

La Educación Sanitaria hoy y el modelo PRECEDE.

L. W Green, Kreuter M.W, Deeds S.G, Partridge KB.

Tomado de: Modelos y Teorías en Salud. Documentos.

Traducido de:

Green LW, Health Education Today and the PRECEDE Framework. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Mayfield Publishing Company, 1980: 2-17.

Estos son tiempos gratificantes para los profesionales de la salud que han estado comprometidos con el concepto de la educación para la salud. Un brusco auge del interés del público y de los profesionales por la educación para la salud está siendo impulsado a nivel nacional e internacional convergiendo en temas de auto-ayuda, prevención y promoción de la salud. La legislación reciente y las actividades con ella relacionadas sugieren que el interés es más que un simple sentimiento y retórica. El Acta de la Organización para el Mantenimiento de la Salud, el cual se convirtió en ley en 1973, especificó que los servicios educativos y de prevención fueran obligatorios para las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud a nivel federal- Ea 1973, el Comité del Presidente en Educación para la Salud se pronunció a favor del establecimiento de una Oficina de Educación para la Salud en el Departamento de Salud, Educación y Bienestar, y en el sector privado, de un Centro Nacional de Educación para la Salud. Ambos están ahora en funcionamiento como puntos de mira hacia la acción. El Acta de Planificación Nacional de la Salud y de Desarrollo de Recursos de 1974, designó a la educación para la salud del sector público como una de las prioridades de salud de la nación. En 1976, la PL94-317 estableció una Oficina de Información Sanitaria y de Promoción de Salud bajo la Secretaría Asesora de Salud del Departamento de Salud, Educación y Bienestar. En la primavera de 1978, la Oficina de Recursos de Salud patrocinó un encuentro nacional de educadores para la salud con el propósito de establecer criterios para ser posiblemente usados en la certificación de educadores para la salud.

Además de estas actividades, otras tendencias pueden también ser reseñadas. La literatura indica que programas innovadores están siendo puestos a prueba en la comunidad, en escuelas, sobre pacientes, y en los lugares de trabajo; y esto evidencia el aumento de interés y de participación en el auto-cuidado y en los grupos de auto-ayuda. La Operación de Estilos de Vida de Canadá es un ejemplo del compromiso de una nación entera hacia la prevención y la educación para la salud.

La Educación para la salud en Europa, un informe publicado en 1976, proporciona una visión de las políticas de educación para la salud, sus tendencias, y sus prácticas en veintiocho países. En el resumen del informe Schnocks establece que, "en cualquier parte de Europa hoy, la educación para la salud es percibida como una dimensión integral del cuidado sanitario y es un prerrequisito esencial para una acción legislativa efectiva encaminada a la protección de las personas de acciones nocivas para la salud. También es reconocido que la política de salud moderna pide intervenciones educacionales las cuales tengan una base científica bien fundada."

Algunos ejemplos interesantes de innovaciones en educación para la salud se citan en el informe, incluyendo un programa completo de enfermedades cardiovasculares en North Karelia, Finlandia y un estudio prospectivo de veinticinco años en Suecia designado para modificar el hábito de fumar por medio de unas influencias sociales particularmente seleccionadas.

D.N. Loransky, Director del Instituto Central de la URSS para la Investigación Científica en Educación para la Salud explica que la Presidencia de la Academia de Ciencias Médicas de la URSS identificó la educación para la salud como un factor significativo a nivel nacional y estableció una comisión especial de educación para la salud en 1976, buscando una decisión que "encabezara un nuevo e importante período en el desarrollo de la educación para la salud en el país: de ahora en adelante, todos los departamentos de medicina e institutos localizados en las distintas repúblicas y regiones participarán en actividades educacionales de forma regular y planificada.

Aunque los fondos internacionales para educación para la salud son todavía extremadamente limitados, la tendencia puede estar cambiando. Los recientes apoyos para trabajos experimentales y demostraciones a gran escala, sugieren un creciente interés en la investigación de los efectos de la educación para la salud. A todos los niveles legislativo, administrativo, profesional, y del consumidor existe una evidencia tangible de un fortalecimiento del compromiso con la educación para la salud.

