

Psicología y Salud

Universidad Veracruzana

rbulle@uv.mx.

ISSN (Versión impresa): 1405-1109

MÉXICO

2005

Johanna García / Elsa Owen / Luis Flórez Alarcón

APLICACIÓN DEL MODELO PRECEDE-PROCEED PARA EL DISEÑO DE UN
PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SALUD

Psicología y Salud, enero-junio, año/vol. 15, número 001

Universidad Veracruzana

Xalapa, México

pp. 135-151

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

reDalyC
LA BIBLIOTECA CIENTÍFICA EN LÍNEA
<http://redalyc.uaemex.mx>

Aplicación del modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud

Application of the Precede-Proceed model for outlining for a health education program

Johanna García, Elsa Owen y Luis Flórez-Alarcón¹

RESUMEN

Mediante la adaptación de las cinco fases de la primera etapa del modelo Precede-Proceed, se desarrolló un diagnóstico con un grupo de padres y madres de familia de un colegio distrital de Bogotá. A lo largo del diagnóstico, se escogieron como problemas prioritarios los comportamientos relativos a la comunicación entre padres e hijos y las habilidades para guiar el comportamiento de los adolescentes. Por medio de la metodología cualitativa y la instrumentación de técnicas participativas que plantea el modelo, se obtuvo información detallada sobre los factores asociados a estos problemas, lo que permitió establecer objetivos precisos para el diseño de un programa de educación para la salud como un aporte a la práctica de la Escuela Saludable. Se concluye que el modelo es útil en tanto se realicen adaptaciones de acuerdo a los contextos particulares.

Palabras clave: Modelo Precede-Proceed; Escuela Saludable; Promoción de la salud; Educación para la salud.

ABSTRACT

Through the adaptation of the five phases in the Precede-Proceed model's first stage, a diagnosis with a group of parents from a district school of Bogota was developed. Throughout diagnosis, the behaviors associated with communication between parents and children, as well as abilities to guide teenagers' behavior, were selected as priority problems. Detailed information on the factors related to these problems was obtained by applying the qualitative methodology and by implementing the participative techniques stipulated in the model. This permitted the establishment of precise objectives for the design of a health-education program as a contribution to the Healthy School Program. It is concluded that the model is useful as long as adaptations are made according to specific contexts.

Key words: Precede-Proceed model, Healthy School; Health promotion; Health education.

INTRODUCCION

El programa Escuela Saludable comparte el empeño de las instituciones mundiales y locales de reducir los factores de riesgo y aumentar la salud de los escolares, sus familias y comunidades. La creciente experiencia y práctica de la estrategia ha permitido reconocer la urgencia de adoptar un enfoque de multicomponentes al interior de ella para asegurar el cumplimiento de sus propósitos.

¹ Grupo Estilo de Vida y Desarrollo Humano, Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia, Carrera 50 No. 27-70, Bloque B5 y B6, Bogotá, Colombia, telefax 316-51-37, tel. 316-50-00, correo electrónico: luis@florez.info. Artículo recibido el 13 de febrero y aceptado el 3 de marzo de 2005.

Con el fin de aumentar la eficacia de los programas de fomento de la salud es indispensable abordar factores psicológicos y sociales, como lo señalan Greenberg, Domitrovich y Bumbarger (2001). Tras una amplia revisión, estos autores encuentran que los programas efectivos de fomento de la salud son aquellos que se dirigen a múltiples fines, apuntan a múltiples abordajes —como son los programas orientados a personas y ambientes físicos y sociales— y se mantienen durante el tiempo suficiente para alcanzar y mantener los objetivos.

En el contexto local, la adopción de la estrategia ha ido en aumento; Bogotá cuenta hoy con 76 Escuelas Saludables (Secretaría de Salud de Bogotá, 2004), y la promoción y el apoyo gubernamentales han hecho que sean cada vez más los profesionales de la salud que se involucran; sin embargo, el campo de acción se ha dirigido en gran medida y de manera casi exclusiva a los escolares. Evidentemente, los niños y jóvenes deben ser los principales beneficiarios de la estrategia, pero si se deja de lado su contexto familiar, comunitario y social, no todas las intervenciones tendrán los resultados y el impacto esperados. En muchos casos hay factores psicológicos y sociales disfuncionales en los miembros de la comunidad educativa (familias, maestros, administrativos, profesionales de la salud), que en alguna medida están propiciando o manteniendo los problemas.

Por otro lado, la mayoría de las intervenciones se han guiado por las tendencias mundiales en salud, interviniendo en problemas considerados como los más frecuentes o de mayor importancia, olvidándose de nuevo el contexto particular que puede determinar necesidades y factores de riesgo particulares.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, y confirmando los criterios citados para el éxito de los programas de fomento de la salud, es indispensable dirigir esfuerzos hacia los demás miembros de la comunidad educativa (en este caso, las familias de los escolares). El afán de incluir a la familia radica en que buena parte del repertorio conductual del ser humano es reflejo o, por lo menos, evidencia de la influencia de su entorno. La institución familiar es el principal ente socializador y educador del individuo en cuestiones tales como normas, costumbres, valores, comportamientos, creencias, actitudes y expectativas. Sin el apoyo de sus

familias, es muy difícil que los escolares desarrollen y mantengan estilos saludables de vida.

Pese a lo anterior, tales esfuerzos deben estar basados en las necesidades reales de aquellos a quienes se dirige. Es en esta instancia donde se justifican las labores diagnósticas, que son el fundamento de la planeación e instrumentación de las acciones en salud. Al llevar a cabo un diagnóstico, la escuela puede diseñar programas que apunten a dichas necesidades y que a la vez se apoyen en los recursos de ésta, lo que redundará en el aumento de la salud de las familias, el sentido de pertenencia y compromiso de las comunidades hacia las acciones en salud, la eficiencia de los programas y el mejor uso de los recursos.

El modelo Precede-Procede (Green y Kreuter, 1991) es una herramienta que facilita la elaboración de un amplio diagnóstico comunitario en cuanto que aborda múltiples determinantes de la salud y permite la participación activa de la población, alcanzando así las metas de la Escuela Saludable. El modelo hace posible proponer las estrategias de intervención más acordes con las necesidades que influyen en la salud de grupos sociales específicos.

Cuando las personas o grupos sociales tienen un mayor conocimiento sobre los determinantes de la salud, aumenta su capacidad de tomar decisiones que afectan favorablemente su bienestar personal, familiar o comunitario (Polaino-Lorente, 1987). La educación para la salud se dedica a incrementar la información, motivaciones, habilidades y responsabilidad de los individuos y comunidades, y a trabajar por cambiar los factores sociales y ambientales que culminan en comportamientos intencionales y conscientes en pro de la salud. Para Green y Kreuter (1991), la educación para la salud se establece entonces como una herramienta de la promoción de la salud que reduce los costos y la dificultad de poner en práctica otras soluciones con estrategias más complejas para lograr las metas propuestas.

Las actividades y programas de la educación para la salud se dirigen a las escuelas, los hogares, la industria y las asociaciones comunitarias, entre otros. Green y Kreuter (1991) señalan que las comunidades que comparten cultura y tradiciones, los vecindarios o ambientes laborales, comparten también la capacidad de sentir y asimilar los efectos

de los cambios acordados y aceptados por ellos, particularidades que hacen que estos lugares sean escenarios adecuados para lograr disposiciones de gran alcance social en materia de salud. Afirman asimismo que la educación para la salud permite reducir los costos y la dificultad de instrumentar otras estrategias más complejas.

