sino aquella que surge como necesidad sentida de todos los que de una u otra forma participan y deciden la educación. Al mismo tiempo, la consideración de la investigación como medio y forma de organizar la actividad de aprendizaje, si bien no es privativa de esta tendencia, es un enfoque de gran valor para la formación de los estudiantes. Además, el énfasis en la toma de posición, la responsabilidad de los estudiantes ante su aprendizaje, el compromiso, la reflexión, son todos planteamientos válidos que forman parte de los propósitos formativos de cualquier sistema educacional.

La significación de sus ideas en el ámbito educativo permite considerarla como una tendencia pedagógica que entra en consonancia con los reclamos actuales de renovación de la enseñanza, frente a las insuficiencias de los enfoques tradicionales.

Stephen Corey, del Teachers College de la Universidad de Columbia, Nueva York, en los años 1949 a 1953, aplicó este enfoque en investigaciones educativas. No obstante, la mayor parte de los trabajos de investigación-acción en las décadas siguientes se desarrollan como proyectos comunitarios fuera del contexto universitario, con excepción de las universidades británicas y australianas, que desde los años setenta del siglo XX han sido centros principales de desarrollo de la investigación-acción en el ámbito educativo (Salazar, 1992).

### La investigación-acción del educador en salud/ equipo de salud

Elliot, en un trabajo de 1978 (traducido al castellano hasta 1990), presenta siete características de la investigación del profesor o, como él también la llama: investigación-acción en la escuela.

1. El propósito de la investigación-acción es que el profesor profundice en la comprensión (diagnóstico) de su problema. Por tanto, adopta una postura exploratoria frente a cualesquiera definiciones iniciales de su propia situación que el profesor pueda mantener.
2. La investigación-acción adopta una postura teórica según la cual la acción emprendida para cambiar la situación se suspende temporalmente hasta conseguir una comprensión más profunda del problema práctico en cuestión.
3. Al explicar "lo que sucede", la investigación-acción construye un "guión" sobre el hecho en cuestión, relacionándolo con un contexto de contingencias mutuamente interdependientes, o sea, hechos que se agrupan porque la ocurrencia de uno depende de la aparición de los demás.
4. La investigación-acción interpreta "lo que ocurre" desde el punto de vista de quienes actúan e interactúan en la situación problema, por ejemplo, profesores y alumnos, profesores y directores.
5. Como la investigación-acción considera la situación desde el punto de vista de los participantes, describirá y explicará "lo que sucede" con el mismo lenguaje utilizado por ellos; o sea, con el lenguaje de sentido común que la gente usa para describir y explicar las acciones humanas y las situaciones sociales en la vida diaria.
6. Como la investigación-acción contempla los problemas desde el punto de vista de quienes están implicados en ellos, solo puede ser válida a través del diálogo libre de trabas con ellos.
7. Como la investigación-acción incluye el diálogo libre entre el "investigador" (educador/investigador) y los participantes, debe haber un flujo libre de información entre ellos.

En síntesis, la investigación educativa adquiere en alto grado los atributos de participativa, colaborativa y transformadora. Se orienta a la mejora de las prácticas educativas, al aumento de los conocimientos a través de la indagación crítica de las necesidades, las estrategias de acción y sus resultados, y al desarrollo de los valores educativos de las personas e instituciones educativas.

Finalmente es obligado destacar las potencialidades de la investigación en la acción en cuanto al impulso y desarrollo de la investigación educativa y al aumento de la capacitación de los docentes como profesores e investigadores. Al implicarlos en la identificación, el análisis crítico y la búsqueda de soluciones, con un enfoque científico, de los problemas que ellos mismos reconocen como necesarios, se constituye en un motor de perfeccionamiento de la enseñanza, de la formación permanente de los docentes, abre un espacio propio de estudio e investigación experimental transformadora.

## Investigación participativa<sup>10</sup>

### El enfoque sociopolítico

Esta propuesta metodológica se genera en el seno de las luchas populares de la década de los sesenta en Latinoamérica, donde se cuestiona la utilidad de los métodos convencionales de investigación e intervención social. Su intención es reivindicar a los grupos menos favorecidos socialmente y convertirlos en protagonistas del cambio social<sup>11</sup>, pro-

<sup>10</sup> El concepto tradicional de investigación-acción proviene del modelo de Lewin sobre las tres etapas del cambio social: descongelación, movimiento, recongelación; en ellas el proceso consiste en: a) insatisfacción con el actual estado de las cosas; b) identificación de un área problemática; c) identificación de un problema específico a ser resuelto por la acción; d) formulación de varias hipótesis; e) selección de una hipótesis; f) ejecución de la acción para comprobar hipótesis; g) evaluación de los efectos de la acción; h) generalización. Las fases del método son flexibles, ya que permiten abordar los hechos sociales como dinámicos y cambiantes, por lo tanto, sujetos a los cambios que el mismo proceso genere (Elliot, 1993).

<sup>11</sup> El cambio social se define como una modificación significativa de la estructura de un sistema social, de modo que supone la alteración de los sistemas normativos,

moviendo su participación en los procesos de análisis y resolución de problemas concretos.

Surge en el campo de la pedagogía pero con un fuerte vínculo con la investigación y la lucha social, incorporando la actividad educativa a la transformación de una estructura social, y por consecuencia de ello, ligada a una historia de movimientos populares y transformaciones colectivas. Su interés se sitúa en el nivel macrosocial, centrado en el análisis de contradicciones de los determinantes estructurales de la realidad vivida y enfrentada como objeto de estudio, donde los actores son los sectores populares que vienen a ser una base organizada de la acción educativa, concretándose la acción en una posibilidad de cambio social. Los trabajos realizados con este enfoque son probablemente los más conocidos y utilizados en nuestro medio, parten por lo general de los postulados de la pedagogía concientizadora construida en Latinoamérica, de la pedagogía institucional<sup>12</sup> y del psicoanálisis, en donde la pro-

---

relacionales y teleológicos (fijación de metas) que los gobiernan y que afectan la vida y las relaciones (horizontales y verticales) de sus miembros.

<sup>12</sup> La pedagogía institucional es un conjunto de técnicas, organizaciones, métodos de trabajo e instituciones internas nacidas de la práctica de clases activas, que coloca a niños y adultos en situaciones nuevas y variadas que requieren de cada uno entrega personal, iniciativa y continuidad. De ahí la necesidad de utilizar, además de los instrumentos materiales y las técnicas pedagógicas, instrumentos conceptuales e instituciones sociales internas susceptibles de resolver estos conflictos mediante la facilitación permanente de intercambios materiales, afectivos y verbales. La pedagogía institucional puede definirse, desde el punto de vista *estático*, como la suma de los medios empleados para asegurar las actividades y los intercambios de toda suerte, en la clase y fuera de esta; desde el punto de vista *dinámico*, como una corriente de transformación del trabajo dentro de la escuela. Los cambios técnicos, las relaciones interindividuales y de grupo en niveles conscientes e inconscientes y la estructuración del medio crean situaciones que, gracias a instituciones variadas y variables, favorecen la comunicación y los intercambios. Tiende a reemplazar la acción permanente y la intervención del maestro por un sistema de actividades, de mediaciones diversas, de instituciones que aseguren de modo continuo la obligación y la reciprocidad de los intercambios, en el grupo y fuera de él. En la "escuela", convertida en lugar de actividad y de intercambios, saber hablar, comprender, decidir, saber leer, escribir, contar, se convierten en una necesidad. Este nuevo medio favorece, además de los aprendizajes escolares, la evolución afectiva y el desarrollo intelectual de los niños y de los adultos; el trabajo y la vida social ya no se presentan como objetivos, sino también como medios, que muy a menudo resultan ser agentes eficaces de terapéutica y prevención (Lobrot, 1988).

puesta psicoanalítica propia de los desarrollos europeos parte de una crítica al conocimiento como saber.

Desde esta perspectiva se enfatiza el carácter político de la producción del conocimiento, esto es, considera que lo educativo no es un proceso neutral y que no puede ser separado de la ideología de la sociedad en donde se genera, lo cual lleva a cuestionar la intencionalidad de la investigación en este campo. Postula como objetivo del proceso de indagación despertar la conciencia de las personas para poner al descubierto las relaciones de poder, es decir, el descubrimiento de los mecanismos de reproducción social, señalando los márgenes de autonomía que en ella se presentan, así como su vinculación con el contexto sociohistórico más amplio. Caracterizada por estilos participativos más sociológicos al estudiar la situación histórico-social de los sectores más pobres y marginados de la sociedad y efectuar una vinculación con las acciones sociales y políticas desarrolladas por los grupos y organización más consciente del país (Fals Borda, 1977).

La investigación participativa con enfoque sociopolítico busca, a partir de la reflexión y el análisis de la realidad concreta, de sus contradicciones y de sus fuerzas posibles de transformación, la construcción de nuevos sistemas de relación y de poder. En este proceso destaca el compromiso y la responsabilidad colectivos en la acción útil al grupo. Al estar emparentada con la pedagogía de Paulo Freire y la teología de la liberación de Gustavo Gutiérrez e Ignacio Ellacuría, se ubica en una línea liberadora en el desarrollo liberador. El desarrollo más importante de los trabajos bajo este enfoque sociopolítico se ha realizado en el trabajo comunitario, en la educación de adultos y en la sociopolítica, con denominaciones diferentes, tales como grupos autogestivos, educación popular y promoción popular.

Entre algunos de los autores que han desarrollado sus bases teóricas y han extendido su enfoque se encuentran Orlando Fals Borda en Colombia, Francisco Vio en Chile, Antón de Shutter y muchos otros en México (CREFAL); una de sus principales finalidades se subraya *como legitimar el saber popular, frente al saber dominante*. Hace una distinción entre dos tipos de ciencia, la popular y la dominante que promueve, que busca la continuación del sistema vigente y capitalista dependiente; y la ciencia popular definida como el conocimiento empírico, práctico, de sentido común, cultura e ideología de los pueblos.

El conocimiento para la transformación social no radica en la formación liberadores de la conciencia, sino en la práctica de esa conciencia, derivándose de ella un saber y un conocimiento científico. Entre las potencialidades que ofrece la investigación participativa se encuentra la importancia concedida a la historia, una sociología sin historia es sociografía, carece de profundidad y dinamismo.

Según lo expuesto, tanto el enfoque terapéutico fundamentado originalmente en la Teoría de la estructura o Gestalt, —formulada en Estados Unidos con el fin de mejorar las relaciones interpersonales y el desarrollo personal—, como la investigación que se desprende de la psicología humanista, así como la investigación con enfoque sociopolítico generada en experiencias latinoamericanas, parecen converger en el tipo de participación horizontal que proponen, es decir, comparten la preocupación por el desarrollo del proceso grupal en un clima abierto, horizontal y participativo, y las técnicas que se proponen desde los diversos enfoques pueden hasta resultar similares. Así mismo las diferentes propuestas retoman como estrategia de trabajo grupal el carácter democrático y lo situacional como una estrategia para la definición de objetos de conocimiento, de tareas, de proyectos.

Sin embargo, no hay que perder de vista que presentan grandes diferencias en cuanto a la orientación o marco más amplio donde se inscriben, porque esto conlleva tipos de análisis de diferente nivel y profundidad. En este sentido, los modelos de enfoque terapéutico tienden a reducir la problemática social a problemas de tipo personal, interpersonal y psicológico, a encontrar explicaciones dentro de los límites institucionales o de los propios grupos involucrados, y soluciones a través de la motivación, la liberación de energías humanas, la solución de conflictos interpersonales, etcétera. Dichas propuestas no incorporan la noción histórica dialéctica, ni el uso del análisis institucional ni sociológico, donde el grupo y sus participantes están insertos.

Por otra parte, los modelos de enfoque sociopolítico propician un análisis que permite tomar conciencia de las relaciones de poder que trascienden la institución y el grupo involucrado, a partir de su función ideológica de legitimación y perpetuación de las relaciones de fuerza entre clases del sistema. Por otro lado, el análisis desde esta perspectiva también conlleva la formulación de un sistema político que sirva a

otros sistemas de funciones y a articular lo micro con el contexto más amplio, donde se descubren las estructuras ideológicas, políticas, económicas por medio de las cuales se ejerce dicho control y poder, condicionando el proceso y el trabajo de los participantes en un proyecto de investigación participativa, es decir, a realizar un análisis crítico respecto a las contradicciones de la estructura social donde se ubica el grupo involucrado en el proceso de investigación y acción. Todas las propuestas ubicadas en este enfoque sociopolítico incorporan en sus marcos de referencia nociones sobre el carácter subjetivo, ideológico e histórico de las relaciones humanas con los objetos de transformación y de conocimiento, así como sobre la determinación histórica material de las relaciones sociales que parten de la perspectiva marxista, aunque lo hacen en diferentes niveles.

De esta manera se puede afirmar que los modelos de Lewin, Rogers y Elliott, generados en Estados Unidos e Inglaterra, a diferencia de los modelos sociopolíticos, se enmarcan dentro de una propuesta funcionalista, mientras que los otros se han construido desde una perspectiva sociopolítica del materialismo dialéctico.

## Investigación-acción participativa

La investigación-acción participativa (IAP) toma su nombre de dos escuelas: la investigación-acción y la investigación participativa.