LA META: EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE CALIDAD

Existen casi tantas definiciones de educación para la salud como hay educadores para la salud. La definición ofrecida por el Comité del Presidente en Educación para la Salud es representativa: "la educación para la salud es un proceso el cual cubre el hueco existente entre la información sanitaria y las prácticas en salud. La educación para la salud motiva a la persona a aceptar información y a hacer algo con ella -mantenerse más sano evitando acciones que sean perjudiciales y estableciendo hábitos que sean beneficiosos."

Esta definición sugiere, como casi todas las demás, que la educación para la salud está relacionada con una conducta saludable bien ayudando a las personas a mantener sus estilos de vida o bien ayudándolas a desarrollar sus estilos de vida en unas direcciones que promuevan salud. Los asuntos políticos y éticos surgen inmediatamente cuando uno empieza a considerar la modificación de conducta. Estos temas deben ser tratados y lo mejor es hacerlo mutuamente, antes de la intervención por medio del diagnóstico y la planificación, entre los educadores para la salud como agentes del cambio y los parientes, estudiantes, trabajadores, o consumidores como aquellos sobre los que se contempla el cambio.

La planificación y el diagnóstico mutuo implican proceso, otro importante aspecto de la definición del comité. La educación para la salud como proceso significa que las actividades de educación para la salud tienen una base común sin importar dónde ocurran sea en un ambiente clínico, en la comunidad, en la escuela, en el hogar, o en el trabajo. Enfatizando el proceso hace posible que este no quede desvirtuado por diferencias de lugares, de métodos y de contenidos educacionales y hace que las metas se mantengan más claramente enfocadas. Sliepceovich, en un informe de un taller nacional estudiando la certificación de los educadores para la salud en Estados Unidos urgió a los educadores para la salud de pacientes, a los de la comunidad y a los de las escuelas a no "dejar que los imperativos territoriales en los títulos (escuela, comunidad, paciente) interfieran con nuestra meta común de educación para la salud". Nuestro énfasis en este libro será en los pasos comunes que preceden a la intervención en educación para la salud a nivel clínico, en la escuela, y en la comunidad.

Conforme el entusiasmo por la educación para la salud va ganando oportunidad a través del mundo, y conforme los intereses de los profesionales y del público en general se convierten en compromisos, uno puede esperar con más certeza que se preste mayor atención a los temas de rendimiento y contabilidad, especialmente cuando sean fondos públicos con las que se trabajan. Mientras hay muchos que miran a los ahorros potenciales del gasto con la educación para la salud, otros han sido más precavidos. Richards, en su revisión global de los métodos y eficacia de la educación para la salud, advirtió: "todas las campañas que con

demasiada frecuencia nunca fueron apropiadamente diseñadas o conducidas se calificaron como fallos pero las causas exactas para esta decepción nunca fueron expuestas... para nosotros resulta provechoso tomar nota de que en muchas áreas existe una falta de bases metodológicas firmes sobre las que se puedan planificar intervenciones experimentales.”

Knawies, un defensor reconocido de la promoción de la salud y de la medicina preventiva, que cita la necesidad de educación para la salud escolar de calidad como una prioridad máxima para la política pública de salud en prevención, elevó la siguiente crítica a los programas de salud escolar. Su visión, aunque exagerada, no es infrecuente: los programas de salud escolar están lejos de lo mejor, confinándose ellos mismos a perentorias llamadas de atención sobre la enfermedad y a poner pósters sobre el lavado de dientes y comer tres comidas al día, sin **haber determinaciones** de si se ha aprendido algo. La noción de los peligros del cuerpo y de la mente no se adquiere hasta que se tienen veintitantos años en nuestra cultura.. Los muchachos se cansan del “lávate los dientes”, “no comas porquerías”, “déjate la cosa sola”, “vete a la cama” y “haz algo de ejercicio”.

Un programa sistemático de planificación y evaluación es esencial si la educación para la salud quiere obtener validez ante los ojos de la gente y ante los de los profesionales de salud y los políticos que se encargan de analizar su valía.

