

ARTICULO**El modelo precede/proceed: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje en educación y promoción de la salud.**

María Elvira Blank

Departamento de Salud Pública.
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.
Correspondencia: Calle 196. No. 121. La Campiña II. Naguanagua.
Edo. Carabobo. Venezuela.

E-mail: mblank@cantv.net **Telf/Fax:** +58-241- 8662226

Recibido: febrero 2005

Aprobado: marzo 2006

RESUMEN**El modelo precede/proceed: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje en educación y promoción de la salud.**

El presente trabajo tiene como finalidad identificar cambios en la conceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje de profesionales de la salud a partir de aprender el rol de educador/promotor de la salud utilizando el Modelo PRECEDE/PROCEED, un método para planificar y evaluar programas educativos en la salud, publicado por L. Green y cols en 1980, 1991 y 1999. 31 profesionales de la salud, cursantes de un postgrado en salud pública, participaron en un taller usando el Modelo mencionado. La investigación, de nivel descriptivo, diseño pre-experimental, de campo y cuali-cuantitativa, permitió la interpretación y medición de las respuestas de los participantes. Se aplicó un pretest y posttest, ambos con preguntas abiertas. Al comparar las respuestas iniciales y finales, 61.3 % de los entrevistados modificó su concepción previa acerca de lo que aprende cuando aprende, y 64.51 % modificó lo considerado como causales de su aprendizaje. Al final del Taller, los participantes relacionaron los elementos que inicialmente consideraron como aislados. En cuanto a la concepción de la educación para la salud, 87.1 % cambió su concepción previa: de técnica que puede ser aplicada por personal auxiliar de salud, pasaron a considerarla como un proceso multidisciplinario y que por su complejidad debe ser desarrollado por especialistas. Asimismo, los participantes reconocieron la atemporalidad y ubicuidad del proceso de enseñanza-aprendizaje en salud. Se concluye que la experiencia de planificar programas educativos en salud a través del Modelo PRECEDE/PROCEED, permite la reconceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje, así como cambios en la representación de lo educativo en salud.

Palabras clave: Modelo Precede/Proceed, educación para la salud, formación de recursos humanos en educación/promoción para la salud, Organizador Avanzado en promoción/educación para la Salud.

ABSTRACT

The precede/proceed model: an advanced organizer for the reconceptualization of the teaching-learning process in health education and health promotion

The aim of this work is to identify changes in the conceptualization of the teaching-learning process originating from the dynamics of a workshop for the planning of health education programs using THE PRECEDE/PROCEED MODEL, a method to plan and evaluate health education programs, published by L. Green and cols (USA, 1980, 1999). 31 health professionals, participants of a specialization course in public health, were immersed in a theoretical-practical training to plan health education programs using the above mentioned method. The type of research is both qualitative and quantitative since the interpretation as well as the measurement of the answers of the participants was considered. A pretest and post-test were applied, both of them consisting of open questions. When the answers of the pretest and post-test were compared, the following results were obtained: 61.3% of the interviewees modified their initial conception about what they learn when learning, and 64.51% modified what they considered as causal factors of their learning process. As for the conception of health education, 87.1% of the interviewees changed their initial conception. The qualitative analysis of the answers indicated changes in the representation of health education since it initially was thought to be a technique that could be applied by auxiliary personnel. After the workshop, practitioners considered health education a multidisciplinary and complex field to be approached by specialized professionals. Likewise, they recognized the intemporality and ubiquity of the health education process. The experience of planning health education programs with THE PRECEDE/PROCEED MODEL allows the reconceptualization of the teaching-learning process.

Key words: The Precede/Proceed Model, health education, health promotion, teaching and learning in health education, advanced organizer in health education.

INTRODUCCIÓN.

La promoción/educación para la Salud en Venezuela adolece de un marco teórico-metodológico que le permita trascender el manejo de específicas estrategias y técnicas de enseñanza directivas, cuyo uso pocas veces discrimina según características del oyente o aprendiz. Así, a nivel de la consulta médica o en cualquier contacto directo o cara a cara, se envían “los mensajes educativos” a través de relaciones básicamente unidireccionales, y de charlas y/o carteleras, en casos grupales y de relaciones indirectas. De allí que el desempeño del rol del promotor/educador de la salud se queda en ese manejo directivo-técnico-instrumental, priorizándose la información despersonalizada, es decir, sin considerar género y situación socio-económica, en la formación para la promoción de la salud y la prevención y curación de enfermedades.