Según Restrepo y Málaga (2001), la escuela resulta ser un espacio vital ideal para llevar a cabo las acciones en salud pues reúne a toda la comunidad; a su vez, StLeger (1999) afirma que debe ser implicada en la planeación, organización, ejecución y control de servicios primarios en salud. Para llevar a cabo la estrategia de Escuela Saludable como un medio a través del cual se imparte educación en salud, es necesario tener como base un cuerpo de principios que guíe las actividades.

Ya desde 1953 Oberteuffer había esbozado en un artículo algunas consideraciones ideológicas que se deben tener en cuenta para entender la estrategia, consideraciones que mantienen su valor hasta la fecha, lo que llevó a la revista *Journal of School Health* a reproducir dicho artículo en su volumen 71 (Oberteuffer, 2001). De acuerdo con este autor, en primer lugar hay que partir del hecho de que los niños, jóvenes o adultos con los que se interactúa son seres humanos integrales e indivisibles que se enfrentan a sus ambientes con todo lo que son; en segundo término, resalta la interdisciplinariedad de los programas, lo que obliga a coordinar esfuerzos entre diferentes áreas del conocimiento; por último, indica que se debe examinar la ética de los programas de salud, asegurando que generen en sus beneficiarios conductas autosuficientes referentes a la salud y estén dirigidos a las necesidades de la comunidad.

La estrategia de Escuela Saludable apunta a que las generaciones futuras posean los conocimientos y las habilidades necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y de su comunidad, a la vez que generen y mantengan ambientes físicos y sociales saludables (Ministerio de Salud, 2001). Escuela Saludable es “un espacio vital que genera autonomía, participación, crítica y creatividad, y le brinda al escolar la posibilidad de desarrollar sus potencialidades físicas, sociales e intelectuales por medio de la creación de condiciones adecuadas para la recreación, convivencia, seguridad y construcción de conocimiento, con

la participación de la comunidad educativa a fin de favorecer la adopción de estilos de vida saludables y conductas protectoras del medio ambiente” (p. 4).

Dada la importancia que se le ha concedido a los estilos de vida en la determinación de la salud, la educación para la salud ha encontrado en la psicología una ciencia que ha diseñado modelos para promover acciones de autoprotección, fomento de la salud y prevención de la enfermedad.

Este no es el espacio para hacer una revisión exhaustiva de los modelos psicosociales que se usan en la educación para la salud, pero baste decir que en los últimos cincuenta años se han propuesto diversos modelos, los cuales sugieren la inclusión de diversas variables para explicar, predecir y controlar las acciones relacionadas con la salud de las personas (Conner y Norman, 1995). Aunque cada modelo da más peso a unas dimensiones que a otras (sociales, cognitivas, comportamentales), la tendencia creciente es abarcar, por una parte, el máximo número de variables que determinan la salud, sustentándose en su multicausalidad, y, por otra, dejar de lado la perspectiva defensiva de la salud y centrarse más en la perspectiva promotora. Un marco contextual que da lugar e invita a considerar el máximo número de variables relevantes en las prácticas promotoras de salud es, precisamente, el de *Precede-Proceed* (PP en lo sucesivo) (Green y Kreuter, 1991), un marco contextual que admite un abordaje de las actividades en educación para la salud desde una perspectiva de aprendizaje (Polaino-Lorente, 1987), un punto de vista culturalista, que aboga por la inclusión y el respeto de las variables culturales (Juárez y Encinas, 2003), y un enfoque radical (Tones, 2002), que defiende la inclusión de acciones transformadoras en los niveles individual, social y cultural.

El modelo PP es un modelo de educación para la salud que reúne los aportes de diferentes disciplinas, tales como la epidemiología, las ciencias de la educación, las ciencias sociales, las ciencias conductuales y la administración en salud. Señalan sus autores que la salud y los riesgos en salud son causados por múltiples factores, y por lo tanto se necesitan esfuerzos multidimensionales y multisectoriales para intervenir y generar acciones efectivas.

El modelo ofrece como ventaja la posibilidad de realizar un amplio diagnóstico, buscando asegurar el éxito del programa de educación para la

salud, e incluye consideraciones acerca de dos etapas o fases diferentes de la acción en promoción de la salud. La primera, llamada *Precede*, apunta al diagnóstico y evaluación con fines educacionales de factores determinantes de la calidad de vida de la población objetivo; está compuesta por cinco fases de diagnóstico y evaluación de las características de la población, sus necesidades, las causas de la problemática y las posibilidades de llevar a cabo las intervenciones. La segunda etapa, *Proceed*, está constituida por cuatro fases que se dirigen a analizar las políticas, normas, y estructuras de las organizaciones como parte de variables ambientales que influyen en la adopción de conductas poco saludables, y también a evaluar el proceso del programa instrumentado, su impacto y sus resultados.

El modelo PP se ha puesto en práctica en amplios escenarios para promover la salud de diversos segmentos de la población. Entre esas aplicaciones se encuentran las hechas en escenarios escolares (cfr. Organización Panamericana de la Salud [OPS]/Fundación W.K. Kellogg, 1998), y en el manejo de temas de salud diferentes, como el de la nutrición (Horacek, Koszewski, Young y cols., 2000) y el de la atención hospitalaria (Fraser, 1998). Ha sido frecuentemente adaptado a las necesidades de cada contexto; en algunos casos los investigadores se valen de una fase del PP para complementar los diagnósticos realizados a la luz de otros modelos; las fases más usadas son las correspondientes a los diagnósticos comportamental, medioambiental y educacional.

El modelo PP completo se aplicó en el Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en América Latina y el Caribe 1997-2000 (OPS/Fundación Kellogg, 1998), el cual fue una iniciativa conjunta de la OPS, la Fundación W.K. Kellogg, la División de Promoción y Protección de la Salud y el Programa de Salud Familia y Población. Aunque dentro de los países beneficiados con este programa se encuentra Colombia, los resultados del estudio aún no están disponibles.

La legislación colombiana en temas de salud favorece la participación ciudadana, aspecto muy relevante en el modelo PP. Los recientes gobiernos municipales han concedido mayor importancia a la participación de los ciudadanos en sus políticas y estrategias no sólo como forma de aproximarse a sus necesidades, sino como un proceso

propio de construcción de cambio y generación de soluciones. Algunas de estas acciones participativas se han desarrollado en la alcaldía local de Suba, donde se ubica el escenario de la presente investigación (Alcaldía Local de Suba, 2004). Una de las estrategias para identificar las necesidades fueron los llamados “diagnósticos locales con participación social”. Se efectuaron 151 talleres en diferentes barrios de la localidad bogotana de Suba, con una asistencia promedio de veinticinco personas por taller y una asistencia total en promedio de 4,025 personas. Otra forma de recolectar información fue por medio de encuestas a 3,865 familias de más de 150 barrios de la localidad. Las encuestas incluyeron información relativa a las condiciones de vivienda, acceso a servicios públicos, salud, educación, condiciones de trabajo, ingreso familiar, recreación, estilos de vida y aspectos demográficos. Con la información obtenida por medio de las encuestas, se llevó a cabo una jerarquización de los problemas de salud y sus determinantes, y posteriormente se realizó un taller en donde se presentaron los datos recopilados, lo cual permitió tener un panorama amplio desde diferentes perspectivas para jerarquizar los problemas y plantear alternativas de solución.