De la investigación participativa toma su insistencia en la importancia de la historia; pero *no busca legitimar el saber popular frente al saber dominante*. Promueve que las poblaciones rescaten su saber y lo desarrollen y/o transformen; busca el desarrollo y la potenciación de los saberes que configuran la vida cotidiana de las personas. Este redescubrimiento del saber popular se relaciona con el reencuentro, con las capacidades individuales y colectivas, emotivas y cognitivas, adquiribles en diversos procesos de socialización, desde los cuales los sujetos evalúan su experiencia social y a cuya dependencia cualquier propuesta de cambio social ha de dirigirse para encontrar elementos de apoyo (Honnet, 1997).

De la investigación-acción o acción-investigación se apropia la importancia de fomentar acciones concretas de crecimiento cuanti-cualitativo.

Conviene establecer que la investigación-acción participativa tomó su etiqueta inicial de la escuela psicosocial de Kurt Lewin (1946), para apartarse posteriormente, cuando se enfatizó el componente de la “militancia” o el “compromiso”, y cuando más adelante nació el más amplio elemento “participativo” en la investigación-acción participativa (figura 8).

En su primitiva delimitación remitía a un proceso continuo en espiral, por el que se analizaban los hechos y conceptualizaban los problemas, se planificaban y ejecutaban las acciones pertinentes y se pasaba a un nuevo proceso de conceptualización. La manera como Lewin (1946) concebía ese proceso estaba aún cargada de supuestos elitistas y de concepciones de cambio sociales ilusionados con la eficacia de la acción instrumental.

En general, el trabajo de Lewin expresó preocupaciones similares a las de la investigación-acción participativa, en la teoría y en la práctica, en el uso social de la ciencia, en el lenguaje y en la pertinencia de la información, pero muy pronto después de su muerte, sus seguidores redujeron las grandes implicaciones de las intuiciones de Lewin, al ligarlas con los procesos del pequeño grupo y a enfoques clínicos, y al preferir experimentar en talleres artificiales vistos como “comunidades de aprendizaje”, con el fin de “buscarles sentido” a los datos, sin dar suficiente atención a los contextos reales, como se hace en la investigación-acción participativa (Fals Borda, 2001), ni incorporar la noción histórica-dialéctica, ni el uso del análisis institucional, ni del sociológico, en el que están insertos el grupo y sus participantes.

La investigación-acción participativa aparecería, entonces, como un tipo de investigación-acción que, incorporando los presupuestos de la epistemología crítica, organiza el análisis y la intervención como una pedagogía constructiva de disolución de los privilegios del proceso de investigación, como punto de partida para un cambio social de alcance indeterminable (Merino y Raya, 1993). Esa búsqueda del conocimiento se caracteriza por ser colectiva y proporcionar resultados cuya utilización y manejo corresponden a los propios implicados, los cuales deben haber determinado el proceso de conocimiento, a la vez que haber experimentado un proceso de maduración colectiva en este (De Miguel, 1993).

Las aportaciones teóricas de la investigación-acción participativa provienen de grandes teóricos, entre los que se encuentran: Marx, Freud,

Gramsci, Dewey, Habermas, Foucault, Ibáñez, Kuhn, Morin, Freire, Lewin y Fals Borda. En su momento, la investigación-acción participativa representó un quiebre profundo respecto a la tradicional forma de hacer investigación social; dicho quiebre se ve reflejado en la puesta en juego de:

- Diferentes intereses sociopolíticos en el proceso de investigar: puesto que busca combatir las condiciones de dominación y favorecer el desarrollo y empoderamiento de los grupos dominados, en una búsqueda de mejores y más democráticas condiciones sociales (Freire, 1990; Fals Borda, 2001).
- Diferentes relaciones entre los actores sociales involucrados: ya que el investigador y los sujetos se sitúan en posiciones más horizontales y el poder se distribuye democráticamente (Sánchez y Almeida, 2005; Montero, 2003; Rodríguez, 1994).
- Una concepción diferente del conocimiento y su relación con la práctica: el conocimiento no es neutral ni desinteresado, sino que influye en la transformación de la sociedad (Lewin, 1946; Martín Baró, 1998; Fals Borda, 1993, 1994).

De esta manera, la investigación acción participativa desafía los supuestos de las ciencias sociales tradicionales, lo que implicó un replanteamiento epistemológico, político y por tanto metodológico, es decir, investigar desde una nueva óptica, desde una nueva perspectiva, con y para la comunidad. Esto conllevó, en lo epistemológico, romper con el binomio clásico de sujeto-objeto de la investigación, y supone un cambio grande en las concepciones del trabajo científico, de la metodología y de la teoría misma, pues se parte de que todos son sujetos y objetos de investigación, lo que implica que la verdad ciencia-teoría se va logrando en la acción participativa comunitaria.

La teoría va a ser resultado del aporte popular, analizado, justificado y sistematizado; desde ese punto de vista, todos contribuyen, al ir más allá del modelo de conocimiento creado por expertos externos (Greenwood, Whyte, Harkavy, 1993), y se desplaza hacia la teorización activa y constante, sumergida en el fenómeno social y continuamente cuestionada por la práctica. El conocimiento siempre es obtenido por medio de la acción y para la acción; partiendo de esta premisa, la cuestión de la validez del co-

nocimiento social no radica en generar una ciencia que estudie la acción, sino en desarrollar una ciencia que se produzca por medio de la acción.

Tolbert (2001) también indica que, políticamente, supone que se parta de la realidad, considerando la situación estructural específica, y que por medio de un proceso de reflexión se genere una transformación con la participación de la comunidad implicada. En contraste con el modelo de "investigación de experto", en el que todas las decisiones y la ejecución de la investigación son controladas por el investigador experto, en investigación-acción participativa las decisiones y la ejecución de la investigación constituyen un proceso colaborativo entre los investigadores expertos y los miembros de la organización en estudio (Greenwood, 1993).

De esta manera, la investigación-acción participativa representa una reconfiguración de los roles atribuidos a los actores de un proceso de investigación. En este caso, el investigador debe tener claro que no existe neutralidad científica, en el sentido del compromiso explícito que debe tener con los sujetos involucrados en la acción. La objetividad debe ser construida en una acción-reflexión crítica, dirigida a que los sujetos de la acción se apropien del conocimiento de su realidad, por medio del análisis y el estudio de las transformaciones grupales y colectivas, que van teniendo lugar a lo largo del proceso en el que el hombre se transforma y transforma su entorno. Se ve, así, al sujeto de la investigación con capacidad de acción y poder transformador, no solo en el ámbito grupal y colectivo, sino también en el entorno social y material. Igualmente, con una capacidad para discernir, organizar, planificar procesos que favorezcan y se apoyen en formas de participación activa de las comunidades, en una perspectiva democrática y de autogestión (Greenwood, 1993; Tolbert, 2001).

Sin embargo, la significación social y política de la investigación-acción participativa no descansa en la producción de un conocimiento técnico estrecho para el control de las realidades físicas y sociales. Los teóricos y practicantes de la investigación-acción participativa han utilizado términos como "dar poder", "conciencia crítica", "transformación", "concientización", "diálogo", "acción social" y otros, al igual que "participación", con el fin de caracterizar distintos aspectos de la investigación-acción participativa. El discurso que utiliza esta clase de ter-

minología claramente señala para la investigación-acción participativa dimensiones sociales y políticas, al igual que psicológicas, que no pueden ser explicadas adecuadamente dentro del contexto de producción de conocimiento orientado al control. "Empowerment" ('dar poder'), por ejemplo, es un fin de la investigación-acción participativa, pero no resulta solo del conocimiento técnico, sino de la experiencia de participación en acciones sociales colectivas.

Los campos de actuación científica en que se implementa la investigación-acción participativa abarcan por igual aspectos meramente técnicos como asuntos sociales; sin embargo, en todos los casos tienen aportaciones cognitivas colectivas muy valiosas, desde la perspectiva del conocimiento instrumental, interactivo y crítico. Por ello, la investigación-acción participativa tiene aplicaciones micro-macro y puede tratarse de individuos que investigan sobre su acción antecedente, concomitante o subsiguiente. También, se aplica a instituciones (diagnóstico institucional) y, de forma más amplia, resulta útil para el desarrollo de barrios, pueblos o microrregiones.

Aun así, la contribución científica más importante de la investigación-acción participativa es facilitar que los seres humanos se relacionen con el mundo y entre sí, y como una colectividad, no desde la *neutralidad valoral* del objeto pasivo investigado, sino desde la distinción categórica del sujeto activo que produce conocimiento útil socialmente.

La investigación-acción participativa se trata no solo de actuar en la solución de problemas, siguiendo una planificación y utilizando técnicas y recursos de la comunidad y/o del Estado; va más allá de esto. Plantea la reflexión como principio básico, que permita entender qué son los procesos comunitarios; las problemáticas inherentes a ellos; su importancia social, política, cultural, económica y humana; las posibilidades de intervención de los agentes externos; la necesidad de la interdisciplinariedad; la búsqueda y comprensión de las causas que generan los problemas; conocer las potencialidades y debilidades que se poseen como grupo; y solo en función de esto, y por medio de ello, generar las acciones que conduzcan a transformaciones de su entorno. Cuando se cambia la manera de pensar, todo cambia, ya nada puede ser igual; partiendo de esta idea, la investigación-acción se concibe como un proceso de acción-reflexión-acción, en un movimiento cíclico y continuo.

- *Es investigación*, pues se fundamenta en un proceso sistemático, que orienta sus fases por medio de un conocimiento preexistente, tanto en el investigador<sup>13</sup> como en los demás sujetos de la investigación. Este conocimiento es producto de la praxis y la experiencia, que permiten conocer y transformar tanto al sujeto como al entorno, y sistematizar las experiencias, para ir generando un proceso de cambio y/o transformación de modelos de vida, formas de agruparse, maneras de intervenir, generación de procesos educativos y organizativos, y criterios de pertenencia, entre otros. Por lo tanto, es acción y participación; *acción* entendida no solo como la simple actuación, o cualquier tipo de acción, sino como acción resultado de una reflexión e investigación continuas sobre la realidad, no solo para conocerla, sino para transformarla.
- *Es participación* porque abarca un proceso de comunicación y retroalimentación perenne entre los sujetos de la investigación, en el que la planificación, la toma de decisiones y la ejecución forman parte de un compromiso colectivo o de grupo.
- *Es crítica* porque la práctica se somete a un análisis y una discusión continuos entre los sujetos de la investigación, que llevan a procesar e interpretar de manera más global el contexto social, al promover la búsqueda de opciones de cambio con base en los intereses colectivos.
- *Es reflexiva*, pues es producto del análisis; debe establecerse una relación entre lo investigado, el contexto y los sujetos de la investigación, al reforzar el estudio, la evaluación y la interpretación de los problemas y sus causas; valorar las acciones ejecutadas, y generar un conocimiento que les permite a los sujetos enfrentar las situaciones que se presenten, de manera conjunta y organizada. Por lo tanto, se puede afirmar que la investigación y la acción se funden creadoramente en la praxis.

<sup>13</sup> Educador/equipo de salud.

### El objeto de la investigación-acción participativa

El objeto final es la transformación de la realidad social en beneficio de las personas involucradas; esto significa operar también dentro del sistema vigente, para generar procesos que impliquen un fortalecimiento de las comunidades, con una clara conciencia de sus deberes y derechos ciudadanos, que a su vez les permita vincularse con los centros de poder local, para asumir y compartir el control de las decisiones en relación con los problemas o necesidades sentidos por ellos. Políticamente, las comunidades pueden generar desarrollo y transformación a partir de la planificación, ejecución y control en la solución de sus necesidades, al vincularse e interrelacionarse con los demás actores sujetos del proceso, que tengan injerencia, toma de decisiones y/o poder en la satisfacción de las necesidades y el entorno.

### Metas básicas

La investigación-acción participativa proporciona un modelo de conocimiento en tanto que persigue dos metas básicas: la construcción social del saber, por un lado, y la formación educativa en el proceso, por el otro. El trabajo cognitivo que desempeña la investigación-acción participativa no es exclusivo del científico/investigador, sino que es una labor conjunta de colaboradores (educador/equipo de salud y gente común) que generan conocimiento a partir del análisis de situaciones, mediante formas de experimentación. Se trata de la posibilidad de construcción del conocimiento "con" los sujetos de la investigación. Por ello, la investigación-acción participativa es un trabajo profundamente educativo. La *educación* se entiende aquí no en el sentido de una transmisión didáctica de conocimientos, sino de aprender por la búsqueda y la investigación. Desde el punto de vista de la teoría pedagógica, la investigación-acción participativa se apropia del ideal de un aprendizaje orientado a determinados fines, basados en la experiencia y la transformación (Dewey, 1967; Freire y Macedo, 1989). El conocimiento vivo que resulta de esa clase de actividades se traslada directamente a la acción, ya que ha sido creado con este propósito inicial. En este sentido, la comprensión de un problema social origina modificación en la

percepción que se tiene de una situación, sobre todo si se es parte de él. Al mismo tiempo, el abordaje de las alternativas de resolución de situaciones favorece una explicación comprensiva y una comprensión explicativa de profundos resultados formativos para los involucrados en un proceso de investigación-acción participativa.