Con la intención de trascender el tecnicismo mencionado y respondiendo a la demanda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de formar recursos humanos para actuar adecuadamente en la sociedad (1,2), se ha propuesto que los profesionales de la salud aprendan el rol de promotor/educador bajo una perspectiva de responsabilidad social que trascienda la formación

técnica. Al respecto, se busca formar profesionales con la responsabilidad antes mencionada para que sean capaces de contribuir a conformar una vida saludable en momentos en que las condiciones de vida y de salud de la población lucen precarias y llenas de contradicciones aun cuando las posibilidades son múltiples por el caudal de conocimientos que se produce y de los recursos científico-técnicos de los cuales se dispone. Asimismo, se busca que quien aprende a enseñar se comprometa a transmitir sus conocimientos mediante la generación de procesos de formación permanente, centrados en la construcción y utilización de conocimientos y no en la memorización y repetición.

La experiencia obtenida en la formación del rol de promotor/educador de la salud bajo la perspectiva mencionada ha permitido conocer que la utilización del Modelo **PRECEDE/PROCEED** (**PRECEDE**: Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation), (**PROCEED**: Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development), marco teórico-metodológico para la planificación, ejecución y evaluación de programas educativos en salud (3,4), produce un espacio en el cual los profesionales de la salud construyen el aprendizaje de su rol de promotor/educador en base a sus propias necesidades, experiencias e intereses y las de los demás participantes. Se busca que el aprendizaje sea conformado como significativo y por su sentido, que resulte perdurable. Sentido que viene dado porque el Modelo PRECEDE/PROCEED permite superar el trivialismo o facilismo en el que ha sido envuelta la promoción/educación para la salud, al considerarse que puede ser ejercida por cualquier profesional, sin ninguna formación previa. El facilismo queda superado, ya que la visión amplia y compleja requerida para el uso del Modelo mencionado, demanda trabajar desde una perspectiva multi-intersectorial y multi-inter-transdisciplinaria, lo cual requiere formación para ejercer el rol de educador y de promotor de la salud.

Asimismo, se cuestiona el cortoplacismo expresado cuando se espera que lo educativo se comporte con la premura de lo curativo. Al respecto, el Modelo PRECEDE/PROCEED demanda la continuidad de los procesos que se inician, ya que establece que en la planificación de una intervención educativa en salud debe transitarse desde la identificación del problema de salud, hasta la evaluación a corto, mediano y a largo plazo, pasando por etapas intermedias, formando cada una de ellas un sistema de redes interconectadas, lo cual está lleno de relativismo e incertidumbre, que imprime a lo educativo una complejidad tal, que cuestiona el trivialismo y el cortoplacismo antes mencionado.

Lo dicho anteriormente obliga a evaluar la perspectiva teórica-metodológica que constituye el Modelo PRECEDE/PROCEED para la formación de recursos humanos en educación y promoción de la salud. Con esta finalidad, se realizó el presente trabajo en el cual se evalúa la formación del rol de

promotor/educador en profesionales de la salud sin formación pedagógica previa. Dicho trabajo se inserta en dos líneas de investigación: 1) evidenciar la utilidad del Modelo PRECEDE/PROCEED, y 2) identificar núcleos o nudos dominantes a partir del autoanálisis que de su propio proceso de aprendizaje hace tanto la población como estudiantes y profesionales de las Ciencias de

la Salud.

Objetivo General: Develar los cambios que se producen en profesionales de la salud sin formación pedagógica previa, a partir de su inserción en la dinámica de un Taller para aprender su rol como promotor/educador de la salud, mediante la aplicación del Modelo PRECEDE/PROCEED para la planificación de programas educativos en salud.

Objetivos específicos: Identificar, en lo expresado por los cursantes al inicio y al final del taller:

- 1) qué es lo que aprenden cuando aprenden (elementos de su aprendizaje),
- 2) por qué aprenden (causales de su aprendizaje)
- 3) la concepción de educación para la salud que construyen a partir de su capacitación pedagógica.

El modelo PRECEDE/PROCEED.