Al hacer una revisión general, se observa que la mayoría de las causas de muerte en la población de la localidad es prevenible mediante la adopción de conductas saludables. El diagnóstico concluye que los problemas identificados como prioritarios en esta población son el desempleo, la inseguridad, la violencia, la falta de acceso a la educación y a los servicios de salud y los problemas de vivienda. Con relación a los datos epidemiológicos, se halla que las enfermedades más comunes dentro de la población son prevenibles. Asimismo, se puede establecer que la comunidad de Suba no practica por lo general hábitos saludables, o lo hace en un bajo porcentaje (Alcaldía Local de Suba, 2004).

Con base en lo expuesto anteriormente, se decidió explorar desde la escuela las maneras de optimizar la función de los padres en relación con la salud integral de sus hijos; se planteó como primer interrogante —siguiendo el modelo— investigar cuáles factores podían estar afectando la calidad de vida de las familias pertenecientes a la comunidad educativa del colegio “Aníbal Fernández

de Soto”, de la localidad mencionada, lugar donde el Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia aplica un programa de Escuela Saludable denominado TIPICA (Flórez y Sarmiento, 2004). De la respuesta a esta pregunta se derivaron los diferentes diagnósticos y el programa Educación en Salud. Para ello, se realizaron las primeras cinco fases del modelo PP. La fase 1 fue el diagnóstico social, que consiste en la evaluación objetiva y subjetiva de la calidad de vida individual y comunitaria del grupo. La fase 2 fue el diagnóstico epidemiológico, en el que se delimitan los problemas de salud de la población escogida a partir de datos objetivos que complementan la percepción subjetiva obtenida en la fase 1. La fase 3 fue el diagnóstico comportamental y medioambiental, consistente en el análisis de las acciones personales y colectivas que se relacionan con los problemas escogidos en las fases anteriores y que controlan los determinantes de la salud que afectan la calidad de vida. La fase 4 fue el diagnóstico educacional y organizacional, mediante el cual se evalúan los aspectos del comportamiento y del ambiente físico y social asociados a estados de salud y calidad de vida que pueden ser modificados para iniciar y mantener un proceso de cambio. Finalmente, la fase 5 fue el diagnóstico administrativo y político, o sea, el análisis de las políticas, recursos y circunstancias que pueden facilitar o truncar el desarrollo del programa de educación para la salud. El producto final fue la propuesta de un programa de educación en salud para la comunidad evaluada basado en las anteriores fases.

Se tuvieron en consideración las variables de tipo individual y familiar y la información socio-demográfica y los indicadores objetivos de calidad de vida familiar, así como algunas variables comunitarias, como la información subjetiva de la calidad de vida comunitaria, los datos epidemiológicos, las causas ambientales y comportamentales que determinan el problema escogido, y los factores predisponentes, reforzantes y facilitadores del comportamiento problema.

MÉTODO

La metodología de la investigación se sustentó en el modelo PP dado que le concede una gran importancia a la participación comunitaria, característica

principal de la investigación cualitativa. Vale la pena resaltar que, al adoptar un abordaje de investigación de tipo cualitativo, fue necesario recurrir a una amplia gama de técnicas para recoger la información, entre las cuales se encuentran entrevistas, observación, observación participante, encuesta y estudio de casos, así como otras actividades, como juegos de rol, sensibilización y trabajo en grupo, lo que permitió obtener la percepción subjetiva de las personas acerca de su situación particular.

Participantes

La población de este estudio estuvo compuesta por los representantes de las familias (padres o madres) a las que pertenecían los alumnos de una escuela de la ciudad de Bogotá. La muestra fue de tipo no probabilístico y se seleccionó mediante una convocatoria a participar voluntariamente en el programa, tal como lo especifica el modelo.

Durante la fase inicial (diagnóstico social) participaron 24 padres y madres. En la fase 4 (diagnóstico educacional), que requería de la participación de los asistentes, el total de asistentes fue de nueve.

En las fases de diagnóstico organizacional y administrativo se tuvo la participación del personal administrativo y el cuerpo docente de la institución; en total, doce funcionarios participaron en dichas fases.

Diseño

El estudio se basó en un diseño descriptivo en tanto que encontró y describió variables sociales, epidemiológicas, ambientales, conductuales, educacionales, organizacionales y político-administrativas que inciden en los estilos de vida de las familias de la escuela (Hernández, Fernández y Baptista, 1991). Estos autores clasifican como estudios exploratorios los que son semejantes pero que se realizan en otros lugares; este estudio, pues, entra dentro de esta clasificación, toda vez que en Colombia no se ha aplicado el modelo PP en escenarios escolares y dirigido al grupo familiar.

Instrumentos y técnicas

Con el fin de completar de manera satisfactoria el diagnóstico, fue necesario adoptar una serie de métodos y estrategias. La recolección de la información

se hizo a través de la amplia participación de la comunidad y por medio de actividades diseñadas para aumentar la comprensión de ésta. La literatura ilustra varios métodos que se pueden utilizar en dicha recolección en la investigación cualitativa, tales como entrevistas, foros comunitarios, grupos focales, indicadores sociales, investigaciones previas, datos nacionales adecuados a la realidad local, grupos nominales, e información de entidades encargadas del ordenamiento territorial, vivienda o salud (Green y Kreuter, 1991).

Uno de los mecanismos para evaluar la calidad de vida familiar fue una entrevista individual semiestructurada, cuyo formato se diseñó con el fin de conocer de manera más cercana las condiciones objetivas y subjetivas de la calidad de vida de las familias, además de obtener la información sociodemográfica necesaria para caracterizar a la población. Tal formato de entrevista, que facilitó el registro de la información y su posterior unificación, estuvo compuesto por las ocho categorías comunes en la mayoría de los cuestionarios de evaluación de calidad de vida; proporcionaron información del grupo familiar y no exclusivamente de aquel que contestó la entrevista. A su vez, cada categoría se conformó por una serie de preguntas de selección múltiple; al final de cada categoría se dispuso de un espacio para registrar datos adicionales que el entrevistado quisiera aportar, o información relevante que no fuera recogida por las preguntas. Las demás técnicas instrumentadas —mismas que ya fueron mencionadas— arrojaron información subjetiva que se trianguló y que sustenta todo el diagnóstico.

Además, se utilizó el genograma (McGoldrick y Gerson, 1985) para recoger datos sobre relaciones familiares, así como el cuestionario FACES III de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, de Olson, Portner y Lavee (cfr. Hernández, 1989).

Procedimiento

Las fases diagnósticas del modelo PP sirvieron de apoyo para alcanzar las metas proyectadas en esta investigación. Previamente, se determinaron los objetivos generales y específicos para cada fase del modelo; asimismo, se planearon las actividades y se diseñaron instrumentos para obtener los datos; en la medida en que los problemas planteados en la fase 1 (diagnóstico social) se fueron

definiendo y priorizando, se emplearon evaluaciones más específicas.

El proyecto se presentó a los directivos del colegio, los que, luego de manifestar sus expectativas, aceptaron que se realizara la investigación propuesta dentro de la institución. Se entregaron los documentos que sustentaban el estudio y los procedimientos requeridos para su ejecución.

El proyecto se llevó a cabo a lo largo de siete sesiones, de dos horas de duración en promedio, los días sábados y en las instalaciones del colegio. Para completar los datos y confirmar lo encontrado, se efectuaron entrevistas a padres y madres de familia, así como a profesores y directivos.