### Actividades centrales de la investigación-acción participativa

- *Investigación:* Se refiere al papel activo que desempeñan los participantes en documentar la historia de su experiencia o su comunidad, y analizar en forma sistemática las condiciones actuales de su problemática y las condiciones que previenen el cambio en el ámbito local (análisis funcional de antecedentes y consecuencias). Una vez identificadas las necesidades, los participantes determinan las prioridades y organizan grupos de acción para planear en forma sistemática el proceso de solución de los problemas.
- *Educación:* Los participantes aprenden a desarrollar una conciencia crítica que les permite identificar las causas de sus problemas (alejándolos de posiciones *victimizantes*, como la superstición y la desesperanza aprendida) e identificar posibles soluciones. El propósito es enseñar a la gente a descubrir su propio potencial para actuar, liberándolos de estados de dependencia y pasividad previos, y llevarlos a comprender que la solución está en el esfuerzo que ellos mismos puedan realizar para cambiar el estado de las cosas.
- *Acción:* Los participantes implementan soluciones prácticas a sus problemas utilizando sus propios recursos o en solidaridad con otros grupos.

Estas actividades están interrelacionadas y forman un ciclo dinámico, por lo cual la naturaleza de la investigación-acción participativa es cíclica: enlaza la acción y la reflexión, la teoría y la práctica, de tal manera que ambas se retroalimenten mutua y continuamente. Es así como la investigación-acción participativa conlleva tres componentes básicos: la investigación como proceso educativo, la investigación como recursos

frente a problemas concretos de la población, la investigación como actividad colectiva.

### Condiciones internas del proceso educativo en la perspectiva de la investigación-acción participativa

1. *El diálogo.* El lenguaje representa una herramienta sustantiva para la expresión humana y es el que le hace posible al sujeto interactuar en los más diversos procesos de comunicación. La palabra permite la construcción simbólica de la realidad al nombrarla, y al hacerlo, le otorga un sentido comunicable. Toda educación se da en una dinámica de diálogo, un diálogo en torno a la práctica; en consecuencia, esta práctica siempre es la referencia constante del diálogo (cuando decimos "práctica" decimos "realidad" o "vida" de los individuos), es tener presente que para la mayor parte de las personas, el aprendizaje no pasa por los libros, sino por la realidad vivida. La vida social es "práctica"; en consecuencia, la práctica es mediación pedagógica, las personas aprenden. El diálogo se aprende desde las lecciones de vida y a partir de las experiencias; está situado en una conversación informal, de manera similar a la que se tiene en la familia o en un lugar de reunión, y en el discurso, ya sea de un profesor o de un político. Decimos que el diálogo se aprende porque requiere cierta disciplina: escuchar y hablar, necesariamente, sin interrumpirse unos a otros, y en forma paralela, centrar el debate en torno a un problema delimitado definido, sin hacer desviaciones.

Splitter Lawrence (1996) refiere que el concepto de *diálogo* tiene importantes dimensiones éticas, ya que en él se lleva a cabo una conversación igualitaria, lo cual facilita el entrelazamiento de puntos de vista individuales y, con ello, se facilita la construcción del conocimiento. Los procedimientos recíprocos del diálogo en los que se da el respeto por los turnos, escuchar cuidadosamente al otro, construir a partir de las ideas de otros y modificar nuestros pensamientos a la luz de lo que los otros tienen para decir, son aspectos vitales en el desarrollo moral y ético. Debajo del diálogo, y de algún modo sosteniéndolo, están los tiempos del silencio, y señalan que la participación en el diálogo implica conocer cuándo

y cómo escuchar. Para que un individuo o toda la comunidad aprendan la importancia de escuchar, deben aprender a valorar el silencio y ver el papel que este desempeña en el diálogo en desarrollo. El silencio puede ser considerado un aspecto del crecimiento cognitivo, como el respeto por las personas: escuchamos a los demás porque queremos construir sobre sus pensamientos y porque valoramos lo que tienen por decir. El silencio puede ser un indicador del compromiso del propio grupo con el pensamiento, hacer una pausa para reflexionar, examinar con prudencia, preguntarse y considerar cómo seguir adelante. Así, continúan señalando que el silencio no es precisamente un fenómeno de grupo; opera en el ámbito de los individuos y solamente puede ser interpretado con propiedad en el contexto de las necesidades y la participación de cada persona en la actividad que se desarrolla. El silencio por parte de uno o dos participantes es difícil de manejar, por ser esencialmente ambiguo. Es difícil saber exactamente lo que ocurre con quienes permanecen callados durante un diálogo. Puede ser que sean tímidos, o que tengan miedo de expresar sus puntos de vista, o que estén aburridos o interesados en lo que se esté tratando, o simplemente que no tengan nada por decir. También, podría ser que estuvieran contemplando, examinando con cuidado lo que ocurre en el diálogo.

Corresponde al agente externo (educador/equipo de salud) interpretar los momentos específicos del silencio y, desde ellos, poder encontrar formas de comunicarse con todos y cada uno de los integrantes del grupo. Para poder interpretar las oportunidades del silencio se necesita ser muy respetuoso y estar atento a lo que sucede en el grupo; el lenguaje del cuerpo y otras señales no verbales pueden ser de utilidad, y podría ser apropiado responder a un silencio elocuente de un miembro del grupo con una señal de aliento o una sonrisa de reconocimiento. Por otro lado, con un miembro del grupo cuyo silencio oculta una inhabilidad o resistencia a participar más abiertamente, podrían ser efectivos los intentos de articular lo que él no dirá o no podrá decir por sí mismo. Los agentes externos (educadores/equipo de salud) deben estar alertas para contener a aquellos cuya participación abierta es penosa o temible.

2. *La participación.* En este proceso todo comienza con la participación en la palabra, en el diálogo y en las decisiones, la forma de trabajo se dirige en el sentido de considerar lo participativo como situación grupal, la característica que distingue el método del trabajo con grupos se fundamenta en las relaciones del grupo; la calidad del trabajo de grupo surge de la relación entre los miembros, y entre estos y el educador/equipo de salud que interviene en el proceso de interacción.

La constitución de grupos con fines educativos se sustenta en la teoría del aprendizaje en interacción, no solo con el agente externo (educador/equipo de salud) como conductor del proceso, sino por la relación entre iguales, por medio de la cooperación y de la comunicación. Cada persona aporta al grupo su propia personalidad, sus temores, expectativas, que a su vez interactúan con el resto de los miembros, al aportar cada uno de ellos, de la misma manera, su propia personalidad. Todo ello ayuda a construir o a modificar el conocimiento, basándose en las interacciones que se producen entre los integrantes del grupo; esto permite y potencia las decisiones colectivas por el aporte de todos, al tiempo que facilita la creación por el esfuerzo conjunto. Por eso, la interacción es potencialmente generadora de conocimientos y logra conjuntar energía para la realización de una tarea. En las reuniones de reflexión se da una vida política en la medida en que tiene lugar la participación del saber, del pensamiento y de los proyectos. Por medio de un proceso de aprendizaje mutuo y reflexivo, las personas desarrollan capacidades para definir sus problemas y necesidades (Turabian y Pérez, 1998).

3. *El grupo o comunidad.* La investigación-acción participativa se da en el contexto del grupo o de la comunidad, que deben ser entendidos como espacios e instrumentos pedagógicos, ya que en ellos y por ellos se logra:
  - Una conciencia cada vez más crítica: se aprende a participar, a entrar en el juego de dar y recibir, de hablar y escuchar, de actuar y ser movido; en síntesis, de asumir el propio lugar y el papel en la transformación colectiva de la realidad.

- El ser solidario; esto quiere decir que se adquiere conciencia de clase y se construye la unión en torno a un mismo proyecto de base.
- La movilización, ya que se descubren, se asumen y se enfrentan los desafíos comunes. De esta forma, el grupo o la comunidad constituyen el espacio donde se puede aprender la importancia del grupo como unidad pedagógica, de constituirse en actor de la propia conciencia, y de su propia existencia.

Por ello, la *comunidad* es entendida no como la sumatoria de las características individuales, sino como un conjunto humano sociohistóricamente determinado, asentado en un área geográfica específica, cuya movilidad y proceso de cambio se ve ligado con la lucha de clases.

4. *El agente externo.* Esta metodología participativa se apoya en la presencia del educador en el contexto comunitario, como un procedimiento metodológico más adecuado para captar e interpretar el flujo de significados e interacciones que se generan, intercambian y negocian. El agente externo (educador/a/equipo de salud) se utiliza a sí mismo, y de la misma forma utiliza sus capacidades de análisis, crítica y empatía como instrumentos de investigación (Montero, 1998).

Durante las reuniones, es el agente dinamizador de la palabra colectiva, su importancia está dada en estimular la participación de todos en el diálogo, propiciando que la palabra corra libremente, al animar el debate, motivar a los miembros del grupo a participar expresando en forma oral sus ideas; al animar a escuchar y respetar los tiempos de intervención de los participantes; a hilvanar sus pensamientos e ideas en una forma coherente. De esta manera, su papel principal es hacer preguntas; estas deben ayudar al grupo a ver el mundo que los rodea como una situación que les reta a cambiarla, no como algo intercambiable y fuera de su control. La discusión que propician los agentes externos (educador/a/equipo de salud) en el grupo tiene tres objetivos principales: *a)* despertar conciencia en cuanto a su valor personal y su poder de grupo; *b)* ayudar a las personas a examinar, analizar y tomar medidas para cambiar una situación, y *c)* ayudarles a adquirir los instrumentos y habilidades que necesitan

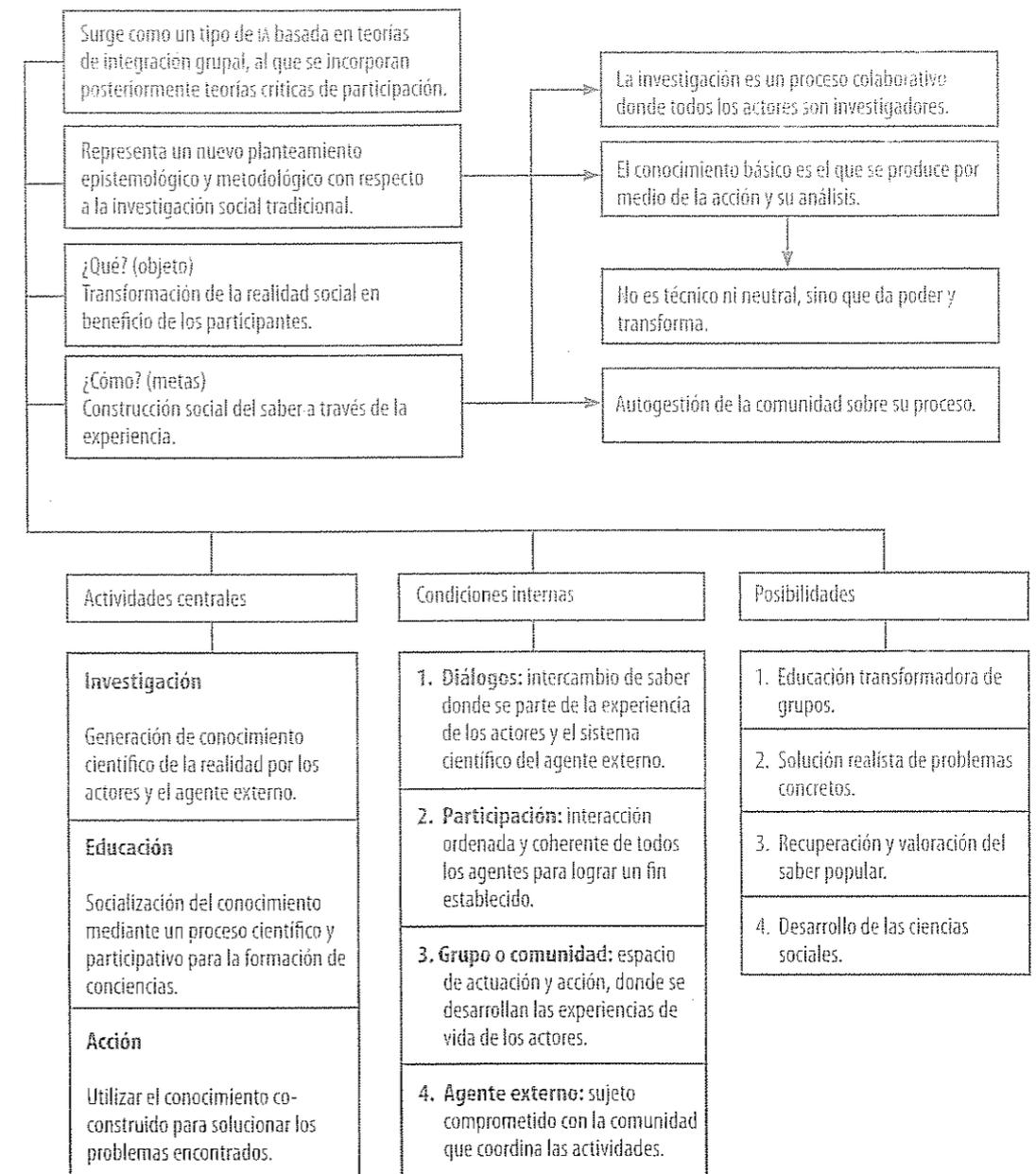
para tomar el control de su salud y de su vida. El agente externo (educador/a/equipo de salud) es un articulador que, visto de esta forma, coordina a las personas entre sí y también con el tema de la vida o de la praxis. Puede provocar a la comunidad a dar un salto adelante, especialmente en el momento de la decodificación o comprensión crítica y sistemática de la realidad, al hacerse parte del grupo y de su caminar; el educador/equipo de salud puede y debe contribuir al crecimiento de la comunidad, por medio de lo que él mismo ve y sabe. Por ello debe tener presente que puede tener el poder y la autoridad para sofocar las ideas que surjan en el momento, expresadas por cada uno de los miembros del grupo, o para encauzar estos pensamientos hacia el camino de la transformación.