El Modelo PRECEDE fue construido bajo una visión multidisciplinaria e intersectorial, por Green, Kreuter, Deeds y Partridge, quienes lo publicaron en 1980 en la obra titulada: *Health Education Planning. A diagnostic Approach* (5). En 1991, Green y Kreuter publicaron la primera edición de *Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach*, en la cual, en una reorientación teórica, incorporaron lo ambiental y ecológico al Modelo PRECEDE y los factores de política, normativos y organizacionales en el desarrollo educacional y ambiental, lo cual denominaron PROCEED. El Modelo PRECEDE/PROCEED (6) está fundamentado entre otras, en las ciencias sociales y del comportamiento, en la epidemiología, administración y educación. Como tal, se reconoce que el proceso salud-enfermedad en sus diversas expresiones, tiene múltiples causas, las cuales deben ser evaluadas con la finalidad de asegurar una adecuada intervención educativa para la promoción de la salud. La naturaleza amplia del Modelo permite ser aplicado tanto a nivel individual como colectivo y en una variedad de escenarios: escuelas, hospitales, ambiente laboral, comunidades. Los autores explicitan la fortaleza teórica-metodológica del Modelo en las posibilidades que ofrece para la planificación, necesidad central de la promoción y de la educación para la salud. Luego de ser transformado el PRECEDE en PRECEDE/PROCEED, el Modelo pasó de siete fases a nueve, a saber: 1) Evaluación social. 2) Evaluación epidemiológica. 3) Evaluación ambiental y del comportamiento. 4) Evaluación educacional y ecológica. 5) Evaluación administrativa y de políticas. 6) Implementación. 7) Evaluación del proceso. 8) Evaluación del impacto. 9) Evaluación de resultados.

En el presente trabajo se presenta al Modelo PRECEDE/PROCEED como organizador avanzado (7) (8) porque sirve de puente entre lo que el aprendiz ya sabe y lo que él debe saber a fin de que pueda aprender de manera significativa su rol de promotor/educador de la salud. El modelo cumple con las condiciones de tener significado lógico y presentar los contenidos

dispuestos en etapas relacionadas en múltiples direcciones, lo cual potencia su significatividad.

El Modelo PRECEDE/PROCEED ha sido utilizado en diferentes situaciones en numerosos países, ampliamente en los Estados Unidos desde su publicación. Más recientemente en Europa, Asia y África.

En *Cultivating Health. Cultural Perspectives on Promoting Health*, MacLachlan (9), publica tres proyectos, los cuales fueron planificados, desarrollados y evaluados usando el Modelo PRECEDE/PROCEED: 1) *Traditional Mechanisms for Cultivating Health in Africa* (10). 2) *Cultivating the Psychosocial Health of Refugees*, realizado en Canadá (11). 3) *Designing Sustainable Health Promotion: STD and HIV Prevention in Singapore* (12). En todos los casos, el Modelo fue considerado un enfoque sistemáticamente integrado de diferentes aproximaciones teórico-metodológicas para la promoción y la educación para la salud, el cual, por su estructura abierta, permite la incorporación de otros enfoques, incluso la medicina tradicional. Los resultados obtenidos demostraron la efectividad del Modelo en la modificación del comportamiento y del ambiente para promover salud y prevenir enfermedad.

En Latinoamérica, Alanís-Alanís y Núñez-Rocha (13), autoras de la investigación: *Efecto de un programa en planificación familiar, con el método PRECEDE en adolescentes embarazadas*, concluyen que el programa aplicado en Monterrey, México, elaborado siguiendo el Modelo PRECEDE/PROCEED, incrementó la cobertura en la utilización de métodos de planificación familiar en el grupo de adolescentes embarazadas.

A nivel curricular, el Modelo PRECEDE/PROCEED es uno de los contenidos del programa de la Asignatura Medicina Preventiva y Salud Pública de la licenciatura en Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo, España, en su programación 2003-2004 (14). Este contenido responde a uno de los objetivos de la carrera: Conocer los fundamentos teóricos de la educación para la salud y ser capaz de utilizarla y valorarla como instrumento esencial para la promoción de la salud.

Con el surgimiento de las acciones en salud basadas en evidencia y de las intervenciones educativas basadas en resultados, autores como Butterfoss (15), -citando a Green, Cameron, Jolin, Walker, McDermontt, & Gough-, reconoce que la utilización y evaluación de una estrategia son evidencias confiables y válidas de su bondad para lograr cambios en salud y en aspectos sociales comunitarios. En ese mismo orden de ideas, en los

proyectos en los cuales se usó y se está aplicando el Modelo PRECEDE/PROCEED, éste fue y es considerado como una herramienta para educar a la población que enfrenta una problemática de salud o como en el caso de la Universidad de Oviedo, formar al futuro médico para que lo aplique. Sin embargo, no se encontró ningún antecedente en el cual se investiguen los cambios que produce en los profesionales de la salud el aprendizaje del Modelo, finalidad de la presente investigación.