Tratamiento de los datos

La información obtenida a lo largo de la etapa 1 del modelo PP es de carácter cualitativo; el modelo implica la clasificación de la información por categorías (fases), lo que permite establecer relaciones entre las diferentes áreas de información. A continuación se describen los pasos seguidos en el análisis:

1. Recolección de los datos en fase 1 (diagnóstico social).
2. Establecimiento de categorías de información; por ejemplo, en la evaluación de la calidad de vida comunitaria se contruyeron categorías según las necesidades y factores percibidos como sus principales obstáculos.
3. Análisis general de la información categorizada, donde se establecieron relaciones e hipótesis de los problemas del grupo como factores determinantes de su salud y bienestar.
4. Continuación del proceso de diagnóstico señalado en las siguientes fases.

Se relacionaron las variables epidemiológicas, comportamentales, ambientales, educacionales, organizacionales, políticas y administrativas con los problemas detectados.

RESULTADOS

Fase 1. Diagnóstico social

El principal objetivo de esta fase fue determinar la calidad de vida de los miembros de la comunidad a través de las percepciones que tenían con

relación a sus fortalezas y recursos en el ámbito social, económico, cultural y medioambiental, así como de sus necesidades y dificultades y la forma como éstas los afectaban. Se examinaron indicadores objetivos y subjetivos de estos determinantes en los niveles familiar y comunitario. La exploración se realizó en condiciones individuales y grupales. La exploración de la calidad de vida familiar se llevó a cabo por medio de una encuesta y una entrevista, instrumentos que permitieron conocer las condiciones particulares de cada familia.

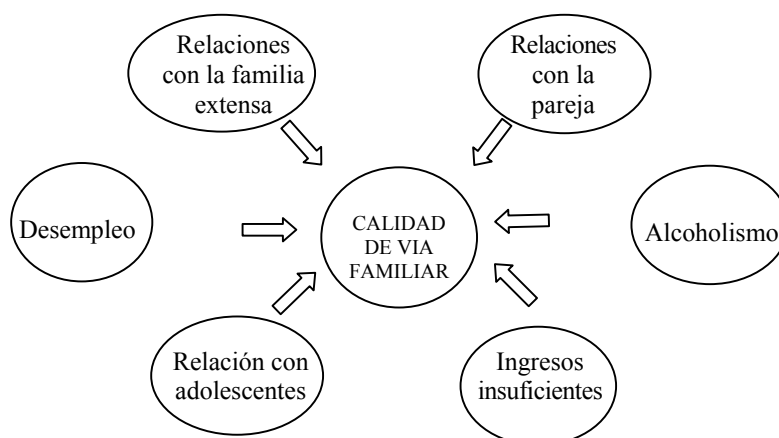
Analizando las encuestas, fue posible establecer cuatro grandes categorías de problemas: 1) dificultades en las relaciones intrafamiliares, 2) problemas económicos, 3) falta de tiempo para dedicar a la familia y 4) problemas de pareja.

El segundo mecanismo para evaluar la calidad de vida familiar fue una entrevista individual semiestructurada, la cual se llevó a cabo con 17 de los asistentes iniciales. Se obtuvo información so-

ciodemográfica para caracterizar a la población. Todas las entrevistas se basaron en un formato de entrevista diseñado para la investigación a fin de facilitar el registro de la información y su posterior unificación. La información obtenida podrá servir de guía para futuras intervenciones que decida realizar la institución.

Las entrevistas hechas a los padres de familia proporcionaron información sobre las condiciones de vivienda, condiciones de salud, ingresos y distribución, calidad de la educación, alimentación, vida social familiar, medio ambiente comunitario y medio ambiente físico. Los padres reportaron fortalezas, desventajas y consecuencias en la salud de ellos y sus familias en cada una de estas categorías. Al finalizar las entrevistas, revisaban las áreas exploradas y señalaban la principal dificultad que afectaba la calidad de vida de sus familias, tal como se representa en la Figura 1.

Figura 1. Principales problemas que afectan la calidad de vida familiar de los participantes.



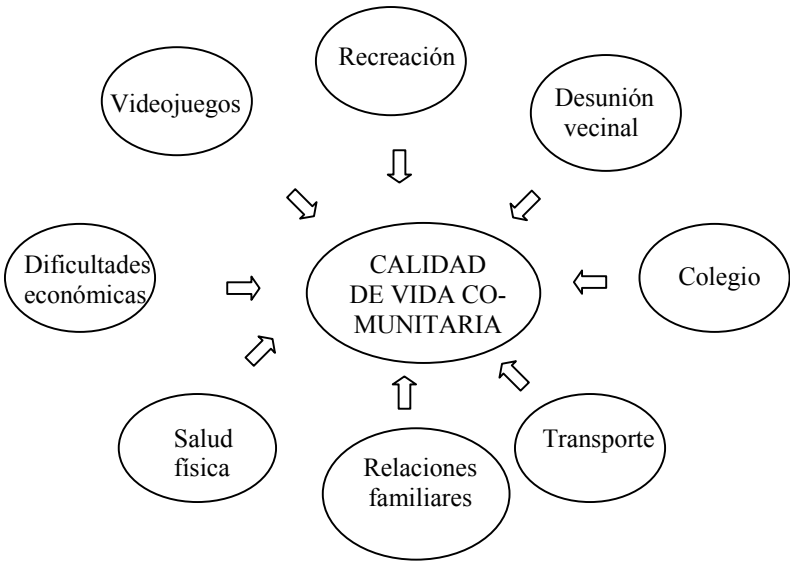
La exploración del *nivel grupal* se realizó en las sesiones por medio de una actividad lúdica, en la que las personas identificaron los determinantes que afectaban a toda la comunidad y su percepción ante tales hechos (entendiendo “comunidad” como agrupación de personas con circunstancias compartidas, en este caso el colegio de sus hijos, el barrio, el nivel educativo). La información hallada coincide en gran medida con los datos del diagnóstico social realizado por la Alcaldía Local de Suba (2004).

Dentro de los recursos y fortalezas comunitarios que los padres de familia señalaron, destacan

las condiciones estructurales de los barrios, facilidad de transporte, servicios educativos, comercio abundante, centros de salud, áreas de recreación, vigilancia y seguridad, celebraciones de la comunidad, asociación funcional de padres de familia, policía comunitaria y proyectos adelantados para el bien común y realizados por la comunidad.

La exploración grupal también arrojó información acerca de las necesidades y dificultades de la comunidad y la forma en que éstas afectaban a sus miembros, la cual se representa en la Figura 2.

Figura 2. Categorías de los problemas más importantes que afectan la calidad de vida comunitaria de los participantes.



La información recopilada se presentó de manera global, no personalizada, cumpliendo con el requisito ético de confidencialidad. Con esta información se establecieron listas de los principales problemas detectados por el grupo; los datos se analizaron y discutieron en grupos focales, en los que los padres identificaron sus sentimientos y creencias con respecto a los problemas encontrados, y revisaron su influencia y consecuencias en la calidad de vida. Después de esto, se seleccionaron los asuntos que consideraron prioritarios, lo que permitió comenzar a definir los principales aspectos a tener en cuenta para el diseño del programa de intervención de Escuela Saludable, producto final de esta etapa del modelo.

Una vez que la lista de problemas se redujo, se consideró pertinente elaborar el cuadro de priorización de cambios —señalado en el modelo dentro de la fase de diagnóstico comportamental y ambiental— para definir el curso de las siguientes fases diagnósticas. Tal adaptación se realizó porque el cuadro ofrece dos criterios concretos para la elección del problema objetivo de intervención: la importancia percibida y la probabilidad de cambio.