### Posibilidades de la investigación-acción participativa

A partir de lo anteriormente expuesto, las posibilidades de la investigación-acción participativa se pueden tipificar en cuatro:

- La primera posibilidad es educativa, como enseñanza en la aplicación del proceder científico para la transformación de los grupos marginados.
- La segunda consiste en las acciones dirigidas a la solución de los problemas, pero sistematizadas e integradas a un proceso estructurado científico. Lleva, entonces, la connotación de acciones sólidas, realistas, coordinadas y fundamentadas.
- La tercera se presenta cuando la investigación-acción participativa propicia la recuperación y valorización del saber popular, entendiendo “el conocimiento práctico, vital empírico, que ha permitido al pueblo sobrevivir, interpretar, crear, producir y trabajar, conocimientos que cuentan con su propia racionalidad, su propia estructura de causalidad” (Fals Borda, 1985).
- En la cuarta, la investigación-acción participativa puede ir más allá, puede contribuir al avance de la ciencia social, puede corroborar y, así, añadir fuerza, o también cuestionar y crear preguntas al acervo de dicha ciencia.

Figura 8. Investigación-acción participativa



Fuente: Murguía, 2013.

Lo prioritario es la dialéctica que se establece en los agentes sociales, entre unos y otros; es decir, la interacción continua entre reflexión y acción, una visión pragmática del mundo social, donde lo fundamental es el diálogo constante con la realidad para intervenir en su transformación. Así, el hilo conductor de la investigación-acción participativa debe plantearse como un proceso cíclico de reflexión-acción-reflexión, en el que se estructura la relación entre conocer y hacer, entre el sujeto y el objeto, de manera que con cada paso se vaya configurando y consolidando la capacidad de autogestión de los implicados.

Bajo esta perspectiva, es imposible e inconveniente crear un modelo o esquema metodológico cerrado, a modo de recetario, que nos vaya marcando el paso de lo que debemos hacer en cada momento. Más bien, debemos plantear algunos criterios que nos hagan avanzar, de acuerdo a Montero (1984), en la creación de un "contexto investigativo más abierto y procesual, de modo que los propios resultados de la investigación se reintroduzcan en el mismo proceso para profundizar en la misma".

La participación en el proceso de investigación-acción participativa no es una posibilidad que se da a la comunidad, sino que se hace realidad el derecho de todos a ser sujetos de historia, o sea, sujetos de los procesos específicos que cada grupo va llevando adelante. La meta es que la comunidad vaya siendo la autogestora del proceso, al apropiarse de él, y teniendo un control operativo (saber hacer), lógico (entender) y crítico (juzgar) de él.

### Elementos compartidos: investigación-acción, investigación participativa, investigación-acción participativa

En general los enfoques participativos pueden definirse como procesos de investigación y de aprendizaje donde investigadores e investigados juegan un papel importante en el descubrimiento y análisis de la realidad, así como la puesta en marcha de alternativas que den respuesta a los problemas que su entorno plantea, esto es, a través de elementos que caracterizan estas propuestas:

- *La participación:* Supone el involucramiento de investigadores y de la población (como agente activo en el conocimiento y la transformación de su propia realidad) en un proceso dinámico que involucra tanto un trabajo individual como uno grupal. A través de la participación y de la reflexión se plantean tanto los problemas de interés como las expectativas colectivas, se logra una mayor comprensión de los problemas estudiados y se propicia la sistematización de las experiencias vividas. Esto enriquece la perspectiva teórica del investigador, propicia el crecimiento personal y grupal y conduce a la construcción de alternativas de solución concretas.
- *El diálogo:* La conversación o las experiencias transmitidas verbalmente, son algunos de los términos que describen la forma en que se realiza el trabajo de todos los miembros de un grupo desde los enfoques participativos, con el fin de lograr mayor claridad del problema planteado y la sistematización del conocimiento que lleva a la acción. Este diálogo no es un hablar por hablar, ni tampoco hablar desde roles especializados o dependientes, sino que es un proceso de comunicación circular útil al trabajo colectivo, que no desestima ninguna opinión o sugerencia de los miembros y que permite la revisión de los marcos referenciales y el crecimiento individual y grupal.
- *La democratización del trabajo grupal:* A diferencia de otras propuestas, la investigación con enfoque participativo sostiene que el liderazgo democrático es esencial en este proceso. Únicamente a partir de esta condición se pueden propiciar discusiones dialógicas que permiten integrar tanto lo teórico como el conocimiento práctico que se construye en el seno del grupo, como base de las decisiones y acciones futuras. Se trata de un proceso grupal donde las relaciones se dan entre iguales (investigador/educador y educandos), con un liderazgo compartido en la tarea, lo cual se convierte en un proceso formativo. Supone un aprendizaje y una investigación horizontales.
- *El análisis:* Este elemento es también condición indispensable en la investigación con enfoque participativo, hay que señalar que cada propuesta (investigación-acción, investigación participativa, investigación-acción participativa) establece formas particulares

para analizar los problemas colectivos, que a su vez responden a diversos niveles de explicación. Algunos tratan los problemas con un enfoque psicológico, otros lo hacen desde una perspectiva político-social más amplia (investigación-acción participativa).

- *La acción:* Entre la reflexión y la acción existen relaciones muy estrechas, que en conjunto coexisten y se potencializan mutuamente. Pero refiriéndose al tipo de acción como producto o resultado de todo proceso de la investigación participativa y del trabajo horizontal, la acción se traduce en una mejor comprensión de los medios y de las posibilidades para lograr el cambio. Esto permite a su vez alcanzar grados de productividad o de acción, mayores a aquellos que se generan desde relaciones verticales o individualistas, propias de los procesos tradicionales. En este sentido, es importante reconocer que cada grupo se integra a la tarea o a la acción colectiva según su propia operatividad, es decir, de acuerdo con sus características específicas, sus procesos diferentes y por lo tanto en tiempos diferentes.

Por ello tanto en el análisis de estos procesos como en la búsqueda de estrategias para potencializarlos, se utilizan comúnmente modelos que han sido propuestos por los psicólogos: Mailhiot (1980), Pichón-Rivière (1985), Bauleo (1974), entre otros, quienes demuestran que no hay creatividad duradera ni productividad al nivel tarea en un grupo que no haya logrado integrarse como tal.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> El modelo de Bernard Mailhiot incluye tres fases para el análisis del proceso grupal: la individualista, la de identificación y la de integración. La propuesta de Pichón-Rivière, desde una perspectiva psicoanalítica, incluye tres momentos: pretarea, tarea y proyecto; en el primero se visualizan, entre otros aspectos, las resistencias, el trabajo individual y una productividad casi nula; en el segundo, el momento en que se elaboran y superan resistencias que permiten una productividad media; y el último, donde se observa que el grupo ha logrado el sentimiento de pertenencia y se plantea objetivos para realizar cambios. Bauleo propone tres etapas: indiscriminación, discriminación y síntesis, en la teoría de los grupos operativos.

## Investigación participativa/investigación-acción participativa y la educación popular

La investigación-acción participativa y la educación popular tienen una serie de coincidencias significativas:

- Ambas se conciben como un proceso de descubrimiento, creación y recreación de conocimiento.
- Ambas asumen como fundamental el conocimiento que los participantes han adquirido por su experiencia, así como los valores y riquezas de expresiones culturales propias de las clases populares.
- Ambas se conciben como procesos que deben responder a las necesidades concretas de un grupo, sector social o comunidad.
- Ambas buscan realizar una estrecha articulación entre la teoría y la práctica.
- Ambas buscan fortalecer la organización popular y se conciben como procesos orientados hacia una acción transformadora.
- Ambas pretenden impulsar al máximo la participación de los actores de base, eliminando, en un caso, la distancia entre sujeto investigador y objeto de investigación; en el otro, la distancia entre sujeto educador y objeto de la educación.
- Ambas se conciben como procesos permanentes y no desligados de la vida práctica cotidiana de las clases populares.
- Ambas se orientan a ser procesos sistemáticos, que deben llevarse a cabo con un ordenamiento lógico y una rigurosidad científica que los haga eficaces.
- Ambas pretenden ser procesos que en manos de los sectores populares les permita ser sujetos históricos.

## Vinculación de la educación para la salud y las intervenciones participativas

Diversos estudios han mostrado que los distintos grupos sociales presentan patrones diferentes de desarrollo, así como diferencias significativas en el entendimiento del proceso salud/enfermedad y la forma de actuar

ante dicho proceso. La salud y la enfermedad comprenden fenómenos clínicos y sociológicos vividos culturalmente, por ello ambas son categorías que traen una carga histórica, cultural, política e ideológica. Por eso solo pueden ser entendidas dentro de una sociología de clase. La posibilidad de incidir en las transformaciones de orden estructural, en base a las relaciones y vínculos del ámbito estructural, conduce a la necesidad de plantearse prácticas participativas en educación.

El cuestionamiento del sistema social, visto globalmente como causa de situaciones injustas, da lugar a que cobre fuerza el paradigma crítico, emancipatorio o participativo. De acuerdo a este paradigma los acontecimientos en educación para la salud no pueden ser entendidos si no se sitúan en su contexto sociohistórico, que no puede ser objetivo, sino que se encuentra lleno de intereses que necesitan del razonamiento dialéctico para su comprensión y de la participación para su transformación. Sobre este particular, se hace necesario señalar que el entendimiento de la actividad humana como reflejo de la vida, interpretar su contexto<sup>15</sup> y las situaciones en las que se encuentra, y dominar su lenguaje, todo eso, no puede ser llevado a cabo sin la vinculación y participación de los sujetos que la generan, siendo necesario, por consecuencia, acercarse a aquellos que la realizan; sólo cuando podemos entender, podemos acercarnos a la posibilidad de cambio.

A partir de este señalamiento cobra más sentido el vincular la participación al área de la educación para la salud, terreno en el cual ofrece una posibilidad de trabajo diferente, en cuanto a la forma de participación comunitaria y de rescate del conocimiento popular, de la manera de enfrentar la enfermedad y de actuar ante las condiciones que la determinan. Al respecto Briceño León (1996) menciona que el objetivo de la educación para la salud no es cubrir vacíos de ignorancia, sino transformar los llenos cognitivos y conductuales existentes en los individuos. Por ello es muy importante conocer los saberes y las prácticas previos. Trabajar los saberes en forma de ideas, de prácticas o de "habitus" implica una acción crítica, pero al mismo tiempo respetuosa.

<sup>15</sup> El contexto no sólo consiste en cierta ubicación física o temporal; Frederick, Erickson, Jeffrey y Shultz sugieren que el contexto se refiere a lo que la gente hace, dónde, cuándo y cómo lo hace.

La investigación-acción participativa y la educación popular parecen la mejor alternativa metodológica, en primer lugar, porque nos interesa el conocimiento no en sí mismo, sino como forma de comprensión de la realidad para la acción. En segundo lugar, porque queremos aproximarnos a la realidad tal como es y desde el punto de vista de los sujetos que la viven y no desde la concepción del investigador. Y por último, porque nos interesa generar conocimiento significativo para una práctica educativa popular.

### Consideraciones a este apartado

Es posible entender las metodologías participativas como un conjunto de procedimientos en el proceso de tomar parte en las decisiones.

La participación entendida como un derecho de cada miembro del grupo a intervenir en las acciones que sean necesarias, tiene como objetivo general la expresión de necesidades sentidas, defender intereses comunes e influir en las medidas y acciones que afectan la realidad del sujeto. Supone el involucramiento del educador/equipo de salud como agente externo y de la población como agente activo en el conocimiento y la transformación de su propia realidad, en un proceso dinámico que involucra tanto el trabajo individual como el grupal.

La participación puede asimismo definirse como un proceso de investigación y de aprendizaje en el que el educador/equipo de salud y la población/educandos juegan un papel importante aportando sus respectivos marcos de referencia en el descubrimiento y análisis de la realidad del problema, cuyo resultado contribuye a comprender o asumir conciencia de la naturaleza de los problemas y de los cambios posibles para superarlos, en la construcción de alternativas de solución concretas, así como en la puesta en marcha de alternativas que den respuesta a los problemas que su entorno plantea.

Esto es realizado a partir de la reflexión, la participación, la investigación, el diálogo y el trabajo grupal, que constituyen los elementos que caracterizan esta propuesta. Ello implica por consecuencia, siguiendo a Briceño León, que el proceso educativo no debe ser unidireccional, ya que no hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben co-

sas distintas. Ambas parten generan un compromiso de transformación de sus propios saberes. Briceño León (1996) señala que “cuando uno asume una experiencia de trabajo con la población, al final del proceso ese grupo o esa comunidad se ha transformado, pero uno también ha cambiado”.

Si ambos (educador/equipo de salud y población/comunidad) saben, el proceso educativo es entonces un proceso de diálogo entre saberes, y un proceso de diálogo es un proceso participativo, y la educación debe ser participativa en sí misma. No es posible enseñar o inducir a la participación sin que el proceso mismo sea participativo, en una situación de equilibrio, cuidando que no haya sometimiento ni predominio de una de las partes, y confrontar los saberes sin dominación y sin sometimiento.

Por su parte, dialogar se entiende como una confrontación de los saberes sin dominación y sin sometimiento, significa hablar como iguales en un intercambio no solo de información, sino de sentimientos y valores. El diálogo es un modo de descubrir cómo un problema se comparte, cómo se relacionan las vidas y las bases comunes para la acción. El diálogo, según Habermas (1984, 1976), remite a la situación en que los actores tratan de alcanzar un entendimiento sobre su posición común y sus planes de acción.