A menos que tengan esquemas bien definidos para la planificación de la educación para la salud, en los cuales los resultados a largo plazo, los objetivos conductuales, y los inputs del programa estén claramente definidos los unos respecto a los otros, los bien intencionados educadores para la salud corren el riesgo de caer en rituales y prácticas cuestionables de educación para la salud. Tales prácticas se llaman trampas. Algunas profesionales caen en la trampa técnica cuando llegan a estar tan metidos en "hacer" educación para la salud que pierden la visión del porqué el programa se ofertó en primera instancia. Rosenstock vio a las víctimas de esta trampa como perdiéndose ellos mismos *en la formulación y conducción de actividades -planificación de mensajes de medios de comunicación, usando organizaciones vecinales para difundir mensajes, diseñando mensajes para hacer crecer las emociones - todo sin pensar realmente en voz alta porqué uno está haciendo estas cosas. Y en tales casos, es fácil caer en la trampa de sustituir actividades por objetivos.

“Hay también una trampa tecnológica en la cual la práctica de la educación para la salud parece estar basada en una serie de falacias la suma de las cuales sugiere que la respuesta a una educación para la salud efectiva recae enteramente en la calidad y en la cantidad de tecnología avanzada educativa”. Una de estas falacias es la falacia del vaso vacío. En ella, los educadores para la salud se comportan como si lo único que tuvieran que hacer para asegurar el éxito de sus programas es llenar de información las mentes vacías de la expectante población diana. Por añadidura, las tecnologías son vistas como las que transmitirán la mayor parte de información a la mayoría de la gente sin tener en cuenta sus diferentes creencias, actitudes, valores y percepciones.

Otra falacia, creando una diferente forma de trampa técnica, es la falacia de la superioridad o inferioridad inherente de algunos métodos. Muchos profesionales aparentemente pierden de vista el hecho de que un método educacional solo es efectivo tanto en cuanto se aplica de forma adecuada. Con esta forma de pensar, los profesionales están convencidos de que sus métodos son los únicos métodos efectivos para la educación para la salud. Algunos trabajan de forma casi exclusiva a través de procesos grupales; algunas creen que la televisión es el único medio efectivo de comunicación; otros creen que los medios de comunicación no pueden conseguir apenas nada en cambios de conducta y prestan toda su atención a métodos más

personales y directos. La aproximación diagnóstica a la planificación de la educación para la salud que presentaremos, reconoce que no hay nada inherentemente superior o inferior acerca de ningún método de educación. Cada cual tiene un potencial.

La falacia de cuanto más mejor, crea una tercera forma de trampa técnica. Los profesionales que comparten este concepto equivocado asumen que los resultados positivos aumentarán proporcionalmente con una mayor cantidad de tiempo, una mayor cobertura de televisión, un mayor equipamiento de medios, con más personal, o más contactos.

Como educadores para la salud con experiencia en los entornos clínicos, comunitarios, y en centros escolares, somos dolorosa y cariñosamente conscientes de las limitaciones de algunos esfuerzos que se realizan en educación para la salud. También somos conscientes de que algunos esfuerzos en educación para la salud son muy innovadores, y es para esto precisamente, para construir sobre éxitos en vez de repetir los mismos fallos para lo que ofrecemos en los siguientes capítulos los marcos conceptuales y los procedimientos que llamaremos PRECEDE. El PRECEDE ha de ser visto como una herramienta para ser utilizada de forma inteligente enmarcando y aplicando las teorías científicas más apropiadas y las tecnologías educacionales para la planificación de educación para la salud efectiva.

EL PUNTO DE MIRA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Definimos educación para la salud como: "Educación para la salud es cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar adaptaciones voluntarias de conducta dirigidas hacia la salud".

Esta definición hace énfasis en el punto de mira así como en el propósito de la educación para la salud. Nos capacita para delinear de una forma más precisa que lo hizo la definición del Comité del Presidente de Educación para la Salud cuyos programas, actividades, y métodos pueden ser caracterizados como educacionales. La mayoría de las actividades de educación para la salud no son autónomas, no son programas que se sostienen sobre sí mismas. Están inmersos en otros programas, y muchas no son identificadas como de educación para la salud. Incluso, unas pocas profesionales a veces disocian su relación con educación para la salud en un intento de distinguir sus esfuerzos como más innovadores, más modernos, más técnicos, más conductistas más centrados en el cliente, o más científicos que lo que ellos perciben que lo es la educación para la salud. Los programas de educación para la salud frecuentemente no son etiquetados como tales incluso cuando los métodos empleados claramente derivan su orientación filosófica, técnica y teórica o científica de la educación, de la psicología educacional, de la tecnología educacional o de la misma educación para la salud.