- **La formación del rol de promotor/educador de la salud desde la visión constructivista.** En el taller desarrollado para la formación del rol de promotor/educador de la salud, se trabaja con la postura teórica constructivista o construccionismo social como modo de pensar y de actuar, no como una descripción del mundo (16-18). Se busca que los participantes del taller conformen ese rol a través de vivir su propio proceso de enseñanza-aprendizaje como un espacio dinámico que les permita no sólo acrecentar el dominio de su campo disciplinar, sino reconocer la trascendencia de lo educativo en la conformación de la salud individual y colectiva, enfocando la resolución de problemas de casos específicos. Asimismo, se enfatizó en que el promotor/educador de la salud debe reconocer que la dinámica de su transformación redundará en las relaciones que establezca con la población a la cual sirve, en virtud de que el enseñar y el aprender no son procesos neutros, sino complejos, en los cuales son asociados conocimientos, sentimientos y experiencias previas tanto de quien aprende como de quien enseña. Parafraseando a Kuhn (19), puede decirse que no sólo la objetividad y la razón fueron sustento de las actividades planificadas y desarrolladas durante el taller, sino consideraciones previas que fueron conformadas en otros lugares y quien sabe cuántas, como actos de fe. De allí que el caudal previo se asumió con incertidumbre en virtud de que puede, como sostiene Bachelard, constituirse en obstáculo epistemológico. *“Precisar, rectificar, diversificar, he ahí los tipos de pensamiento dinámico que se alejan de la certidumbre y de la unidad, y que en los sistemas homogéneos encuentran más obstáculos que impulsos”* (20).

Por otra parte, no sólo por lo sostenido por Ausubel et al (21,22) al contraponer aprendizaje significativo al tradicional aprendizaje repetitivo, sino que es necesario destacar que el aprender en la actual sociedad del conocimiento no está centrado ni en lo memorístico ni en la repetición, sino en la búsqueda, selección y aplicación de aquellos conocimientos que nos posibiliten el logro de una vida sana tanto a nivel personal como familiar y de la sociedad en general, la cual se amplía cada vez más en virtud de la mundialización de la información y de la comunicación por el creciente proceso de globalización. Y como sostiene Pearse en su metáfora “proceso dinámico serpentino”, el construccionismo social es una manera de habérnosla con las circunstancias cambiantes del mundo en el cual vivimos. (23)

Asimismo, se asume educar en su sentido etimológico: latín educare y educere: orientar, llevar hacia delante algo desde adentro, lo cual implica que el docente debe analizar lo que hace al enseñar y la teoría que respalda su actividad de enseñanza, con la finalidad de hacer consideraciones epistemológicas que permitan evidenciar los problemas inherentes a la construcción del conocimiento que transmite. Análisis que se fundamenta en virtud de que el conocimiento no es algo dado, no sólo es producto, sino es también una manera de pensar y recrear ese producto para crear a partir de él, otro producto. Se asume que educar, en nuestro caso, educar en salud, es desarrollar un sistema sensible en armonía con otros sistemas más amplios que lo contienen. Es desarrollar un proceso holístico de transformación en

sincronía con el gran proceso que es la vida, transformación que modifica tanto a quien aprende como a quien enseña.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Grupo estudiado y características del espacio físico-geográfico y afectivo-cognitivo creado para la realización del taller. El grupo estudiado fueron 31 profesionales de la salud, que cursaron en el Primer Módulo del año 2002, la Asignatura "Educación para la Salud" perteneciente al programa del Curso de Gerencia en Salud del Dpto. de Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, Venezuela. El curso mencionado está dirigido a profesionales de diversas disciplinas, de allí que el grupo se distribuyó de la siguiente manera: 18 médicos, 5 enfermeras, 4 bioanalistas, 2 odontólogas, 1 farmacéuta, 1 médica veterinaria. 25 de los profesionales pertenecen al sexo femenino y 6 al masculino.

La asignatura mencionada tiene carácter modular, con una duración de 16 horas (2 días) y se dicta por lo menos dos veces cada año, en aulas universitarias que disponen de condiciones óptimas de temperatura e iluminación y con disponibilidad de recursos audiovisuales para el desarrollo de las actividades que se contemplan en forma de taller. El material bibliográfico para las discusiones contempló información de los contenidos programáticos de la asignatura: Oficialización y definición de la educación y promoción de la salud a partir de las propuestas de la OMS y de otros autores, postulados del construccionismo en educación, haciendo énfasis en el rol del docente, del alumno y del ambiente afectivo-cognitivo desde esta perspectiva, el Modelo PRECEDE/PROCEED y estrategias y técnicas de enseñanza individuales y colectivas.