Cabe señalar que superar el tipo de relación interpersonal de los procesos educativos convencionales con el fin de realizar un proyecto de intervención educativa desde una perspectiva participativa y democrática, no es una tarea fácil. La educación en sus formas convencionales se basa en la concepción de que los especialistas son quienes saben y gozan necesariamente de un estatus diferente al de los sujetos, quienes pasivamente “deben ser enseñados”, considerando a los profesionales como fuente de respuesta a la problemática. En ambos casos, la transformación implica reconocer a la población como coautor de los procesos de aprendizaje, ya que las personas, el grupo o la población pueden aportar ya sea información acumulada, o su experiencia cotidianamente vivida, tanto para problematizar, como para encontrar y plantear posibles vías de solución. Esta ruptura de la formas convencionales de la educación permite el restablecimiento del diálogo entre iguales en el proceso participativo, tiene además importantes efectos terapéuticos porque posibilita la resolución de las

incongruencias entre el pensar, el decir y el hacer, y por lo tanto, el enriquecimiento personal, grupal y una mayor productividad colectiva, pero que sin embargo tiende a provocar la aparición de resistencias y temores tanto por parte de los educadores(as)/equipo de salud, como por parte de los demás participantes. La participación tiene relevancia tanto por su valor instrumental como por su capacidad de fomentar la cooperación y la solidaridad entre los distintos grupos sociales que comparten determinados intereses, permite el desarrollo pleno de la experiencia y del conocimiento del hombre.

La acción educativa tiene un doble propósito: hacer énfasis en la relación que existe entre lo que él o ella hagan y lo que pueden obtener para su propio beneficio; pero al mismo tiempo desarrollar los mecanismos de cooperación y de construcción de solidaridad que pueden hacer posible la acción colectiva, para la construcción de una sociedad más justa.

Las funciones de los procesos participativos son a la vez cognitivas y transformadoras, producen conocimiento y lo vinculan simultáneamente a la acción. Sus actividades tienden a que los integrantes del grupo logren una serie de competencias dirigidas a varios niveles:

#### 1. Al nivel cognoscitivo

- Expresen el problema de salud: acontecimientos, fenómenos, usos reglas, formas de abordarlo.
- Sean capaces de distinguir: características, propiedades, formas de manifestación del problema, factores de riesgo.
- Definan el problema en su complejidad: factores físicos, psicológicos y sociales del problema.
- Puedan identificar: factores de riesgo, medios por los cuales se adquiere, elementos de protección.
- Relacionen el problema con sus modos de vida: ejemplificar estilos de vida y factores de riesgo.

#### 2. Al nivel de comprensión

- Expliquen con sus palabras el problema: teorías, significados, métodos.
- Interpreten las relaciones causales.
- Denuestren efectos y consecuencias.

### 3. Al nivel de aplicación

- Organicen métodos de trabajo y actividades.

### 4. Al nivel de análisis

- Clasifiquen las ideas, conclusiones e interrelaciones.
- Analicen argumentos, elementos, ideas, relaciones de causa-efecto, organizaciones y hechos.
- Deduzcan conclusiones, relaciones de causa-efecto, evidencias.

### 5. Al nivel de acción

- Reclamen cambios en el contexto que influye en el problema: esfuerzo, organización, sistema, justicia, ayuda, solidaridad, aceptación.

### 6. Al nivel del terreno afectivo

- Expresen emociones y opiniones.
- Escuchen argumentos de sus compañeros.
- Compartan amistades, trabajos, éxitos, fracaso, esfuerzos.
- Aprendan a manejar los errores: encuadrarlos, aprender de ellos.
- Mejoren las propias competencias en trabajos y esfuerzos.

Los procesos participativos tanto de la educación popular como de la investigación-acción participativa no están restringidos a una práctica educativa con adultos, sino también a la educación infantil.

En síntesis, en la educación para la salud, las acciones desde la perspectiva de la procesos participativos constituyen un recurso pedagógico relacionado con la capacidad de organizar a la población en torno a los problemas que la afectan, de fomentar su participación en la identificación de estos, en la formulación de alternativas de solución, así como en la planeación, ejecución y evaluación de los logros alcanzados, de un modo activo y autogestor, a fin de conseguir que la población asuma una conciencia de la realidad y se comprometa en acciones de cambio (Kroeger, 1987; Zakus, 1988; Agudelo, 1990; Valadez, 2004). Esta acción va más allá del depósito de contenidos educativos, y se ubica en el terreno de la praxis social, que implica un proceso educativo en la interacción mediante la reflexión, la acción individual y la social, que lleve al cambio, al mejoramiento consciente de las condiciones de vida.

Bajo esta óptica el aprendizaje en salud debe ser visto como un proceso grupal activo que tenga como objeto generar elementos necesarios para propiciar que se asuma en lo individual y en lo colectivo una conciencia del sí mismo, de grupo y de lo social, una postura reflexiva, crítica y creativa, una cultura de fomento a la salud y de prevención de problemas o enfermedades, y el ejercicio de una práctica transformadora del proceso salud/enfermedad.

## Consideraciones finales

La nueva manera ecológica y global de entender la salud permite abordarla en su totalidad e incidir educativamente para afrontar los problemas suscitados en todos los contextos vitales. Al afrontar la relación entre los factores sociales salud y enfermedad, el educador en salud/equipo de salud se adentra en relaciones de mayor complejidad, tales como la influencia de la enfermedad o la salud sobre las conductas y viceversa, visto esto como una dependencia recíproca que a la vez es influida por la relación del hombre con su entorno social, por la posición socioeconómica que ocupa en este entorno y por su conducta social propiamente dicha. Esta forma de apreciar la salud tiene importantes implicaciones prácticas, puesto que significa la creación simultánea de formas de comportamiento individual y colectivo tendientes a modificar el entramado vital y social, conformándolo con la ayuda de los agentes sociales profesionales que intervienen en él.

Si la protección y la promoción de la salud humana es el objetivo de los procesos educativos para la salud, se trata pues de plantear, hacer aceptables y aplicables pautas que establezcan los contenidos de una nueva cultura de la salud, que se traduzcan en un conjunto de prácticas e ideas en torno a la mejora de la calidad de vida de los miembros de nuestra sociedad. En este sentido la educación para la salud deja de constituirse esencialmente en transmisora de información sobre la salud; por supuesto que la información es una parte importante de la educación para la salud, pero esta debe ocuparse también de otros factores que afectan el comportamiento humano y que determinan los niveles de salud de las personas.

Cabe situar que la educación en salud es un proceso de naturaleza social, que no se puede prever del todo antes de realizarla, de ahí que debe ser abierta y flexible. Este carácter suyo obliga a clarificar las ideas y pretensiones de las que se parte, para tratar de mantener coherencia desde que se plantea una meta hasta las prácticas educativas que se realizan.<sup>1</sup>

No obstante, las acciones educativas exigen una adecuada programación que parta de:

- Un profundo conocimiento de la población a quien va a dirigirse la acción.
- La delimitación y formulación del problema sobre el que se va a trabajar.
- La definición de los objetivos que se pretenden alcanzar.
- Los contenidos y recursos disponibles y necesarios.
- La utilización de metodologías de trabajo.
- La necesidad de evaluar la pertinencia tanto del proceso como de los resultados del o los programas aplicados.

Consideramos imprescindible tomar en cuenta que existen múltiples maneras de entender a la educación para la salud, no olvidemos que es una práctica antigua que ha variado en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico, como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación al concepto de salud dominante y a la manera de ejercer la práctica educativa y de salud. Esto ha determinado que existan definiciones que aluden a perspectivas teórico-ideológicas incluso antagónicas, en la forma de llevarla a la práctica. Perspectivas que van desde una orientación que pone énfasis en las conductas individuales, hasta otra más ambiental y de delegación de poderes, que eleva la participación comunitaria por encima de los estilos de vida e incluye el cambio social.

De acuerdo a esto, la educación para la salud puede ser entendida como la transmisión y recepción pasiva de conocimientos, para paliar problemas concretos del ámbito de la enfermedad o como elemento cen-

<sup>1</sup> La educación para la salud parte del interés de una perspectiva abierta y comprensiva, desde esta forma se entiende el proceso educativo como un proceso único, aunque con numerosas variantes adaptativas.

tral y prioritario para el desarrollo nacional en salud. En lo particular, se considera que la información en salud puede contribuir a dar solución a algunos problemas, pero la principal razón de la educación para la salud no es informativa. Su importancia debe radicar en generar elementos positivos que potencialicen la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva, e incidir desde una perspectiva global y sistemática en todos los contextos en que se relaciona la persona y en todas las etapas vitales, con el objetivo de capacitar a los individuos en la libertad o en la restricción, en la pasividad o en el empoderamiento. En consecuencia, determina hacia dónde se dirigen los esfuerzos del educador/equipo de salud, lo que implica a su vez el papel que asume el educando.

En esta misma perspectiva, en el proceso de formación académica los ejes y líneas de formación profesional deben partir del “para qué” y consecuentemente del “cómo” formamos futuros profesionales en el campo de la educación para la salud; situación que remite a un primer cuestionamiento: *¿Desde qué postura teórico conceptual estoy considerando a la educación para la salud?*

Visto en estos términos, es a partir de la postura asumida como se determinan los componentes curriculares, cuáles son los principios, contenidos, estrategias y metodologías de aprendizaje que se consideran relevantes en la formación del recurso humano. Ignorar las características y la argumentación paradigmática en la interpretación de la situación educativa para la salud puede provocar tropiezos y errores de diversa magnitud.

Cuando las distintas concepciones educativas para la salud y sus aplicaciones prácticas se adoptan a ciegas y cuando se pretende integrarlas (hay muchas manifestaciones explícitas o implícitas de mezclas de los modelos educativos) con buena intención pero sin argumentos sólidos, se corre el riesgo de seguir criterios puramente pragmáticos y de caer en eclecticismos simples que muchas veces en vez de constituir propuestas de amplio alcance, sólo tienen un valor limitado.

Elegir un método educativo debe suponer previamente la elección de una concepción de la educación, conocer los modos de acción y reacción de sus destinatarios, así como los efectos que puede producir. El proceso metodológico se constituye como elemento neurálgico de la tarea educativa y no solo como procedimiento o instrumento, ya que las dificultades que se plantean en la educación para la salud no vienen únicamente del

hecho de una simple definición o de hacer un programa, sino de la coherencia interna en la línea metodológica.

Los diversos paradigmas determinan las interpretaciones y las prácticas de la educación para la salud, y por ende, deben ser referentes explícitos en cada caso, para el estudio de las evidencias de su efectividad. En este panorama se vuelve necesaria la reflexión sobre las concepciones acerca de salud, implícitas en las acciones, actividades y programas desarrollados en y desde el ámbito educativo.

Frente a todo lo anteriormente expuesto surge la consideración de dos reflexiones importantes:

1. La primera respecto a la necesidad de una formación y preparación profesional del educador/equipo de salud, como un elemento esencial para el desempeño correcto y eficaz de un ejercicio profesional de calidad; sin ella difícilmente se pueden plantear objetivos profesionales para resolver un problema o satisfacer una necesidad, es imprescindible incluso un condicionante, disponer de una formación suficiente y de calidad, coherente con las funciones y el papel de estos profesionales.
2. Otro aspecto sobre el que es importante reflexionar se refiere a las diversas bases teóricas y metodológicas que desde diferentes ciencias y disciplinas confluyen en el diseño y aplicación de programas y proyectos de educación para la salud y que han aportado y enriquecido las bases teóricas, metodológicas y operativas de la misma. Sin embargo, en la práctica, generalmente estas disciplinas no son motivo de interés para el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes del personal de salud, en el terreno operativo el estudio y la incorporación de las aportaciones de estas disciplinas se minimizan y las prácticas educativas se concretan a la aplicación sistemática e intuitiva de algunas técnicas o dinámicas grupales descontextualizadas de los enfoques teórico-metodológicos que están detrás de ellas.



## Referencias bibliográficas

- Adam, F. (1977). *Metodología andragógica*. Caracas: Anea Fidea.
- Agudelo, C. (1983). Participación comunitaria en salud: conceptos y criterios de valoración. *Bol. Oficina Sanit. Panam.* 95(3): 205-216. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v95n3p205.pdf>
- Agudelo, F. (1990). Orientación biosocial de la educación en salud en la sociedad. *Educ. Med. Salud* 24(2):103-114.
- Aguilar Idáñez, M. J. (2001). Aspectos históricos y conceptuales de la participación comunitaria en salud. *La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?*, pp. 3-17. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Aguilera, M. A., Pozos, E. y Acosta, M. (2009). Introducción a los fundamentos filosóficos, teóricos y didácticos de las prácticas educativas en salud ocupacional. En: M. G. Aldrete, *Educación para la salud ocupacional: proceso y estrategias*. Guadalajara: Pienso en Latinoamérica, Programa de Investigación en Salud Ocupacional CYTED-RIPSOL.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1974). *Factors influencing intentions and the intention behavior relation*. Nueva York: Human Relations.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Alcover, C. M. (1999a). Aspectos temporales: formación, desarrollo y socialización de grupo. En: F. Gil y C. M. Alcover (coords.), *Introducción a la psicología de los grupos*. Madrid: Pirámide.
- \_\_\_\_ (1999b). Ámbitos de aplicación de los grupos. En: F. Gil y C. M. Alcover (coords.), *Introducción a la psicología de los grupos*. Madrid: Pirámide.
- Aldana, C. y Núñez, C. (2002). Educación popular y los formadores políticos. *Cuadernos de formación para la práctica democrática 2*. Guatemala: Instituto Centroamericano de Estudios Políticos.