Tras un proceso conjunto hecho con los asistentes, se ubicaron dentro de las casillas del cuadro de priorización de cambios las categorías preseleccionadas (Figura 3).

Figura 3. Cuadro de priorización de problemas en fase 1.

	Mayor importancia	Menor importancia
Mayor posibilidad de cambio	Relaciones familiares deterioradas. Dificultades en torno a la recreación.	—
Menor posibilidad de cambio	Existencia de locales de videojuegos Factores económicos. Problemas del colegio. Transporte.	Desunión vecinal. Salud física.

Con esta actividad quedaron señaladas las categorías de relaciones familiares deterioradas y dificultades en torno a la recreación como las más preocupantes para los asistentes, dadas sus consecuencias en la calidad de vida familiar y comu-

nitaria; asimismo, éstas son consideradas como las de mayor posibilidad de cambio. En consenso, los asistentes escogieron como problemática de intervención la categoría de relaciones familiares deterioradas, pues tras un análisis consideraron que

estaba más a su alcance modificar comportamientos, lo que resultaba más útil y benéfico para su salud y bienestar. Por otro lado, consideraron que es más difícil cambiar las condiciones del entorno comunitario (por ejemplo, arreglar un parque), por lo menos en el corto plazo.

Fase 2. Diagnóstico epidemiológico

El desarrollo de esta fase y sus resultados son tal vez los menos exhaustivos en relación con la problemática de salud definida, dada la falta de registros epidemiológicos existentes. En este caso, no se encontraron datos correspondientes a morbilidad y mortalidad asociados a las relaciones familiares deterioradas, lo que puede llevar a interpretar que los factores psicológicos y sociales no son considerados por las entidades locales como determinantes de la salud.

Sin embargo, las relaciones familiares deterioradas se constituyen en factores de riesgo para problemas comportamentales juveniles, tales como conductas agresivas y violentas, delincuencia juvenil, abuso de sustancias, suicidio, embarazo precoz, sida, deserción escolar y desórdenes alimenticios (Kumpfer y Alvarado, 2003).

La existencia de desórdenes dentro de la población juvenil de la localidad, como el consumo de alcohol (30%), cigarrillo (23%) o de alguna droga alucinógena (6%), son factores de riesgo para la salud pues predisponen a la violencia, maltrato, aumento de la accidentalidad, desintegración familiar e hipertensión arterial, entre otros (Alcaldía Local de Suba, 2004). Estos fenómenos pueden relacionarse con las dificultades de comunicación al interior de las familias.

En particular, el colegio no contaba con datos concretos acerca de la incidencia y prevalencia del problema en cuestión; pese a ello, los docentes coincidieron en afirmar que los problemas seleccionados sí afectaban a las familias de la comunidad educativa al deteriorar la salud y el bienestar de los estudiantes.

Fase 3. Diagnóstico comportamental y ambiental

La problemática seleccionada en la fase 1 (relaciones familiares deterioradas) fue confirmada con

la aplicación del cuestionario FACES III (cfr. Hernández, 1989). Dicho cuestionario mide dos factores: la cohesión familiar y el grado de adaptabilidad de las personas que componen el núcleo familiar. La cohesión familiar explica la medida en que las personas que componen una familia están separadas o conectadas a ella, es decir, el grado del vínculo emocional que les une a su familia.

El promedio total de las encuestas fue de 35 puntos, lo que indica que estas familias, según la percepción de los padres encuestados, se separan de acuerdo a los siguientes rangos presentados por el autor: 10-34, desligada; 35-40, separada; 41-45, conectada, y 46-50, amalgamada.

El puntaje señala el punto de corte entre los rangos “desligada” y “separada”, confirmando que la poca cohesión familiar es un factor de riesgo en estas familias.

El otro factor medido por el cuestionario FACES III es adaptabilidad familiar. El resultado del promedio de puntajes totales fue de 27 puntos, que corresponde al rango de “flexible”, lo que señala que existe una buena capacidad de cambio. Los rangos para la calificación en esta prueba son, a saber: 10-19, rígida; 20-24, estructurada; 25-28, flexible, y 29-50, caótica.

El hecho de que las familias de los asistentes se ubiquen dentro del rango “flexible” se puede interpretar como la disposición de los asistentes para aprender y mejorar sus relaciones familiares.

Se buscó facilitar que los padres comprendieran que el problema escogido se derivaba de causas o factores comportamentales y de circunstancias ambientales que podían o no estar bajo su control, pudiendo así determinar las posibilidades de modificación directa.

Con la información obtenida hasta ese momento, se identificaron los comportamientos característicos del problema en las familias para ser representados por los padres mediante juegos de roles; los padres escogieron los personajes, la situación y el desenlace. Luego de cada juego de rol, se llevó a cabo una discusión en la que, conjuntamente con los padres, se analizaron las situaciones representadas. Tras este análisis, se identificaron los comportamientos específicos que contribuían al deterioro de las relaciones al interior de la familia, y más concretamente entre padres e hijos. Esta actividad permitió descubrir comporta-

mientos de los padres que no habían sido evidentes y a los que no se había podido acceder fácilmente. Por otro lado, los padres reportaron que el hecho de representar las situaciones les permitió hacerse conscientes de algunos comportamientos, actitudes y creencias propias, lo que fue valorado como positivo y como un facilitador del cambio.

Diagnóstico comportamental.

Del análisis anterior, se derivaron las siguientes categorías de comportamientos:

Comportamientos relativos a la comunicación entre padres e hijos. Determinar habilidades de comunicación y escucha, empatía, asertividad, expresión de sentimientos.

Comportamientos relativos al control de pautas comportamentales. Establecer y comunicar un sistema de premio y retiro de éste que sea contingente y consecuente; manejo de expectativas acordes a la edad y rol de cada miembro de la familia.

Comportamientos relacionados con el tiempo que comparte la familia. Inversión de los períodos de tiempo que comparte la familia para llevar a cabo actividades de forma conjunta; por ejemplo, tareas del hogar, deberes escolares, o pasatiempos.

Comportamientos relativos a los conflictos de pareja. Solución de los conflictos de cada subsistema al interior de éste sin involucrar a los otros; por ejemplo, la pareja debe solucionar sus conflictos sin que los hijos medien o tomen parte en ellos.

En concordancia con el modelo, el siguiente paso fue escoger los comportamientos según su importancia, frecuencia, conexión con el problema de salud y mayor probabilidad de cambio. Con el cuadro de priorización (Figura 4), se definieron los comportamientos relativos a la comunicación entre padres e hijos y al control de pautas comportamentales como el objetivo del programa de educación en salud.

Figura 4. Cuadro de priorización de cambios en fase 3. Diagnóstico comportamental.

	Comportamientos más importantes	Comportamientos menos importantes
Comportamientos con alta probabilidad de cambio	Comunicación entre padres e hijos. Control de pautas comportamentales.	—
Comportamientos con baja probabilidad de cambio	Tiempo que comparte la familia. Conflictos de pareja (información escasa e inasistencia de pareja).	—

Diagnóstico medioambiental.

Los juegos de rol también permitieron identificar información relacionada con los factores ambientales asociados al problema de salud escogido. Para el análisis medioambiental, se establecieron los factores externos a la familia que estaban impactando la calidad de vida de las personas.