La asignatura mencionada sirvió de espacio para realizar una investigación a nivel descriptivo, ya que se buscó identificar los conocimientos construidos (cambios) por el grupo de profesionales estudiados, a partir de una práctica que permitiera hacer surgir en ellos, el reconocimiento de las razones o elementos que intervinieron en el proceso de aprendizaje de su rol como educador de la salud. En este orden de ideas, el presente informe de investigación interpreta y muestra los resultados de la interacción entre los participantes del taller y la facilitadora-investigadora, quien tiene formación académica en Educación para la Salud y veinte años de experiencia en la aplicación del Modelo. Interacción con la cual se propuso hacer realidad la propuesta de la UNESCO en 1998, acerca de la articulación docente-investigador de su propia práctica contenida en la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción. (24). En esa declaración, se plantea la transformación de la Educación Superior en América Latina y El Caribe. Para el desarrollo de las actividades teórico-prácticas, el aula fue asumida como un espacio que privilegió el diálogo horizontalizado, para desde allí construir conceptos que lleven a redefinir tanto el rol de docente, como el de alumno.

Nivel, diseño y tipo de investigación. La investigación es de campo porque los datos fueron recabados de fuente primaria al ser producidos por los

mismos actores del proceso. La investigación a nivel descriptivo, tiene carácter cuali-cuantitativo, ya que los datos producidos al inicio y al final del taller mediante preguntas abiertas, luego de ser éstas interpretadas, fueron codificados para su cuantificación. El diseño es pre-experimental, ya que, se manipuló una variable: la aplicación del Modelo PRECEDE; existen dos momentos de recogida de datos: inicio y final del taller, pero, se trabajó con un grupo único. (25)

Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Para la recolección de los datos se utilizó como técnica la entrevista, la cual se realizó de manera colectiva al inicio y al final del taller. Las respuestas fueron registradas por los mismos participantes en un instrumento semi-estructurado por estar conformado por preguntas abiertas, con la finalidad de evitar direccionalidad de las respuestas por parte de la facilitadora/investigadora. Las preguntas estaban referidas al contenido (qué aprende) y razones de su aprendizaje (por qué aprende), así como a la definición de educación para la salud, antes y después de cursar la asignatura “Educación para la Salud”. Las preguntas del pretest y del postest fueron similares.

Procesamiento de las respuestas de los participantes: interpretación, clasificación y análisis estadístico. La interpretación de las respuestas para su cuantificación se hizo en dos momentos a partir de lo respondido por los propios participantes. Un primer momento condujo a una primera clasificación. Así, la pregunta No. 1: “¿Qué aprende cuando aprende?”, se clasificó según área de pertenencia: a) área cognoscitiva, cuando mencionaron: conocimientos, estrategias, métodos. b) área afectiva, cuando señalaron: sentimientos, actitudes, valores, creencias, intereses. En la pregunta No. 2: “¿Por qué aprenden?”, la clasificación se hizo a partir de la centralización de la responsabilidad del resultado obtenido: en sí mismos o en sus propias capacidades, en las características del docente, o de la metodología de enseñanza utilizada. En la pregunta No. 3: “Defina la educación para la salud”, las respuestas indican que fue definida como contenido, método, técnica, al ser mencionada como: conocimiento, técnica, método, herramienta, ciencia, enseñanza, aprendizaje. Ya clasificadas las respuestas, en un segundo momento, el tipo y número de elementos mencionados permitió categorizarlas según su complejidad. Respuestas

simples si mencionaba elementos aislados; y respuestas complejas, si establecían redes o relaciones entre los elementos señalados. Ya categorizadas las respuestas según complejidad, fueron cuantificadas para su procesamiento mediante el Paquete Estadístico SPSS +, Versión 10.0. En virtud de que el objetivo fue identificar cambios en las respuestas finales al ser comparadas con la situación inicial, se utilizó la Prueba de McNemar para conocer la significación de los cambios ocurridos. (26) Nivel de significación: 0,05.

RESULTADOS

Respuestas de dos de los participantes en el Taller ante las preguntas del pretest: 1) ¿Qué aprendo cuando aprendo?. 2) ¿Por qué aprendo?. 3) ¿Qué es Educación para la Salud?, y del posttest: 1) ¿Qué aprendí en este taller?. 2) Por qué aprendí? y 3) Qué es Educación para la Salud?

Participante No. 13:

Pretest:

- 1).- **Aprendo:** “lo que para mí es importante”
- 2).- **Aprendo para:** “sentirme a la altura de los roles que desempeño en la sociedad”
- 3).- **Educación para la Salud es:** “cúmulo de conocimientos relacionados con el área de la salud, aplicables a la resolución de problemas sanitarios”

Posttest:

- 1).- **Aprendí:** “que el que aprende debe estar motivado por una necesidad y que en las comunidades hay problemas de salud que al no ser reconocidos como tales no crean necesidad de cambio. Por lo tanto, quien pretende enseñar debe “despertar o motivar esa necesidad”. “Aprendí a sentir lo que es aprender” “De ser docente, espero lograr en las personas a quienes vaya dirigido mi programa, la misma sensación”.
- 2).- **Aprendo:** “Si quien nos enseña logra estimular en nosotros el análisis de las ideas que surgen, nos permite enriquecernos de su experiencia y la de los demás compañeros, por tanto, en mí hay una nueva disposición, hay nuevos retos. En conclusión, siento que aprendí.”
- 3).- **Educación para la Salud es:** “proceso mediante el cual y a través de programas educativos logramos cambios en actitudes, conocimientos y prácticas en la sociedad que la llevan a reconocer sus problemas sanitarios y a resolverlos”