- Álvarez Méndez, J. (1987). Dos propuestas contrapuestas sobre el curriculum y su desarrollo. *Revista de Educación* 282, enero-abril. Madrid. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=P674xn43RkkC&pg=PP2&lp=PP2&dq=Revista+de+Educaci%C3%B3n+282,+enero-abril&source=bl&ots=zeKI9zpdHH&sig=DEgiMGogePi1GzZDwLgHJMn9eHs&hl=es&sa=X&ved=0CBwQ6AEwAGoVChMIgayHIoSzxwIVgYuSCh2vxgzJ#v=onepage&q&f=false>
- Ander Egg, E. (1992). *Reflexiones en torno a los métodos de trabajo social*. México: El Ateneo.
- Andreu, C. (2008). Desarrollo comunitario: estrategias de intervención y rol de la educadora social. *Revista Educación Social*. Recuperado de: [www.eduso.net/res/?b=10yc=90yn=252](http://www.eduso.net/res/?b=10yc=90yn=252)
- Araujo, J. y Chadwick, C. (1988). *Tecnología educacional: teorías de instrucción*. Barcelona: Paidós Educador.
- Arnal, J. (1992). *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor.
- Arnstein, S. (1969). Ladder of citizen participation. *AIP Journal*, pp. 216-24. Recuperado de <https://www.planning.org/pas/memo/2007/mar/pdf/JAPA-35No4.pdf>
- Bandura, A. (1969). *Principios de modificación de la conducta*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- \_\_\_\_\_. (1973). *Agression: asocial learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- \_\_\_\_\_. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood, Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- \_\_\_\_\_. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- \_\_\_\_\_. (1990). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barreiro, J. (1974). *Educación popular y proceso de concientización*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bauleo, A. (1974). *Ideología, grupo y familia*. Buenos Aires: Kargieman.
- Becker, G. S. (1983). *El capital humano*, segunda edición. Madrid: Alianza Editorial.
- Bertoglia Richards, L. (1990). *Psicología del aprendizaje*. Antofagasta: Universidad de Antofagasta.
- Biesta, G. (1995). Education/Communication: the two faces of Communicative Pedagogy. *Philosophy of Education*. Urbana-Champaign, IL: Philosophy of Education.
- Bisquerra, R. (1996). Investigación-acción. *Métodos de investigación educativa*, pp. 280-281. Barcelona: CEAC.
- Bitzer, O. (1993). Educación de adultos; un enfoque androgénico. *Educar* 1(2). Guadalajara.
- Bleger, J. (1985). *Temas de psicología (entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Boladeras, M. (1996). *Comunicación, ética y política. Habermas y sus críticos*. Madrid: Tecnos.
- Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud* (1984). Informe oficial 183 del Director de Educación para la Salud y participación comunitaria, 1978-1981. *Bol. Oficina Sanit. Panam.* 96(4): 314-25.
- Bolívar, A. (1995). *La evaluación de valores y actitudes. Hacer reforma*. Madrid: Anaya.
- Bonfiglio, G. (1982). *Desarrollo de la comunidad y trabajo social*. Lima: Ediciones CELATS.
- Bosco, J. (1976). *Educación liberadora: dimensión teórica y metodológica*. Buenos Aires: Búsqueda.
- Bradf Hill, A. (1992). Ambiente y enfermedad: asociación o causación. *Bol. OPS.* 113(3). Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v34n2/v34n2a15>
- Bransford, J. D. y Stein, B. S. (1986). *Solución ideal de problemas. Guía para mejor pensar, aprender y crear*. Barcelona: Labor.
- Briceño León, R. (1996). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública* 12: 7-30. Río de Janeiro. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n1/1594.pdf>
- \_\_\_\_\_. (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (suplemento 2): 141-147. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000600013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000600013)
- \_\_\_\_\_. (comp.). (2001). *Violencia, sociedad y justicia en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- Briones, G. (2002). *Epistemología de las ciencias sociales*. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior-Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social / ARFO Editores e Impresiones Colombia.
- Bruner, J. (1978). *El proceso mental en el aprendizaje*. Madrid: Narcea.

- Bunge, M. (1978). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- Burbules, N. y Bruce, B. (2001). Theory and research on teaching as dialogue. En V. Richardson (ed.). *Handbook of research on teaching*, 4ª edición. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência y Saúde Coletiva* 5(1): 163-178. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>
- \_\_\_\_ (2003). Uma introdução ao. Conceito de Promoção à Saúde. En: D. Czesnia y C. M. Freitas (organizadores), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Caparrós, A. (1980). *Los paradigmas en psicología. Sus alternativas y crisis*. Barcelona: Horsori.
- Carr, W. y Kemmis, S. (1986). *Teoría crítica de la enseñanza. La investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.
- Carr, W. y Kemmis, S. (1988a). *Hacia una ciencia crítica de la educación*. Barcelona: Leartes.
- Carr, W. y Kemmis, S. (1988b). *Teoría crítica de la enseñanza*. Madrid: Martínez Roca.
- Castro, R. y Hernández, I. (1993). Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar. *Revista Salud Pública de México* 35(4): 376-392. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/106/10635408.pdf>
- Cattell, R.B. (1971). *Abilities: their structure, growth and action*. Boston: Houghton-Mifflin.
- \_\_\_\_ (1997). *La era de la información. Economía sociedad y cultura*, tomo 1. Madrid: Alianza editorial.
- Chapela, M. C. y Jarillo E. (2001). Promoción de la salud. Siete tesis para el debate. *Cuadernos médico sociales* 79: 59-69.
- Choque Larrauri, R. (2005). *Comunicación y educación para la promoción de la salud*. Huancavelica: FAS.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Const.) (2009). Reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 24 de Agosto del 2009. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Recuperado de <file:///C:/Users/Dra-Isabel/Downloads/Constitucion.pdf>
- Cuervo, J. I. (1994). La organización de los recursos asistenciales. En: J. I. Cuervo, J. Varela y R. Belenes (eds.), *Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias*, pp. 36-72. Barcelona: Ediciones Vicens Vives.
- Cunill, N. G. (1991). *Participación ciudadana. Dilemas y perspectivas para la democratización de los estados latinoamericanos*. Caracas: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.
- De Miguel, F. (1993). La IAP: un paradigma para el cambio social. *Documentación Social. Revista de estudios sociales y de sociología aplicada* 92: 91-108. Julio-septiembre.
- Delgado, A. (2001). Concepciones de la ciudadanía social en las constituciones venezolanas de 1947, 1961 y 1999. *Cuadernos del Cendes* 46, segunda época. Caracas. Enero-abril. Recuperado de <http://mcendesweb.cendes.ucv.ve/cendesphp/pdfs/revista46/art4.pdf>
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Informe a la UNESCO, Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Madrid: Santillana/UNESCO.
- Dewey, J. (1967). *Experiencia y educación*. Buenos Aires: Losada.
- Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada* 110 (1998). Monográfico: *Educación y transformación social*. Madrid: Cáritas.
- Donohew, L., Sypher, H. E. y Bukoski, W. J. (1991). *Persuasive communication and drug abuse prevention*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Duque, E. y Prieto, O. (2009). El aprendizaje dialógico y sus aportaciones a la teoría de la educación. En: R. Flecha García (coord.), *Pedagogía crítica del siglo XXI. Revista Electrónica Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información* 10(3). Universidad de Salamanca.
- Durston, J. y Miranda, F. (1998). *Experiencia y metodología de la IAP*. Santiago de Chile: CEPAL (serie Políticas Sociales 28).
- El paradigma sociocrítico y el interés emancipatorio. Recuperado de <http://reflexionesdesdeanarres.blogspot.com.es/2013/12/el-paradigma-sociocritico-y-el-interes.html>
- Elizalde, A. (1993). La investigación acción participativa y el diagnóstico de las necesidades comunitarias. *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada* 92: 121-40. Julio-septiembre.
- Elliot, J. (1990). *La Investigación-Acción*. Madrid: Morata.
- \_\_\_\_ (1993). *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid: Ed. Morata.

- \_\_\_\_ (1993). *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid: Morata.
- Erickson, F. (1989). Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En: C. Wittrock, *La investigación de la enseñanza*, tomo II: *Métodos cualitativos y de observación*. Barcelona: Paidós Educador/MEC.
- Escudero, J. (1987). La investigación-acción en el panorama actual de la investigación educativa: algunas tendencias. *Revista de Innovación e Investigación Educativa* 3: 5-39.
- Fadda, G. (1990). *La participación como encuentro: discurso político y praxis urbana*. Caracas: Fondo Editorial de Acta Venezolana/Universidad Central de Venezuela.
- Fals Borda, O. (1969). La crisis social y la orientación sociológica: una réplica. *Aportes* 13: 62-76.
- \_\_\_\_ (1977). *Cooperativismo: su fracaso en el Tercer Mundo*, Génova: United Nations Research Institute for Social Development.
- \_\_\_\_ (1981). La ciencia y el pueblo: nuevas reflexiones sobre la investigación-acción. *Memorias del Tercer Congreso Nacional de Sociología*, pp. 149-174. Bogotá: Asociación Colombiana de Sociología.
- \_\_\_\_ (1985). *Conocimiento y poder popular*. Bogotá: Siglo XXI.
- \_\_\_\_ (1986). La investigación-acción participativa: Política y epistemología. En: A. Camacho (ed.), *La Colombia de hoy*, pp. 21-38. Bogotá: Cerec.
- \_\_\_\_ (1993). La investigación participativa y la intervención social. *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, (92): 9-21. Julio-septiembre.
- \_\_\_\_ (1994). *El problema de cómo investigar la realidad para transformarla por la praxis*. Bogotá: Tercer Mundo.
- \_\_\_\_ (1996). A North-South convergence on the quest for meaning. *Collaborative Inquiry*, 2(1): 76-87. DOI: 10.1177/107780049600200111.
- \_\_\_\_ (2001). Participatory (action) research in social theory: origins and challenges. En: Peter Reason y Hillary Bradbury (eds.), *Handbook of action research: participative inquiry and practice*, pp. 27-37. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fals Borda, O., Vio Grossi, F., Gianotten, V. y Wit, T. (1981). *Investigación participativa y praxis rural, nuevos conceptos en educación y desarrollo comunal*. Lima: Mosca Azul Editores.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. (1967). Attitudes and prediction of behavior. En: M. Fishbein (ed.), *Readings in attitude theory and measurement*, pp. 477-492. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Foucault, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Freire, P. (1969). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI.
- \_\_\_\_ (1972). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Tierra Nueva/Siglo XXI.
- \_\_\_\_ (1977). *Fundamentos revolucionarios de pedagogía popular*. Buenos Aires: Editor 904.
- \_\_\_\_ (1989). *La educación como práctica de la libertad*. Madrid: Siglo XXI.
- \_\_\_\_ (1990a) *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.
- \_\_\_\_ (1990b). *La naturaleza política de la educación: cultura poder y liberación*. Barcelona: Paidós.
- \_\_\_\_ (1997). *Pedagogía de la autonomía*. Madrid: Siglo XXI.
- Freire, P. y Macedo, D. (1989). *Alfabetización, lectura de la palabra y lectura de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE). (2006). El empoderamiento. En: FRIDE, *Desarrollo 'En Contexto', 01*. Recuperado de [www.fride.org/download/BGR\\_Empowerment\\_ESP\\_may06.pdf](http://www.fride.org/download/BGR_Empowerment_ESP_may06.pdf)
- Gagné, E. D. (1990). *La psicología cognitiva del aprendizaje escolar*. Madrid: Visor.
- García, C. M. (2003). Evaluación y modelos para la evaluación continua de los formadores. Recuperado de [www.educared.net](http://www.educared.net)
- García Galló, G. J. (1987). Cómo abordar y resolver los problemas filosóficos en las ciencias particulares. *Filosofía y medicina*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Garrido Gutiérrez, I. (1995). Motivación cognitiva y social. En: A. Ferreras (ed.), *Psicología básica. Introducción al estudio de la conducta humana*, pp. 476-493. Madrid: Pirámide.
- Gianotten, V. R. y Wit, A. H. (1985). *Organización campesina: el objetivo político de la educación popular y la investigación participativa*. Ámsterdam: CEDLA.
- Giroux, H. (1992). *Teoría y resistencia en educación*. México: Siglo XXI.
- Gobierno de Navarra (s.f.). *Metodología de la promoción de la salud*. Recuperado de <http://www.cfnavarra.es/>
- González, S. (2009). La teoría crítica; hacia una perspectiva socioeconómica histórica y emancipatoria de la práctica pedagógica. *Cacumen La revista* 5.
- Green A. (1999). *An introduction to Health Planning in developing countries*, Oxford: Oxford Medical Publications.