- Dificultades económicas que exigen que los padres salgan del hogar a buscar ingresos, permaneciendo gran parte del tiempo lejos de los hijos.
- Incorporación de las madres al ámbito laboral, sumada al cumplimiento de las labores típicas del hogar, lo que genera cansancio y fatiga en ellas.

- Influencia de los medios de comunicación sin la supervisión de un adulto, los que imponen valores, actitudes y creencias en los jóvenes.
- Influencia del entorno con expendios de alcohol, videojuegos o billares, lo que facilita que los niños y jóvenes estén expuestos a modelos de comportamientos que constituyen factores de riesgo para su salud.
- Modelos ajenos a la familia; por ejemplo, vecinos, pares y demás.

En el cuadro de priorización de cambios (Figura 5) se ubican los factores ambientales desde el punto de vista de la posibilidad de cambio.

Figura 5. Cuadro de priorización de cambios en fase 3. Diagnóstico medioambiental.

	Factores ambientales más importantes	Factores ambientales menos importantes
Factores ambientales con alta probabilidad de cambio	Influencia de medios de comunicación. Modelos ajenos a la familia, ej: vecinos, pares, etc.	—
Factores ambientales con baja probabilidad de cambio	Dificultades económicas. Presencia de lugares de expendio de alcohol, juegos de video, billares.	—

Fase 4. Diagnóstico educacional y organizacional

Durante esta fase se sensibilizó a los participantes sobre las sensaciones, pensamientos, sentimientos y emociones de los niños y adolescentes, lo que favoreció que los padres de familia comprendieran que los problemas actuales han tenido un origen. Uno de los resultados más sobresalientes de esta fase fue el nivel de concienciación que alcanzaron en relación con las actitudes y comportamientos generadores y reforzantes de los problemas en cuestión.

Las actividades permitieron identificar pensamientos, creencias, actitudes, locus de control, autoeficacia de los padres de familia para actuar en relación con los problemas escogidos de comunicación con sus hijos adolescentes y pautas de crianza.

En conjunto con los padres asistentes, se analizaron, con ejemplos de la vida cotidiana, las creencias y tipos de pensamientos distorsionados más frecuentes en las relaciones con los hijos y sus consecuencias, como malestar emocional, tristeza e inseguridad. También revisaron situaciones relacionadas con la comunicación y la disciplina de sus hijos, y reconocieron en qué casos sus comportamientos deben mantenerse, mejorarse o cambiarse para guiar más efectivamente el comportamiento de éstos.

Al igual que en la fase anterior, en ésta los resultados del diagnóstico educacional y del organizacional se muestran por separado a fin de aumentar la coherencia de la información.

Diagnóstico educacional.

En esta fase se identificaron los factores que influyen en los comportamientos escogidos como prioritarios: dificultades de comunicación entre padres e hijos adolescentes y desconocimiento de

pautas comportamentales adecuadas, lo que sirvió de fundamento para establecer el programa de intervención.

Para los autores del modelo PP, estos factores se pueden clasificar en tres categorías no excluyentes entre sí: predisponentes, facilitantes y reforzantes. Dentro de los factores predisponentes se hallan la accesibilidad a los recursos necesarios según el problema, las habilidades que tengan los individuos; entre los facilitantes, las leyes existentes, las campañas que se puedan adelantar, las políticas de apoyo, la posibilidad de acceder a la información y al conocimiento, y los factores reforzantes pueden ser los reforzadores sociales dados por la familia, grupo de pares o profesores. Estos factores se trasladaron a objetivos a través de dos talleres, que se revisan a continuación.

1) Un taller a implementarse en la fase posterior *Proceed* (en marcha al momento de escribir el presente reporte). El objetivo general que se fijó en este taller fue fomentar en los padres de familia del Colegio “Aníbal Fernández de Soto” la adquisición de habilidades adecuadas de comunicación con sus hijos adolescentes, en un tiempo sugerido de siete a ocho sesiones semanales de dos horas y media de duración. Este taller tiende a modificar factores predisponentes y reforzantes como los que se enuncian a continuación:

Factores predisponentes:

Adquirir conocimientos: Se espera que al final del programa, la mayoría de los padres estén en capacidad de identificar los errores que cometen en el proceso comunicativo con sus hijos. Cuando el taller de habilidades comunicativas termine, se espera que la mayoría de los padres identifique y describa los componentes de una adecuada comunicación.

Modificar creencias: Reconocer la importancia de la comunicación dentro de las relaciones parentales; identificar y reestructurar pensamientos distorsionados; aumentar sus percepciones de autoeficacia para cumplir su rol de padres, y valorar las emociones y sentimientos de sus hijos.

Adquirir habilidades: Practicar habilidades de escucha que permitan hacer más productivo el proceso comunicativo; identificar sus sentimientos; anticipar sus reacciones emocionales con el fin de darles un curso más adecuado, y expresar sentimientos de manera asertiva.

Factores reforzantes:

Se pueden mencionar como aspectos reforzantes del programa a ponerse en práctica la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades y la motivación a la comunidad educativa para que se involucre en el programa a través de campañas institucionales, circulares, reuniones y otros.

2) Un taller de habilidades para guiar el comportamiento de los adolescentes, cuyo objetivo es entrenar a los padres de familia en habilidades adecuadas para este propósito, con una duración de siete a ocho sesiones semanales de dos horas y media cada una. Como en el caso anterior, en este taller se modificarán factores predisponentes y reforzantes:

Factores predisponentes:

Al concluir el programa, los padres podrán:

Adquirir conocimientos: Reconocer formas válidas de impartir disciplina; identificar las consecuencias de las formas de impartir disciplina; identificar situaciones funcionales y no funcionales en sus repertorios; reconocer qué comportamientos adquirir, cambiar o mantener con relación a pautas de crianza; aumentar sus conocimientos de comunicación en relación con la disciplina; aumentar su información sobre técnicas de autocontrol emocional; aumentar su conocimiento sobre solución de problemas, y aumentar su conocimiento sobre pensamientos distorsionados.

Modificar creencias: Examinar la finalidad de la disciplina; reconocer expectativas y creencias con relación al ciclo vital de la adolescencia, y aumentar sus percepciones de autoeficacia para cumplir su rol de padres.

Adquirir habilidades: Establecer un sistema de normas y consecuencias específicas, razonables, aplicables y controlables; establecer rutinas al interior del hogar donde se tengan en cuenta deberes y derechos; ser contingentes con las formas premio y castigo, y aprender técnicas de reforzamiento positivo (qué reforzar, cuánto y en qué momento).

Factores reforzantes:

Obtener nuevos conocimientos y habilidades; percibir un mayor bienestar al poder desempeñar mejor su papel de padres; percibir un mayor autocontrol.

Los objetivos consignados son la guía para la construcción del programa de educación para la salud. Además de constituir una guía, tal información puede servir para evaluar el programa en sí luego de su ejecución.

Dentro de los beneficios esperados del programa se debe observar la posibilidad de que aumente el rendimiento escolar de los niños y disminuyan las conductas que quebranten la ley dentro del hogar, el colegio, la comunidad y la sociedad. A su vez, los padres pueden aumentar sus percepciones de bienestar emocional, lo que puede redundar en un mejor desempeño laboral y social.

Diagnóstico organizacional.

En esta fase se identificaron los factores presentes en la organización de la institución que pueden facilitar los talleres, o, por el contrario, obstaculizar su puesta en práctica.