Participante No. 14:

Pretest:

- 1).- **Aprendo:** “nuevos conocimientos, metodologías, experiencias”
- 2).- **Aprendo porque:** “necesito alimentarme día a día”, “por lo que la sociedad me exige”
- 3).- **Educación para la Salud es:** “el conjunto de medidas, técnica y científicamente aceptadas para mantener el estado de bienestar físico, social y mental.”

Posttest:

- 1) **Aprendí:** “la importancia de una buena formación para ejercer una actividad” “Aprendí que cuando se aprende, se aprenden muchas cosas más de lo que usualmente uno aprende”

2).- **Aprendí por:** “la calidad del educador, por mi interés por el tema presentado y por el ambiente creado en torno al nuevo conocimiento”.

3).- **Educación para la Salud es:** “la herramienta puesta al alcance de los profesionales de la salud y de las comunidades para alcanzar un bienestar individual y/o colectivo”

Tabla 1. Profesionales de la salud distribuidos según complejidad de lo concebido como aprendido antes y después de participar en un taller para aprender el rol de educador de la salud.

CONCEPCIÓN INICIAL	CONCEPCIÓN FINAL		TOTAL
	Simple	Compleja	
Simple ⁽¹⁾	3 (20,0%)	12 (80,0%)	15 (48,4%)
Compleja ⁽²⁾	2 (12,5%)	14 (87,5%)	16 (51,6%)
TOTAL	5 (16,1%)	26 (83,9%)	31 (100,0%)

(1) Contestaron que aprenden elementos del área cognoscitiva, tales como: conocimientos, técnicas, métodos, herramientas.

(2) Contestaron que aprenden tanto elementos del área cognoscitiva (conocimientos, técnicas, métodos, herramientas), como afectiva (conforman actitudes, valores, creencias, intereses).

Prueba McNemar: $P = 0,013 < 0,05$

La probabilidad ($P = 0,013 < 0,05$) asociada a la Prueba de McNemar resultó significativa, de lo cual se infiere que ocurrió un cambio significativo (aumento) de la proporción de profesionales de la salud que concibieron de manera compleja las dimensiones de lo aprendido después de haber realizado el taller (83.9%) en comparación con el porcentaje que lo hizo inicialmente (51,6%). El cambio más frecuente fue la combinación cognitivo-afectiva (12/15=80%).

Tabla 2. Profesionales de la salud distribuidos según complejidad de lo concebido como causas del aprendizaje obtenido antes y después de participar en un taller para aprender el rol de educador de la salud.

CONCEPCIÓN INICIAL	CONCEPCIÓN FINAL		TOTAL
	Simple	Compleja	
Simple ⁽¹⁾	9 (36,0%)	16 (44,0%)	25 (80,6%)
Compleja ⁽²⁾	1 (16,7%)	5 (83,3%)	6 (19,4%)
TOTAL	10 (32,3%)	21 (67,7%)	31 (100,0%)

(1) Concepción elaborada a partir de considerar que se aprende por la acción de elementos aislados del proceso: el participante, el docente, la metodología, el material bibliográfico, el ambiente creado.

(2) Concepción elaborada a partir de considerar que se aprende por la interacción de los elementos participantes en el proceso.

Prueba McNemar: $P = 0,000 < 0,01$

La probabilidad ($P = 0,000 < 0,01$) asociada a la Prueba de McNemar resultó altamente significativa más allá de $\alpha = 0.01$, de lo cual se infiere que ocurrió un cambio significativo (aumento) en la proporción de profesionales de la salud que concibieron de manera compleja las razones de su aprendizaje, es decir, manifestaron que aprendieron por la interacción de múltiples causas después de haber recibido el taller (67,7%), en comparación con el porcentaje que lo hizo inicialmente (19,4%). Específicamente, el cambio más frecuente fue el reconocimiento de la combinación docente-alumno-material-ambiente ($16/25 = 64\%$).

Tabla 3. Profesionales de la salud distribuidos según complejidad de la definición inicial y final de educación para la salud señalada en un taller para aprender el rol de educador de la salud.