- Green, L. y Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, 2ª ed. Mountain View, CA: Mayfield.
- Green, L., Kreuter, M., Deeds, S. y Partridge, K. (1980). *Health Education Planning. A diagnostic approach*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing.
- Greenwood, D., Whyte, W. y Harkavy, I. (1993). Participatory Action Research as a process and as a goal. *Human Relations* 46 (2): 175-192. DOI: 10.1177/001872679304600203
- Habermas, J. (1976). *Connaissance et intérêt*. París: Tel Gallimard.
- \_\_\_\_\_. (1984). *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Madrid: Trotta; 1989, Madrid: Cátedra.
- \_\_\_\_\_. (1988). *La lógica de las ciencias sociales*. Madrid: Tecnos.
- \_\_\_\_\_. (1992). *Teoría de la Acción Comunicativa*, vol. I. Madrid: Taurus.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. Nueva York: Wiley.
- Hernández, E. (1996). *Participación, ámbitos, retos y perspectivas*. Caracas: CESAP.
- Hernández, G. (2002). *Paradigmas en psicología de la educación*. México: Paidós.
- Heron, J. y Reason, P. (1997). A participatory inquiry paradigm. *Qualitative Inquiry* 3(3): 274-294. Recuperado de <http://www.peterreason.eu/Papers/Participatoryinquiryparadigm.pdf>
- Hewstone, M. y Antaki, C. (1990). La teoría de la atribución y explicaciones sociales. En: M. Hewstone y otros. *Introducción a la psicología social: una perspectiva europea*. Barcelona: Ariel.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica/Grijalbo.
- Hovland, C. I., Jannis, I. L. y Kelley, H. H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven, CN: Yale University Press.
- Huerta, A. (1996). *Identidad científica de las ciencias de la educación*. México: Trillas.
- Hunter, A. y Riger, S. C. (1986). The meaning of community in community mental health. *Journal of Community Psychology* 14: 55-71. DOI: 10.1002/1520-6629(198601)14:1<55::AID-JCOP2290140106>3.0.CO;2-D.
- Hyndman, B. (1998). *The evolution of Health Promotion. Health Promotion in action: a review of the effectiveness of Health Promotion strategies*. Toronto: Centre for Health Promotion/Participation.
- Ibáñez, J. (1990). Nuevos avances en la investigación social. La investigación social de segundo orden. *Suplementos Anthropos* 22. Barcelona.
- Ibáñez, T. e Íñiguez, L. (1988). El poder y los sistemas políticos. En: J. Seone y A. Rodríguez (eds.), *Psicología política*, pp.: 331-358. Madrid: Pirámide.
- Iturraspe, F. (1986). *Participación, cogestión y autogestión en América Latina*. Caracas: Nueva Sociedad.
- International Union for Health Education of the Public (IUHEP). (1958). *International Journal of Health Education* 1 (1).
- Jara, O. (1984). La aplicación del método dialéctico en la investigación participativa en la educación popular. En: V. Gianotteny y T. Wit (organizadores), *III Seminario Latinoamericano de Investigación Participativa*, pp. 1-18. Santiago: CEALL.
- Jones, E. y Davis, K. (1965). From acts to dispositions. En: L. Berkowitz (ed.), *Advance in experimental social psychology*, vol 2. Nueva York: Academic.
- Kar, S. (1983). A psychosocial model of health behaviour: implications for nutrition education, research and policy. *Health Values* 7:29-37.
- Kegeles, S. (1980). The health belief model and personal health behavior. *Social Science and Medicine* 14C: 227-229. DOI:10.1016/S0160-7995(80)80012-8.
- Kelley, H. (1967). Attribution theory in social psychology. En: D. Levine (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*, vol. 15. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Kemmis, C. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.
- Kickbusch, I. (1996). *Promoción de la salud: una perspectiva mundial*. En: Organización Panamericana de Salud, *Promoción de la salud: una antología*, pp. 15-24. Washington, DC: OPS.
- Kickbusch, I. (1997). *Promoción de la salud a través de la educación de adultos*. Hamburgo: CONFINTEA.
- Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L. y Morgenstern, H. (1982). *Epidemiologic research. Principles and quantitative methods*. Londres: Lifetime Learning Publications.
- Kroeger, A. y Luna, R. (coord.) (1987). *Atención primaria a la salud: principios y métodos*. México: Universidad de Heidelberg/Pax/ Librería Carlos Césarman.
- Labonte, R. y Penfold, S. (1981). Canadian perspectives in health promotion: a critique. *Health Education* 19(3/4): 4-9.
- Lalonde M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Laureano Eugenio, J., Valadez, I., Mejía, M. L., González, J. A. y Rodríguez, R. J. G. (2013). Trabajo educativo en comunidad rural de México: propuesta de

- estrategia frente a los determinantes sociales de la salud. Ponencia en el 8º Congreso Internacional de Salud Pública: Justicia Social, Derechos Humanos y Equidad en Salud/2º Congreso Panamericano de Salud y Ambiente. Medellín, Colombia.
- Lemke, L. J. (1997). *Psicología educativa*, 2ª edición. Buenos Aires: McGraw Hill
- Leventhal, H., Zimmerman, R. y Gtumann, M. (1984). Compliance: a self-regulation perspective. En: D. Gentry (ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*. Nueva York: Guilford Press.
- Lewin, K. (1946). Action-research and minority problems. *Journal of Social Issues* 2(4): 34-46. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x.
- Ley General de Salud, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2009). Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de mayo del 2009. Recuperada de [http://www.normateca.gob.mx/Archivos/50\\_D\\_2074\\_11-06-2009.pdf](http://www.normateca.gob.mx/Archivos/50_D_2074_11-06-2009.pdf)
- Leyva, G. (1999). Max Horkheimer y los orígenes de la teoría crítica. *Sociología, perspectivas contemporáneas en teoría social* 40, año 14. Recuperado de <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/4004.pdf>
- Lincoln, Y. S. (1990). The making of a constructivist. En: E. G. Guba (ed.), *The paradigm dialog*. Londres: Sage.
- Lindeman, E. (1921). *The community*. Nueva York: Association Press.
- Lobrot, M. (1988). Pedagogía institucional. En: D. Huisman, *Enciclopedia de la psicología*, tomo III, pp. 351. Barcelona: Plaza y Janés.
- López, G. (2008). El problema de la subjetividad en la explicación sociológica: una mirada al debate de Schütz-Parson. *Revista de Estudios Sociales* 31. Recuperado de [file:///C:/Users/Dra-Isabel/Downloads/-data-Revista\\_No\\_31-07\\_doss\\_05.pdf](file:///C:/Users/Dra-Isabel/Downloads/-data-Revista_No_31-07_doss_05.pdf)
- López de Lizaga, L. (2005). Walter Benjamin y los dos paradigmas de la teoría crítica. *Nexo. Revista de Filosofía* 3: 11-31. Recuperado de [http://mimosapntic.mec.es/~sferna18/benjamin/BENJAMIN\\_Y\\_DOS\\_PARADIGMAS\\_TEORIA\\_CRITICA.pdf](http://mimosapntic.mec.es/~sferna18/benjamin/BENJAMIN_Y_DOS_PARADIGMAS_TEORIA_CRITICA.pdf)
- López Lara, R. (2009). ¿Información, comunicación o significados negociados?, alcance de la educación para la salud en poblaciones indígenas. Tesis de Maestría en Salud Pública. Universidad Veracruzana-Instituto de Salud Pública.
- Lucio Villegas, E. (1993). Educación bancaria y educación liberadora o la actualidad del pensamiento de Paulo Freire. En: E. Lucio Villegas (ed.), *Investigación y práctica en la educación de personas adultas*. Valencia: Culytrals Valencianes.
- Ludojoski, R. (1978). *Antropogogía o la educación del hombre*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Luria, A. R. (1980a). *Lenguaje y comportamiento*. Barcelona: Fundamentos.
- \_\_\_\_\_ (1980b). *Los procesos cognitivos. Análisis socio-histórico*. Barcelona: Fontanella.
- Lwanga, S. K. y Tye, C. Y. (1987). *La enseñanza de la estadística sanitaria*. Ginebra: OMS.
- Maibach, E. y Parrott, R., L. (1995). *Designing health messages*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mailhiot, B. (1980). *Dinámica y génesis de grupos*, 3ª edición. Buenos Aires: Ediciones Marova.
- Maldonado, A. (2001). *Aprendizaje y comunicación*. México: Prentice-Hall.
- Mardones, J. M. y Urzúa, N. (1999). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales*. México, DF: Ediciones Coyoacán.
- Márquez, A. (1998). Andragogía: propuesta política para una cultura democrática en educación superior. Ponencia en el Primer Encuentro Nacional de Educación y Pensamiento: Organización para el Fomento del Desarrollo del Pensamiento. Santo Domingo, República Dominicana.
- Martín Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Valladolid: Trotta.
- Martínez, B., Muñoz, A., Moreno, D. y Musitu, G. (2011). Implicación y participación comunitarias y ajuste psicosocial en adolescentes. *Psicología y Salud* 21(2): 205-214. Julio-diciembre.
- Martinić, S. y Sainz, H. (1989). Investigación participativa y cultura popular: una experiencia de trabajo. En: G. Vejarano (comp.), *La investigación participativa en América Latina*. Michoacán: CREFAL/Organización de Estados Americanos.
- Marx, K. (1971). *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política. (Borrador 1857-1858)*, tomo I. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Maslow, A. H. (1976). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- McMillan, D. W. y Chavis, D. M. (1986). Sense of community: a definition and theory. *Journal of Community Psychology*, pp. 6-23. DOI: 10.1002/1520-6629(198601)14:1<6::AID-JCOP2290140103>3.0.CO;2-I.
- Meister, A. (1971). *Participación social y cambio social*. Caracas: Monte Ávila Editores.

- Merino, L. y Raya, E. (1993). El método de la investigación-acción participativa como mediación entre la teoría y la práctica de la formación del/a trabajadora social y en el desarrollo profesional. Documento presentado en el Seminario de Integración Teoría-práctica en la Formación de Trabajadoras Sociales. EUTS de Alicante-C.E.B.S., 2/3-XII-1993.
- Mialaret, G. (1977). *Ciencias de la educación*. Barcelona: Oikos-Tau.
- Minkler, M. (1989). Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. *Health Education Quarterly* 16(1): 17-30. DOI: 10.1177/109019818901600105.
- Montero, M. (1996). La participación: significado, alcances y límites. En: M. Montero et al. (organizadores), *Participación: ámbitos, retos y perspectivas*, pp. 7-20. Caracas: CESAP.
- \_\_\_\_\_. (1984). La investigación cualitativa en el campo educativo. *La Educación* 27(96): 19-31.
- \_\_\_\_\_. (1994). *Psicología social comunitaria*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- \_\_\_\_\_. (1998). La comunidad como objetivo y sujeto de la acción social. En A. Martín González (ed.), *Psicología comunitaria: fundamentos y aplicaciones*, pp. 211-222. Madrid: Visor.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre la comunidad y la sociedad*. México: Paidós.
- \_\_\_\_\_. (2008). An insider's look at the development and current state of community psychology in Latin-American. *Journal of Community Psychology* 36(5): 661-674. DOI: 10.1002/jcop.20241.
- Morris, Ch. (1995). *Psicología*. México: McGraw-Hill.
- Muller, F. (1979). *Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
- Murguía, A. (2013). (Sin título.) Maestría en Ciencias de la Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guadalajara.
- Newbrough, J. R. (1991). Hacia una teoría de la comunidad para la psicología comunitaria. *Revista Interamericana de Psicología* 23: 9-37.
- Novack, J. D. (1992). *Teoría y práctica de la educación*. Madrid: Alianza.
- Núñez, C. (1990). ¿Qué es la educación popular? En: C. Núñez, O. Fals Borda y A. Caruso. *Investigación participativa y educación popular en América Latina hoy*. Guadalajara: IMDEC-CEAL/El Colegio de Jalisco.