Las distintas etiquetas utilizadas para los programas de educación para la salud y las actividades -programas de motivación, modificación de conducta, consejo sanitario y comunicación- ilustran el punto de mira, la diversidad, y las demarcaciones de las aplicaciones educacionales en salud.

El término motivación, como en programas *de motivación*, ha sido utilizado especialmente en planificación familiar refiriéndose a las actividades generalmente incluidas en un programa de educación para la salud. Los programas de motivación están combinados usualmente con "esquemas de incentivos" designadas para llamar la atención más directamente hacia motivos económicos para la limitación familiar. Desde un punto de vista de psicología normal, el término motivación usado de esta manera es incorrecto. La motivación es un constructo que hace referencia a las dinámicas internas de la conducta, no al estímulo externo; por tanto los programas de motivación son identificados de forma correcta como programas

basados en el uso de mensajes que hagan crecer la motivación. Las estrategias motivacionales son válidas como medio de educación para la salud bajo nuestra definición tanto en cuanto las motivaciones no sean llevadas hasta el extremo de que la conducta sea compulsiva. En ése extremo, la condición de cambio voluntario, esencial en nuestra definición, ha resultado violada.

El significado del término *modificación de conducta*, originalmente utilizado de forma exclusiva por los psicólogos conductistas, ha sido ampliado para incluir un amplio rango de estrategias educacionales y políticas en las cuales los objetivos primarios son los cambios de conducta. Los psicólogos conductistas puristas estarían disuadidos de la aplicación del término en ningún método educacional diseñado para generar cambios de conducta por medio de cambios en conocimiento o actitudes. Pero las técnicas de modificación de conducta son válidas como métodos de educación para la salud tanto en cuanto los sujetos accedan voluntariamente a ellos para conseguir cambios que deseen en su propia conducta. Algunas variaciones de los métodos de modificación de conducta que son utilizados en centros educacionales están diseñadas específicamente para aumentar el grado de autocontrol y auto-dirección que ejerce el individuo.

Las actividades asociadas con el término *consejo sanitario y sus variantes* (*consejo genético, consejo dietético, consejo del paciente*) constituyen otra categoría de educación para la salud en la medida que representa un *acercamiento* al cambio voluntario en la conducta sanitaria. En la medida que los disturbios emocionales interfieren con el control voluntario de la conducta, el consejo es psicoterapéutico más que educacional- El consejo que es más psicoterapéutico que informativo en su método y contenido está fuera de las miras de la educación para la salud.

Los psicólogos sociales, los investigadores de mercado y de opinión pública, los especialistas en los medios de comunicación, y los educadores para la salud -están todos interesados en los medios de comunicación. Las comunicaciones son utilizadas para afectar la conducta en cualquier esfera del ámbito humano. Su uso en relación con la conducta sanitaria está habitualmente entre las miras de la programación de la educación para la salud, excepto cuando son usados para hacer anuncios o promover productos o causas que son inconsistentes con las necesidades de salud de los consumidores.

Los ejemplos siguientes de actividades de educación para la salud no etiquetados normalmente como tales, ilustran los puntos en común y las distinciones que necesitan ser tenidas en cuenta en los programas de planificación. Preferimos el uso del término educación para la salud, más que las restrictivas y en algunos casos más insidiosas alternativas de modificación de conducta y educación del paciente. Los términos alternativos más apropiados para referirse a técnicas específicas o a estrategias de cambio de conducta pero deben ser asociados con educación para la salud solo cuando está claro que el paciente o el consumidor está en control voluntario de su decisión de cambio. Tengan en cuenta, tal y como hemos discutido, que las aplicaciones de cada uno, no es lo que los validan como medios de educación para la salud.

Las características que definen la educación para la salud como vemos, son la participación voluntaria del consumidor en la determinación de sus propias prácticas de salud. Esto no es simplemente filosofía. La evidencia de que la duración de los cambios cognitivos y de conducta es proporcional al grado de participación activa más que pasiva del que aprende es abrumadora. Además, hay razones estratégicas y prácticas para enfatizar la naturaleza voluntaria de la educación para la salud. Es importante evitar la resistencia pública o la reacción hacia programas que podrían ser

percibidos como propagandísticos, manipuladores, coercitivos, dirigidos comercialmente o políticamente, amenazadores, o paternalistas.