DEFINICIÓN INICIAL	DEFINICIÓN FINAL		TOTAL
	Simple	Compleja	
Simple ⁽¹⁾	12 (41,4%)	17 (58,6%)	29 (93,5%)
Compleja ⁽²⁾	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (6,45%)
TOTAL	13 (41,9%)	18 (59,1%)	31 (100,0%)

(1) Definición de Educación para la Salud conformada a partir de señalar elementos aislados

(2) Definición construida a partir de establecer relaciones entre varios elementos mencionados. Prueba McNemar: $P = 0,000 < 0,005$

Prueba McNemar: $P = 0,000 < 0,005$

La probabilidad ($P = 0,000 < 0,05$) asociada a la Prueba de McNemar resultó altamente significativa más allá de $\alpha = 0,01$, de lo cual se infiere que hay un cambio significativo (aumento) en la proporción de profesionales de la salud que definieron de manera compleja a la educación para la salud después de haber recibido el taller (59,1%), en comparación con el porcentaje inicial (6,45%). El cambio más frecuente fue la construcción de una nueva definición: de señalarla inicialmente como conjunto de conocimientos o estrategia, pasaron a identificarla como proceso.

DISCUSIÓN

El nivel de entrada de los profesionales de la salud participantes del taller quedó conformado por las consideraciones siguientes manifestadas de manera aislada: se aprenden conocimientos o métodos, o herramientas; se aprende por el esfuerzo que hace el aprendiz o por el docente o por la metodología utilizada. En cambio, el nivel de salida estuvo caracterizado por las relaciones establecidas entre los elementos que se veían inicialmente como separados. En cuanto a la definición de Educación para la Salud, la concibieron inicialmente como estrategia o conjunto de conocimientos para ser enseñados en relación unidireccional haciendo exclusión de las características de la población, para luego definirla como un proceso de relación profesional-población.

Durante el taller se partió de los insumos en que fueron constituidas las ideas iniciales expresadas por los participantes. A través del desarrollo del taller, esas ideas previas fueron confrontadas en el conjunto docente-alumno-bibliografía, lo cual permitió la elaboración de nuevas propuestas expresadas en programas educativos en salud planificados para dar respuesta a situaciones concretas problematizadas por los participantes. Por tanto, desarrollo y resultados del taller confirman que el proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en una propuesta metódica, se constituyó en una mediación que permitió acceder a experiencias subjetivas, cognitivo-afectivas transformadoras no sólo al deconstruir y reconstruir la experiencia personal previa y redimensionar los conocimientos de entrada, sino para construir y manejar nuevas ideas. Al crear las condiciones pedagógicas para el despliegue del potencial interior ilimitado de cada participante, lo vivido en el taller se constituyó en un acto transformador. Es necesario destacar que el reconocimiento de la subjetividad lo hicieron profesionales cuya formación académica formal prioriza la objetividad.

Por lo expresado por los participantes, los contenidos discutidos y la aplicabilidad del Modelo PRECEDE/PROCEED a situaciones de salud reales, medió la generación de nuevas propuestas evidenciadas en la ya mencionada planificación de programas educativos en salud. El clima de participación en todas y cada una de las actividades que conformaron el taller, estuviesen o no programadas, imprimió significatividad a lo vivido, en virtud de que el desarrollo de esas actividades fue antepuesto en importancia a los resultados.

Los cambios ocurridos en el grupo estudiado evidencian complejización de su postura teórico-metodológica inicial. Desde la visión teórica que fundamenta la presente investigación, cambios en la experiencia previa es esperado cuando, como construcción interior, se redefine la anterior concepción al ser clara y diferente la nueva propuesta.

CONCLUSIONES

La experiencia de construir el rol de promotor/educador de la salud centrado en la planificación de programas educativos en salud utilizando el Modelo

PRECEDE/PROCEED, permitió a profesionales de la salud sin formación pedagógica previa:

1) reconceptualizar su personal proceso de enseñanza-aprendizaje hacia una complejización de lo que aprenden y de por qué aprenden. De allí que la conformación de su rol de promotor/educador de la salud se hizo basado en un proceso de confluencia y relación de múltiples determinaciones personales y sociales.

2) romper esquemas en la concepción tradicional de la Educación para la Salud, al replantear la clásica visión del saber/poder que prioriza la información en salud a través de la charla y la cartelera, la cual no considera ni las características de la población a quien están dirigidos los mensajes ni la formación pedagógica que deben tener los educadores de la salud.