Un obstáculo encontrado fue la dinámica de la rectoría, que en ocasiones generó malestar, interrumpiendo así la fluidez de la comunicación entre los organismos internos y la planificación de las actividades. Estas últimas condiciones constituyen una barrera para el programa. Para un buen desarrollo de éste, se debe comenzar por negociar con la dirección las posibilidades de instrumentación.

Los miembros de la institución en general consideran un programa de educación para la salud como una estrategia que genera bienestar en los padres y en sus hijos, y por ende mejora el clima al interior de las aulas. Afirman que si el colegio aumenta la comunicación con los padres de familia, el trabajo que se hace con los niños y adolescentes puede ser más continuo y tener mayor coherencia.

En cuanto a la participación de la institución en el programa, el personal directivo y docente cree que la colaboración económica es poco factible, pero lo referente a los recursos de espacio, tiempo y material —como papelería—, está asegurado.

En general, los profesores están dispuestos a colaborar con un programa de educación en salud basado en los problemas encontrados, pero en la medida en que se los permita su escasa disponibilidad de tiempo.

En cuanto a personas que pueden proseguir el programa, se detectan líderes dentro del grupo de padres de familia, así como la orientadora del plantel.

Fase 5. Diagnóstico administrativo y político

Diagnóstico administrativo.

Este diagnóstico se realizó con base en el análisis de la estructura del colegio y de su funcionamiento; se detectaron elementos que pueden servir de apoyo a los programas que se pongan en ejecución, pero, dado su carácter de institución pública, es muy difícil negociar un presupuesto o una colaboración económica que cubra total o parcialmente los costos del programa; sin embargo, es posible gestionar con la Asociación de Padres de Familia un apoyo para estos fines.

El colegio cuenta con una planta física suficiente para su funcionamiento. Los directivos permitieron la utilización de un salón amplio donde se pudieran llevar a cabo las sesiones los días sábado, en que no hay clases. Otras actividades deben planearse de manera que se adapten a las posibilidades físicas del colegio.

Es importante llevar a cabo el programa en el transcurso de ocho a diez sesiones semanales continuas para mantener el cumplimiento de los participantes y la cohesión del grupo; las sesiones no deben ser de más de dos horas y media de duración, ya que periodos más largos pueden disminuir la asistencia de los participantes.

El personal mínimo necesario para adelantar el programa es de tres personas, necesarias para cumplir con las actividades previstas sin cansar a la población y para tomar notas de lo que se observe en el desarrollo de las sesiones.

Se debe hacer una labor de difusión más intensa para que las directivas se comprometan más y valoren la colaboración mutua de estos planes, ya que, aunque se obtuvo apoyo, no se logró en la medida esperada.

Diagnóstico político.

El Estado colombiano está haciendo esfuerzos por crear una base legal que dé piso a las acciones en salud que involucren a las comunidades, incluyendo escuelas y colegios. En el panorama político colombiano, a partir de la nueva Constitución Política del año 1991, se reconocen los derechos fundamentales de los niños y se establecen las funciones de la familia; de igual forma, se vienen instrumentando nacional y distritalmente políticas favorables a la salud en estos segmentos de la población (Constitución Política de la República de Colombia, 1991). El proyecto Escuela Saludable se ha visto favorecido por dichas disposiciones legales anteriores.

Al sobreponer esta realidad al contexto particular donde se llevó a cabo la investigación, se encuentra que las disposiciones legales de la localidad de Suba pretenden aumentar las acciones conjuntas de la comunidad y las instituciones, con miras a promover el desarrollo local y la superación de las principales problemas de salud (Alcaldía Local de Suba, 2004).

Programa de Educación para la Salud

Los asistentes conocieron los resultados obtenidos a lo largo de todas las fases de la etapa 1 del modelo en forma condensada y clara; se les invitó a opinar sobre el trabajo realizado y se les presentó una propuesta de intervención basada en el diagnóstico para ser puesta en ejecución en el siguiente semestre; en ella se especificaron los objetivos, los temas a ser abordados, la metodología, y la inversión de tiempo y esfuerzo necesarios de parte de la población. Los asistentes manifestaron su complacencia y les entusiasmó saber que con la información recogida a través del diagnóstico se crearía un programa extensivo a otros padres y madres de la comunidad educativa que comparten la misma situación. También expresaron que todo el proceso había representado un aprendizaje

para ellos, pues se hicieron conscientes de muchas de sus conductas, creencias y actitudes.

Los problemas que los padres y madres asistentes establecieron como prioritarios (comportamientos relativos a la comunicación entre padres e hijos y habilidades para guiar el comportamiento de los hijos adolescentes) pueden parecer, a primera vista, fenómenos poco relevantes, pero en realidad son la base de problemas mayores, como divorcio, alcoholismo, violencia intrafamiliar, deserción escolar, delincuencia juvenil y embarazo precoz, entre otras (Kumpfer y Alvarado, 2003). Además, uno de los objetivos de la estrategia Escuela Saludable es crear un ambiente favorable a la salud que beneficie, entre otras áreas, la calidad de las relaciones entre los individuos (Secretaría de Salud de Bogotá, 2002), de manera que la priorización de los problemas permite generar un foco de intervención que incluya este propósito.

Una vez identificado y delimitado el objeto de la intervención, se diseñó un programa que, desde el actual concepto sobre salud (Godoy, 1999), hace posible actuar preventivamente. Este programa se dirige a encarar los problemas priorizados en el nivel preventivo primario de los trastornos anotados al modificar una de las causas que los pueden generar, pero también en un nivel de prevención secundaria al abordar la problemática en sí cuando ya está presente. Para el programa referido se propusieron objetivos administrativos y programáticos; en cada taller se establecieron objetivos de aprendizaje, comportamentales y ambientales; además, cada taller se elaboró con un manual de ejecución en el que se especifican las actividades a desarrollar en las sesiones. Dicho programa se está llevando a cabo actualmente y sus resultados serán materia de una nueva publicación una vez concluido.

DISCUSIÓN

Para realizar un programa exitoso de prevención y promoción en salud es necesario partir de un diagnóstico que tenga en cuenta los múltiples factores que determinan el objetivo que se pretende alcanzar; este es un asunto de gran importancia al diseñar programas que tengan acogida en la comunidad y que funcionen en el trabajo que se realiza con niños y adolescentes (Weissberg, Kump-

fer y Seligman, 2003). Al planear una investigación en los campos de la prevención y la promoción en salud con familias asociadas a una institución educativa, se debe definir claramente dicho objetivo dada la necesidad de incluir la participación comunitaria, en especial la de los residentes o miembros del grupo afectado (Wandersman y Florin, 2003). Se concluye que no es ético ni efectivo imponer soluciones preconcebidas tipo "receta" a un tipo de población con características específicas. Al revisar la bibliografía, surge el modelo *Precede-Proceed* como una herramienta útil para conocer a fondo a la población y decidir con su participación la propuesta en salud sobre la cual actuar, obteniéndose como producto una mejor calidad de vida.

En términos generales, el modelo PP, al recoger varios elementos de otros modelos en una sola metodología, es muy completo y eficiente en cuanto que considera el complejo contexto en el que se hallan las personas y su estado de salud. Asimismo, el modelo permite conocer factores psicológicos y sociales, requisito necesario para aumentar la eficacia de los programas de fomento de la salud (Greenberg y cols., 2001).