Otras formas y métodos de educación para la salud que definen este punto de mira son la organización de la comunidad, el entrenamiento en el lugar de trabajo, la asesoría, el trabajo en grupo, la instrucción asistida por ordenador, las máquinas de enseñanza no computarizadas y los métodos audiovisuales, la enseñanza del paciente, las ferias de salud, las exhibiciones, las bibliotecas, las conferencias, y las interacciones entre el consumidor y el proveedor durante los cuidados rutinarios de la salud. El punto de mira de la educación para la salud es definido como mucho, por sus resultados esperados y por sus métodos y formas. Y los cambios en conducta relacionados con los problemas de salud que pueden sobrevenir como resultado de la educación para la salud son numerosos y variados.

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO INTERVENCIÓN: EL MARCO DE TRABAJO PRECEDE.

Es importante para la discusión que sigue a continuación la idea de intervención. La actividad organizada de educación para la salud está basada en el deseo de intervenir en el proceso de desarrollo y cambio de manera tal que mantenga una conducta de salud positiva o para detener un patrón conductual que está relacionado con el aumento de factores de riesgo para una enfermedad, lesión, incapacidad, o muerte. La conducta es normalmente la de aquellas personas con mala salud pero también puede referir a la conducta de aquellos que controlan los recursos o recompensas, tales como los líderes de la comunidad, padres, empresarias, grupos de amigos, profesores, así como la de los profesionales de la salud. Independientemente de si un programa de educación para la salud está operando sobre un nivel primario (higiene), secundario (detección precoz), o terciario (terapéutico) debe ser visto de forma carterica como una intervención, el propósito de la cual es el de realizar un corto circuito a la enfermedad o mejorar la calidad de vida a través del cambio o del desarrollo de conductas relacionadas con la salud. El uso del marco PRECEDE (PRECEDE es un acrónimo de:

Predisposing: predisponentes,
reinforcing: reforzadores,
enabling: facilitadores,
causes: causas,
educational: educacional,
diagnosis: diagnóstico y
evaluation: evaluación

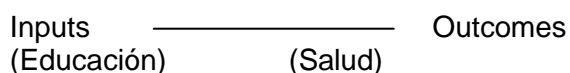
Proporcionarán puntos de vista específicos en relación a la evaluación. También promocionarán un objetivo altamente preciso para la intervención.

Antes de ir más lejos, quisiéramos aclarar que el PRECEDE no se ofrece como el camino exclusivo para hacer educación para la salud de calidad. Es en cualquier caso, un modelo teóricamente «robusto* que creemos que tiene valor para el reconocido problema de la educación para la salud: la planificación desarticulada. Es robusto en el sentido de que se ajusta situaciones diversas dentro de la educación para la salud. Como modelo, ha funcionado correctamente en un número elevado de rigurosos trabajos clínicos 'del mundo real'; como una guía útil para el desarrollo de programas de departamentos locales de salud, adoptado por al menos dos departamentos de salud a nivel estatal, como una guía para la revisión de proyectos materno-infantiles, como una herramienta analítica para análisis de políticas de educación para la salud a escala nacional e internacional, y como un modelo de

organización para el desarrollo curricular de educación para la salud para enfermeras, farmacéuticos, Y profesionales relacionadas con la salud.

Aprendiendo a Empezar por el Final

Nuestra experiencia sugiere que mucha gente responsable de programas de educación para la salud empiezan sus programas considerando e incluso diseñando la intervención que se va a emplear. ¿Qué hay de equivocado en ello? Vamos a responder destacando una relación de presunción causa - efecto.



En este esquema lo que entra o "inputs» son las intervenciones (o procesos), y el producto resultante o "outcomes" son los resultados anticipados de la intervención en términos de cambios en las condiciones o problemas médicos o sociales. Los profesionales de la salud, debido a su orientación activista, tienen una tendencia a empezar con los inputs. Después de un rápido vistazo al programa general que abordan, inmediatamente empiezan a diseñar y a implementar la educación para la salud y asumen que el resultado (outcome) se producirá automáticamente.