- Núñez, H. C. (1986). *Educación para transformar, transformar para educar*. Guadalajara: IMDEC.
- \_\_\_\_\_. (1998). *La Revolución ética*. Guadalajara: Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario.
- Nutbeam, D. y Blakey, V. (1996). El concepto de promoción de la salud y la prevención del sida: una base integrada y general para la acción en los años noventa. En: *Promoción de la salud: una antología* (Publicación científica 557. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud).
- O'Connor, J. (1973). *The fiscal crisis of the State*. Nueva York: Saint Martin Press.
- Oakley, P. y Marsden, D. (1985). *Consideraciones en torno a la participación en el desarrollo rural*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (1988). *La participación campesina en el desarrollo rural*. Santiago: FAO.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Salud para todos. Declaración de Alma Ata*. Ginebra: OMS. Recuperado de: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
- \_\_\_\_\_. (1979). Atención Primaria de Salud. Informe oficial del director de Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Washington, DC.
- \_\_\_\_\_. (1983). *Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud*. Ginebra: OMS.
- \_\_\_\_\_. (1984). Documento de discusión sobre el concepto y los principios de la promoción de la salud. Washington, DC: Oficina Regional de la OMS para Europa.
- \_\_\_\_\_. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá.
- \_\_\_\_\_. (1991). *La participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud* (Serie de informes técnicos 809). Ginebra: OMS.
- \_\_\_\_\_. (1997). Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI siècle. Ministerio de Salud, Jakarta, República de Indonesia.
- Organización Mundial de la Salud/Unión Internacional de Educación para la Salud (OMS/UIES) (1991). *Cómo afrontar los desafíos de la salud mundial*. Documento de referencia sobre la Educación para la Salud. París: XIV Conferencia Mundial de Educación para la Salud, celebrada en Helsinki, Finlandia, en junio de 1991.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1984). La participación de la comunidad en la salud y desarrollo de las Américas. Análisis de estudios de casos seleccionados. *Publicación científica* 473. Washington: OMS.
- \_\_\_\_\_. (2001). Informe Anual del Director. Promoción de la salud en las Américas. Washington, DC.
- OPS/Fundación W. K. Kellogg (2001). *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*. Washington, DC: OPS/Fundación W. K. Kellogg.
- OPS/OMS. (2000). *Desafíos de la educación en Salud Pública*. Washington, DC: OPS/OMS.
- Palmero, F., Gómez, C., Carpi, A. y Guerrero, C. (2008). Perspectiva histórica de la psicología de la motivación. *Avances en Psicología Latinoamericana* 26(2): 145-170. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/799/79926204.pdf>
- Pereira, L. V. L. G., Pelicioni, M. C. F., Ribeiro, C. N. Z. y L'Abbate, S. (2000). Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud: especificidades, interfaces, intersecciones. *Promotion & Education: International Journal of Health Promotion and Education* V.
- Pérez, A. R. (1993). Modelos de cambio científico. En: U. Moulines (ed.), *La ciencia: estructura y desarrollo*, pp. 68. Madrid: Trotta.
- Pérez, M. (1995). *Los paradigmas médicos: factores de su conservación y cambio*. Bolivia: Ateneo.
- Petit, W. (1963). Defining community organization practice. Ponnencia en la National Conference of Social Work, Nueva York.
- Pichón Riviere, E. (1985). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pinder, L. (1988). From "A new perspective" to the "Framework": a case study on the development of Health Promotion policy in Canada. *Health Promotion* 3(2): 205-212. DOI: 10.1093/heapro/3.2.205.
- Popkewitz, T. (1988a). *Paradigma e ideología en investigación educativa. Las funciones sociales del intelectual*. Madrid: Mondadori.
- \_\_\_\_\_. (1988b). *Pensamiento y lenguaje*. Madrid: Paidós.
- Popper, K. (1967). *La sociedad abierta y sus enemigos*, tomo II. Buenos Aires: Paidós.
- Preiswerk, M. (1995). *Educación popular y teología de la liberación*. Buenos Aires: CELADEC.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychology* 47: 1102-1114. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Puska, P., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Salonen, J. T., Koskela, K., McAlister, A., Kottke, T. E., Maccoby, N. y Farquhar, J. W. (1985). The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia project. *Annu. Rev. Public Health* 6: 147-193. DOI: 10.1146/annurev.pu.06.050185.001051.
- Raerburn, J. y Rootman, I. (1998). *People-centred health promotion*. Londres: John Wiley and Sons.
- Rifkin, S. (1990). *Community participation in maternal and child health/family planning programs*. Ginebra: OMS.
- Rimer B., K. (1990). Perspectives on intra personal theories in health education and health behavior. En: K. Glanz, F. M. Lewis, B. K. Rimer (eds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice*, pp. 140-158. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rivera, E. (1997). *Los principios del aprendizaje en los adultos*. México: Mc Graw Hill.
- Riviere, A. (1987). *El sujeto de la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Roca, N. y Martínez, G. (1997). Los grupos en la educación. En: M. P. González (ed.), *Psicología de los grupos. Teoría y aplicaciones*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez V., T. (1994). De los movimientos sociales a las metodologías participativas. En: J. M. Delgado y J. Gutiérrez (eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Rogers, C. (1973). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations*. 3ª edición. Nueva York: Free Press.
- \_\_\_\_\_. (1995). *Diffusion of innovations*. 4ª edición. Nueva York: Free Press.
- Romero, A. (1988). *Manual de psicología del aprendizaje. Fundamentos básicos*. Murcia: Promociones y Publicaciones Universitarias, Universidad de Murcia.
- \_\_\_\_\_. (2010). Aula virtual, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. Recuperado de: <http://avpsi.inf.um.es/moodle/>
- Rootman, I. (1992). *Health promotion: past, present and future*. Toronto: Participation Programme/Centre for Health Promotion.
- Rosen, G. (1958). *A history of public health*. Nueva York: M.D. publications.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs* 2, 354-386. DOI: 10.1177/109019817400200405.

- \_\_\_\_ (1988). Social learning theory and the health belief Model. *Health Education Quarterly* 15(2): 175-85. DOI: 10.1177/109019818801500203.
- Rowlands, J. (1997). *Questioning empowerment: Working with women in Honduras*. Oxford, England: Oxfam Publishing.
- Rubin, H. (1981). Rules, collective needs, and individual action. A case study in a town house cooperative. *Environment and Behavior* 13: 165-188. DOI: 10.1177/0013916581132003.
- Salazar, M. C. (1992). *La investigación-acción participativa. Inicios y desarrollos*. Madrid: Editorial Popular/Organización de Estados Americanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura /Quinto Centenario.
- Salleras, S. L. (1990). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Salleras, S. L. y Asenjo, S. M. A. (2001). *Organización y gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS.
- Sanabria, G. (2007). El debate en torno a la promoción de salud y la educación para la salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 33(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433204>
- Sánchez, E. (2000). La definición de la participación. En: *Todos con la "Esperanza"*. Continuidad de la participación comunitaria, pp. 31-44. Caracas: Comisión de Estudios de Postgrado, Universidad Central de Venezuela.
- Sánchez, M. (1999). *Desarrollo de habilidades del pensamiento*. México: Trillas.
- Sánchez, M. E. y Almeida, E. (2005). *Las veredas de la incertidumbre: relaciones interculturales y supervivencia digna*. Puebla: Universidad Iberoamericana.
- Sánchez, A., Ramos, E. y Marset, P. (1998). La participación comunitaria en la atención primaria de salud, pp. 317-339. En: F. Martínez, J. M. Antó, P. L. Castellanos, M. Gili, P. Marset y V. Navarro, *Salud pública*. McGraw-Hill Interamericana.
- Sarason, I. G. (1981). Orientaciones psicodinámicas. *Psicología anormal*. México: Trillas.
- Scribner, S. y Cole, M. (1981). *The Psychology of Laeracy*. Cambridge: Harvard University College.
- Scribner, S. (1984). Studying working intelligence. En: B. Rogoff y J. Lave, *Everyday cognition: it's development in social context*, pp. 9-40. Cambridge: Harvard University Press.
- Shepard, C. H. (1982). Public baths a preventive of diseases. *JAMA* 8: 429-432.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Nueva York: Knopf.
- Smith, W. A., Helquist, M. J., Jimerson, A. B., Carovano, K. y Middlestadt, S. E. (1993). *A world against aids: communication for behavior change*. Washington, DC: Academy for Educational Development,
- Splitter, L. y Sharp, A. (1996). *La otra educación: filosofía para niños y la comunidad de indagación*. Buenos Aires: Manantial.
- Stachtchenko, S. y Jenicek, M. (1990). Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. *Canadian Journal of Public Health* 81: 53-59.
- Stahlberg, D. y Frey, D. (1990). Actitudes I: estructura, medida y funciones. En: M. Hewstone, W. Stroebe, J. P. Codol y G. M. Stephenson (eds.), *Introducción a la psicología social*, pp.149-170. Barcelona: Ariel Psicología.
- Stenhouse, L. (1993). *La investigación como base de la enseñanza*. Madrid: Ed. Morata.
- Sternberg, R. J. (1988). *The Triarchic Mind. A new theory of human intelligence*. Nueva York: Penguin Books.
- Stroebe, W. y Jonas, K. (1990). Actitudes II: Estrategias de cambio de actitud. En: M. Hewstone, W. Stroebe, J. P. Codol y G. M. Stephenson (eds.), *Introducción a la psicología social*, pp. 171-197. Barcelona: Ariel Psicología.
- Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Tolbert, W. R. (2001). The practice of action inquiry. En: P. Reason y H. Bradbury (eds.), *Handbook of action research: participative inquiry and practice* (pp. 250-260). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Turabian, J. L. y Pérez, F. B. (1998). ¿Cuál es el sentido de la educación para la salud y las actividades comunitarias en atención primaria? *Atención Primaria* 22: 662-666. Recuperado de [file:///C:/Users/Dra-Isabel/Downloads/Turabi\\_n\\_Perez\\_Franco\\_Sentido\\_de\\_la\\_educaci\\_n\\_para\\_la\\_salud.pdf](file:///C:/Users/Dra-Isabel/Downloads/Turabi_n_Perez_Franco_Sentido_de_la_educaci_n_para_la_salud.pdf)
- Unión Internacional de Educación para la Salud (UIHPE) (2006). *19th Conference on Health Promotion y Health Education*. Recuperado de [www.iuhpe-conference.org](http://www.iuhpe-conference.org)
- Valadez, I. y Aldrete, M. G. (1995). Participación comunitaria. En: J. Cabral, M. E. Lozano, C. Cabrera, M. Pérez e I. Valadez (eds.), *Educación para la salud*, pp. 49-70. México, DF: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Valadez, I. y Espinosa, G. (2004). Antología: historia y filosofía de la educación para la salud. Documento de trabajo utilizado en la Maestría en Ciencias de la Salud Pública, Orientación en Educación para la Salud, Universidad de Guadalajara.

- Valadez, I. y Ramos, A. (1990). Ensayo histórico sobre la educación para la salud. Mecanograma de la Maestría en Ciencias de la Salud Pública de la Universidad de Guadalajara.
- Valadez, I., Alfaro, N., Aranda, C., Celis D. L., R. A. y Aldrete M., G. (2002). *Atención prenatal en Jalisco*. Universidad de Guadalajara: Guadalajara (Colección Producción Académica de los Miembros del Sistema Nacional de Investigadores).
- Valadez, I., Alfaro, N., Fausto, J., Aldrete, G. y Mendoza, P. (2000). Una experiencia de educación popular en salud nutricional en dos comunidades del Estado de Jalisco. *Cadernos de Saúde Pública* 16(3): 823-829. Julio-septiembre. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n3/2967.pdf>
- Valadez, I., Villaseñor, M. y Alfaro, N. (2004). Educación para la salud: la importancia del concepto, *Revista de Educación y Desarrollo*, 1. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircep/mat/matbiblio/valadez.pdf>
- Valadez, I., González, J., Vargas, V., Ramírez, H., Alfaro, N., Fausto, J., Montes, R., Orozco, M., Lluévanos, A., Laureano, J., Rodríguez, J. (2013). *Educación para la salud en procesos de intervención participativa*. Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Jalisco.
- Vargas, A. (2000). *Participación social: una mirada crítica*. Bogotá: Almudena.
- Vargas, L., Bustillos, G. y Monfán, M. (1995). *Técnicas participativas para la educación popular*. Madrid: Popular.
- Vargas Oreomundo, S. (s.f.). *Los estilos de vida en la salud. Análisis de los determinantes de la salud en Costa Rica*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Escuela de Salud Pública.
- Veltmeyer, H. y O'Malley, A. (2003a). La búsqueda de un desarrollo alternativo. En: *En contra del neoliberalismo. El desarrollo basado en la comunidad en América Latina*, pp. 7-37. México: Universidad Autónoma de Zacatecas/Porrúa.
- \_\_\_\_ (2003b). La dinámica de la comunidad y las clases sociales, *En contra del neoliberalismo. El desarrollo basado en la comunidad en América Latina*, pp. 39-47. México: Universidad Autónoma de Zacatecas/Porrúa.
- Viloria, N. y Casal, R. (2004). Las ciencias de la educación a través del proceso administrativo. *Actualidad contable Faces* 7(8): 96-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/257/25700809.pdf>
- Villaseñor, M. (2004). Educar para la salud: reto de todos. *Revista de Educación y Desarrollo* 1: 70-72. Recuperado de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/1/001\\_Red\\_Entrevista%20Villasenor.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Entrevista%20Villasenor.pdf)
- Vuori, H. V. (1979). Education and the quality of health services. *Health Policy Education* 1: 67-96. DOI:10.1016/S0165-2281(79)80005-3.
- Vygotsky, L. (1934/1977). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Promot* 6(3): 197-205. DOI: 10.4278/0890-1171-6.3.197.
- Wallston B., S., Wallston K., A. y Devellis, R. (1978). Development of multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs* 6: 160-170.
- Weber, M. (1922/1996). *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational psychology* 33: 3-25.
- Werner, D. (1988). *Aprendiendo a promover la salud*. Palo Alto, CA: Hesperain Foundation.
- Wertsh, J. (1993). *Voces de la mente. Un enfoque sociocultural para el estudio de la Acción Mediada*. Citado por C. M. García (2003), *Evaluación y modelos para la formación continua de los formadores*. Recuperado de [www.educared.net](http://www.educared.net)
- Wulf, C. (1985). *Introducción a la ciencia de la educación. Entre teoría y práctica*. Traducción de Andrés Flaus Runge. Medellín: Asociación Nacional de Escuelas Normales/Facultad de Educación, Universidad de Antioquia.
- Zakus, D. (1988). La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el tercer mundo. *Salud Pública (México)* 30 (2): 151-74.
- Zimmerman, M. (2000). Empowerment theory. En: J. Rappaport y E. Seidman (eds). *Handbook of community psychology*, pp. 43-63. Nueva York: e Kluwer.
- Zinker, J. (1997). *In search of Good form: Gestalt Therapy with couples and families*. Cleveland: Gestalt Institute of Cleveland.
- \_\_\_\_ (2003). *El proceso creativo de la terapia gestáltica*. México: Paidós.

Martín Vargas Magaña  
Coordinación general

Natalia Juárez Miranda  
Coordinación del proyecto

K + M Editores  
Coordinación editorial

Sofía Rodríguez B.  
Corrección

 Taller de edición  
Diseño de portada y formación de interiores

Este libro se terminó de imprimir en noviembre de 2015  
en los talleres de Offset Studio  
Miguel Blanco 1399, Col. Americana  
44100 Guadalajara, Jalisco.

Tiraje 1,000 ejemplares