Asimismo, los resultados permiten sostener la interacción entre lo teórico y lo metodológico en el proceso educativo en salud, ya que a partir de una experiencia de aprendizaje centrada en un método, hubo modificaciones a nivel de las concepciones no sólo de lo metódico, sino del marco conceptual con el cual iniciaron la construcción del rol de educador de la salud.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud para todos en el siglo XXI. (Documento A51/5) Ginebra 1998.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Médicos para la salud. Estrategia mundial de la OMS para reformar la enseñanza de la medicina y la práctica médica en pro de la salud para todos. Documento WHO/HRH/96.1. 1996.
3. Green, L.W.; Kreuter, M.W.; Deeds, S.G.; Partridge, K.B. Health Education Planning. A Diagnostic Approach. Mayfield Publishing Co. Palo Alto, California 1980.
4. Green, L.W.; Kreuter, M.W. Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach. 3 ed. McGrawHill. New York 1999.
5. Green, L.W.; Kreuter, M.W.; Deeds, S.G.; Partridge, K.B. Health Education Planning. A Diagnostic Approach. Mayfield Publishing Co. Palo Alto, California 1980.
6. Green, L.W.; Kreuter, M.W. Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach. 3 ed. McGrawHill. New York 1999.
7. Ausubel, D.P. Educational Psychology. Holt, Rinehart and Winston, INC. USA 1968. p. 148-149
8. Ausubel, DP; Novak, JD; Hanesian, H. Psicología Educativa. Un punto de vista Cognoscitivo. 2da. Ed. Trillas. México 1990.

9. MacLachlan, M. (Ed). *Cultivating Health. Cultural Perspectives on Promoting Health*. John Wiley & Sons, LTD. England 2001.
10. Peltzer, K. Traditional Mechanisms for Cultivating Health in Africa. En: MacLachlan, M. (Ed.). *Cultivating Health. Cultural Perspectives on Promoting Health*. John Wiley & Sons, LTD. England 2001. p. 157-175
11. Ager, A. y Young, M. Cultivating the Psychosocial Health of Refugees. En: MacLachlan, M. (Edit.). *Cultivating Health. Cultural Perspectives on Promoting Health*. John Wiley & Sons, LTD. England 2001. p. 177-197
12. Bishop, G.D. y Wong M. L. Designing Sustainable Health Promotion: STD and HIV Prevention in Singapore. En: MacLachlan, M. (Edit.). *Cultivating Health. Cultural Perspectives on Promoting Health*. John Wiley & Sons, LTD. England 2001. p.199-226.
13. Alanís-Alanís, M. de J. y Núñez-Rocha, G M. Efecto de un programa en planificación familiar, con el método PRECEDE en adolescentes embarazadas. Universidad Autónoma de Nuevo León. IV Reunión Delegacional de Investigación Médica. Salud Pública y Nutrición. Febrero 2000. Especial No.1. Monterrey, N.L, México.
14. Universidad de Oviedo. Facultad de Medicina. Programa de la Asignatura Medicina Preventiva y Salud Pública 2003-2004. España. [Documento en línea] Disponible en: <http://directo.uniovi.es/catalogo/FichaAsignatura.asp?ASIGNATURA=4708>. Consulta: 09/02/04
15. Butterfoss, F. D. y Kegler, M. C. Toward a comprehensive understanding of community coalitions. Moving from practice to theory. En: DiClemente, R. J.; Crosby, R. A.; Kegler, M. C. (editores). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*. Jossey-Bass. John Wiley & Sons, Inc. England 2002. p. 177.
16. Glasersfeld, E. La construcción del conocimiento. En: Fried S., D. *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Paidós. Buenos Aires 1994. p. 126-127.
17. Pearce, B. Nuevos modelos y metáforas comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad. En: Fried S., D. *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Paidós. Buenos Aires 1994. p. 265-283.
18. Gergen, Kenneth. *Social Construction in context*. Sage Publications. London 2001.
19. Kuhn, T. *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica. México 1971.
20. Bachelard, G. *La formación del espíritu científico*. Siglo XXI Edit, S.A. Argentina 1974. p.19.
21. Ausubel, D.P. *Educational Psychology*. Holt, Rinehart and Winston, INC. USA 1968. p. 148-149
22. Ausubel, D. P.; Novak, J. D; Hanesian, H. *Psicología Educativa. Un punto de vista Cognoscitivo*. 2. ed. Trillas. México 1990.

23. Pearce, B. Nuevos modelos y metáforas comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad. En: Fried S., D. Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Paidós. Buenos Aires 1994. p. 265-283.
24. UNESCO. Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción. (9 Octubre de 1998). Disponible en: <http://www.unesco.org/education/educprog/wche/marco#marco>. (Consulta: Noviembre 2005)
25. Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la Investigación. 3 ed. McGrawHill. México. 2003. p. 220-221.
26. Pardo M. J, Ruiz D. M. **SSPS 11**. Guía para el análisis de datos. McGraw Hill. 2002. p.244