El marco conceptual PRECEDE dirige la atención inicial del educador para la salud hacia los outcomes más que hacia las inputs, forzándole a empezar el proceso de planificación de la educación para la salud por el final de los 'resultados'. Ello obliga a preguntarse el porqué antes que el cómo. Desde el punto de vista de la planificación, lo que pudiera aparentar ser el punto equivocado de comienzo es, en realidad, el correcto. Uno empieza con el resultado final y se pregunta qué es lo que debe preceder a los resultados para determinar cuales son las causas de tal resultado.

Dicho de otra manera, los factores importantes en relación a un resultado deben ser diagnosticados antes de que la intervención sea diseñada; si no es así, la intervención estará basada en un trabajo de adivinanza y correrá un riesgo mayor de empezar en una dirección equivocada e inefectiva.

Las Siete Fases del PRECEDE

Trabajar a través del PRECEDE es algo así como resolver un misterio. Uno es obligado a pensar de forma deductiva, a empezar con las consecuencias finales y a trabajar hacia atrás sobre las causas originales. Hay siete fases básicas en el procedimiento. Para proporcionar una visión general, pueden ser descritas superficialmente de la forma siguiente:

Fase 1 Idealmente, en primer lugar, uno empieza a considerar la "calidad de vida" valorando algunos de los problemas generales de interés para personas pertenecientes a la población de pacientes, estudiantes, trabajadores, o consumidores. Los tipos de problemas que experimenta una determinada comunidad son un buen barómetro de la calidad de vida en ese lugar. Estas problemas pueden ser determinados a través de varios métodos que son descritos con detalle en el capítulo segundo.

Fase 2 La misión de la fase 2 es identificar aquellos problemas específicos de salud que parecen estar contribuyendo a los problemas sociales anotados en la fase 1. Usando datos disponibles y datos generados por investigaciones apropiadas junto con hallazgos epidemiológicos y médicos, el educador para la salud enumera por prioridades varios problemas de salud y selecciona los problemas específicos de salud que más se merezcan las escasos recursos educacionales existentes.

Deberíamos apuntar aquí que a muchos educadores para la salud, particularmente aquellos que trabajan en educación para la salud escolar y en educación de pacientes, se les encomendará que desarrollen un programa después de que alguien distinto a ellos haya ido ya a través de las fases 1 y 2 y concluyera que la educación para la salud era necesaria. Nosotros apreciamos esta situación pero aconsejamos a los profesionales que se aseguren que estos dos primeros pasos han sido bien dados. Tal precaución asegura que los datos existentes sean válidos y también hace que los profesionales se familiaricen con la información fundamental y con las asunciones.

Fase 3. La fase 3 consiste en identificar las conductas específicas relacionadas con la salud que parezcan estar ligadas a los problemas de salud seleccionados como prioritarios en la fase 2. Dado que estas conductas son las que la intervención tendrá que ir fragmentando para influir sobre ellas, es esencial que sean identificadas de forma muy específica y que sean cuidadosamente priorizadas. Hemos conectado una categoría llamada "factores no de conducta" con el recuadro de "problemas de salud". Los factores no de conducta son de tipo económico, genéticos, y factores ambientales. Se incluyen aquí por su poderosa influencia, aunque sea indirecta, sobre la salud. Al ser conscientes de tales fuerzas los educadores podrán ser más realistas acerca de las limitaciones de sus programas. Ello también les hará capaces de reconocer qué otras fuerzas sociales podrían ser afectadas cuando los principios del PRECEDE sean aplicados a través de grupos de salud bien organizados y de coaliciones a nivel nacional. Incluso a nivel local, las conductas relacionadas con la salud influenciada a través de la educación sanitaria pueden incluir conductas colectivas dirigidas a influir factores económicos o medio-ambientales.

Fase 4. Basándonos en datos obtenidos de investigaciones sobre conductas de salud, hemos identificado tres "clases" de factores que tienen potencial para afectar la conducta sanitaria **factores predisponentes, factores facilitadores, y factores de refuerzo**. Los factores predisponentes, actitudes de una persona, creencias, valores, y percepciones, facilitan o dificultan la motivación personal para el cambio. Los factores facilitadores pueden ser considerados como barreras creadas principalmente por fuerzas sociales o sistemas. Las instalaciones escasas, el personal o los recursos comunitarios inadecuados, la falta de ingresos o de seguro de salud, o incluso las leyes y los estatutos restrictivos son ejemplos de factores facilitadores. Las habilidades y los conocimientos requeridos para que una conducta deseada x lleve a afecto también forman parte de los factores facilitadores. Los factores de refuerzo son aquellos relacionados con el feedback que el que busca aprender recibe de otros, el resultado del cual puede ser o bien de ánimo o bien de disuasión respecto al cambio de conducta.

La fase cuarta consiste por tanto en colocar y categorizar los factores que, de acuerdo a las tres clases que x acaban de citar, parezcan tener un impacto directo con la conducta seleccionada en la fase 2.

Fase 5. El estudio de los factores predisponentes, facilitadores, y de refuerzo conduce automáticamente al educador a la quinta fase del PRECEDE. En este momento, él o ella debe decidir exactamente qué factores de entre los que componen las tres clases van a ser el punto de mira de la intervención. La decisión se basa en la importancia relativa de unas respecto a otros y en los recursos que haya disponibles para influir sobre ellos.

Fase 6. Una vez que el educador para la salud ha conseguido una información diagnóstica pertinente y organizada de forma sistemática, estará preparado para la fase 6, la cual consiste en el desarrollo y en la implementación de un programa. Si él o ella mantiene presente las limitaciones de sus recursos, las limitaciones de tiempo y de capacidad, las intervenciones educativas apropiadas serán casi evidentes a raíz del diagnóstico de los factores predisponentes, facilitadores, y de refuerzo. Todo lo que queda entonces por hacer es la selección de la combinación adecuada de intervenciones y una valoración de los problemas administrativos y los recursos.

Fase 7. Dejar la evaluación para lo último puede crear malos entendidos. Consideramos que la evaluación debe ser una parte integral y continuada del trabajo a través de todo el modelo conceptual, el componente de evaluación del PRECEDE, los criterios de evaluación se salen de forma natural fuera del modelo conceptual durante el procedimiento diagnóstico. Ellos son remarcados conforme se va avanzando. Por ejemplo, al principio en el modelo conceptual, enfatizaremos la importancia de la definición clara de los objetivos conductuales del programa de manera que los estándares de aceptabilidad sean definidos con anterioridad en vez de después de la evaluación.

FUNDAMENTO: PISAR SOBRE SUELO FIRME

El modelo contextual PRECEDE usado para la planificación se fundamenta en las bases de cuatro disciplinas: la epidemiología, las ciencias sociales y de la conducta, la administración, y la educación. Aunque uno debe necesariamente tener siempre las cuatro en cuenta, cada una de ellas proporciona un sustento principal a una fase específica del PRECEDE. La cumplimentación con éxito de las fases 1, 2, y parte de la 3 depende en gran medida del uso de información y métodos epidemiológicos. El trabajo efectivo a través de las fases 3 y 4 requiere estar familiarizado con los conceptos y las teorías de las ciencias sociales y de la conducta.

El manejo de tareas complejas de diseño en implementación de un programa de educación para la salud requiere conocer la teoría administrativa y educativa así como tener experiencia práctica. Presentando este modelo conceptual, asumimos que el lector ha tenido contacto básico con estas disciplinas que constituyen el fundamento científico de la educación para la salud. A lo largo de todo el trabajo con el PRECEDE, se enfatizan dos propuestas básicas:

1. La salud y la conducta sanitaria son el resultante de múltiples factores; y
2. Debido a que la salud y la conducta están determinadas por factores múltiples, los esfuerzos en la educación para la salud de aceptar la conducta deben ser multidimensionales.

Esta naturaleza multidimensional del proceso de la educación para la salud es la que demanda el tipo de preparación del profesional en el cual varias disciplinas profesionales y científicas están integradas. No es sorprendente que los educadores ocasionalmente lleguen a desanimarse e incluso desencantarse cuando tratan de

sintetizar las ciencias biomédicas, la ciencia de la conducta, y la educación. El modelo conceptual PRECEDE puede guiar y poner en perspectiva algunos de estos intentos de síntesis. El reto - de poner en común una diversidad de disciplinas que se han desarrollado rápidamente como base para el entendimiento y de alguna manera contribuyendo a la mejora de la calidad de vida - es lo que sostiene el compromiso y la esperanza para la educación para la salud.