Buscando triangular la información obtenida y dar así mayor validez a los datos, se recurrió a la instrumentación de una metodología cualitativa, combinándola con pruebas estandarizadas que arrojaran otros indicadores de los problemas priorizados, pero hubo dificultad en encontrarlas para la población colombiana. Aunque en un principio fue difícil para los padres y las madres involucrarse y expresar sus opiniones, su intervención en el proceso resultó positiva en la medida en que el grupo fue guiando la búsqueda hacia el establecimiento de las metas de intervención partiendo de su realidad y conocimientos. Al final, manifestaron su agrado ante esta metodología, novedosa para ellos.

Todo el proceso participativo favoreció el aumento de la conciencia y la responsabilidad que las personas tienen sobre las condiciones en las cuales se desarrolla su diario vivir y su salud, lo que podría equipararse con la primera parte de varios de los modelos de etapas, llamada concienciación o concientización (por ejemplo, el proceso de adopción de precauciones (PAP) y el modelo transteórico [Weinstein, Rothman y Sutton, 1998]).

Dicho proceso predispone a que las conclusiones alcanzadas por ellos les lleven a adquirir y mantener comportamientos necesarios para favorecer su propia salud, tal como lo plantean Green y Kreuter (1991). Además, se cumple con el principio ético de no utilizar a la comunidad como el medio para llegar a un fin —en este caso el programa—, sino como un fin en sí misma, que es su propio perfeccionamiento.

El hecho de que los padres y madres compartieran circunstancias tales como el tener hijos en etapa adolescente y estar asociados a un escenario común que es la escuela, les permitió identificarse entre sí, lo cual ayudó a construir un diagnóstico comunitario. Sin embargo, para alcanzar más beneficios en pro de la calidad de vida comunitaria es necesario que haya mayor cohesión y organización, como lo afirman Green y Ottoson (1999) cuando dicen que las comunidades son grupos humanos con alto grado de identidad entre sí y con circunstancias compartidas, que pueden tener un grado de vigilancia y dirección propias.

A lo largo de las sesiones se trabajó con un lenguaje adaptado a la población; también se escogieron técnicas para recolectar la información, tales como juegos de rol, conversaciones, discusión de casos, grupos focales, observación, dinámicas y sensibilización, como la relajación por imaginación; estas estrategias, típicas de la investigación cualitativa, hicieron que se evidenciaron aspectos emocionales y vivencias que arrojaron información más cercana a la realidad, misma que fue complementada con la aplicación de cuestionarios estandarizados.

En la presente investigación, el empleo de las técnicas cualitativas y cuantitativas fue muy pertinente dado que hicieron posible acceder a dimensiones de la cotidianidad comunitaria partiendo de una metodología participativa, cumpliendo así una de las premisas del modelo. De igual modo, se pudo observar que en ciertos contextos, como el comunitario, los métodos cuantitativos de recolección de información deben combinarse con otras estrategias, sobre todo tomando en consideración las características relacionadas con el nivel educativo, las discapacidades físicas y la edad de la población.

Las actividades adoptadas, donde primó la participación comunitaria, fueron productivas y

deben mantenerse en futuras aplicaciones. Por ejemplo, el trabajo en grupos focales, además de permitir la recolección de información, fue evaluado por los padres como una oportunidad para aumentar la confianza entre ellos mismos y profundizar en el conocimiento de su propia realidad. Tras la experiencia —y como parte de la evaluación de proceso—, es necesario analizar y revisar las estrategias que se deben conservar, cambiar o mejorar cuando se instrumenta el modelo en estos contextos. Aunque se lograron los objetivos planteados por el grado de adecuación y pertinencia de las actividades e instrumentos utilizados, es preciso decir que algunos de ellos están sujetos a mejora con miras a optimizar la cantidad de tiempo invertido y la calidad del diagnóstico. Como ejemplo de lo anterior, sería adecuado realizar las entrevistas antes de llevar a cabo las sesiones; de seguir esta estrategia, se contaría con el tiempo suficiente para entrevistar a todos los participantes sin la premura de tener los resultados para la sesión siguiente.

En un estudio con pacientes que sufrían de asma (Boutin y Campagna, 2005), se partió de un objetivo predeterminado o de una necesidad que ellos consideraban que tenía la población, y sólo implementaron las fases 3 y 4. En el caso presente, se pusieron en práctica todas las fases de diagnóstico propuestas por el modelo PP para definir junto con la población el tema en que se había de trabajar. Así, se *empoderó* a la población, lo que aumentó su motivación y sentido de autoeficacia en cuanto que reconocieron que es posible asumir el control de varios de los determinantes de su salud.

Al hablar del grupo de padres de familia, estos reportaron que el tiempo y el trabajo que el diagnóstico demandó pudo desmotivar a algunos de los asistentes y causar deserción; a través de la observación e interacción con la población, se percibió que, en general, ésta estaba acostumbrada a ser pasiva al definir y solucionar las dificultades con sus hijos. También contribuyeron a la disminución de la asistencia algunas circunstancias laborales y domésticas de los padres, como la presión de familiares que exigían su permanencia en casa para cumplir otras tareas.

Las personas del grupo que permanecieron hasta el final del diagnóstico se constituyeron en informantes clave ya que referían hechos y cir-

cunstances de otras familias que formaban parte de la misma comunidad, como las familias de los compañeros de sus hijos y las familias de los hermanos, primos o vecinos cuyos hijos eran estudiantes del colegio.

Siguiendo a Green y Kreuter (1991), las acciones en salud no sólo tienen que ser a gran escala para que generen impacto; de hecho, las intervenciones de cobertura reducida como la reportada son iniciativas válidas al promover la salud, pues se parte del trabajo desde pequeños núcleos y se avanza hacia mayores grupos poblacionales.

En síntesis, el haber adoptado el modelo *Precede-Proceed* con el propósito de contribuir a la salud de los jóvenes en el ambiente escolar a partir

de un abordaje diferente al realizado con los estudiantes en las aulas, fue evidentemente positivo; así lo corroboran el diagnóstico realizado y los talleres diseñados para el programa dirigido a los padres de familia. Ello hizo que se pudiese diseñar una intervención que toma en cuenta lineamientos de aprendizaje socioemocional (Greenberg, Weissberg, Utne y cols., 2003) y de aprendizaje de habilidades para la vida (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001), aspectos cruciales en la educación para una mejor calidad de vida, todo ello en el marco de un programa integral de educación para la salud en la escuela denominado TIPICA (Flórez y Sarmiento, 2004), con asiento en la ciudad de Bogotá.

REFERENCIAS

- Alcaldía Local de Suba. (2004) *Diagnósticos locales con participación social*. Disponible en línea: <http://www.salud-capital.gov.co/secsalud/navleft/partsocial/diagnosticos-locales.html> (última actualización: 1 de abril de 2004).
- Boutin, H. y Campagna, L. (s/f). *Procéder á une évaluation éducative/To make an Educationnal assessment*. Disponible en línea: <http://www.cnac.net/english/Educational%20Assessment.pdf> (última actualización: febrero de 2005).
- Conner, M. y Norman, P. (Eds.) (1995). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press.
- Constitución Política de la República de Colombia (1991). Bogotá: La Prensa.
- Flórez A., L. y Sarmiento, D.M. (2004). Programa "TIPICA" para la promoción de factores psicosociales de protección, mediante la educación para la salud en la escuela. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 113-128.
- Fraser, J. (1998). Application of the Precede-Proceed model for comprehensive community assessment, education programming, and evaluation in a combat hospital community during the Gulf War. *Home Health Care, Management & Practice*, 11(1), 52-65.
- Godoy, J.F. (1999). Psicología de la salud: Delimitación conceptual. En M. A. Simón (Ed.): *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodologías y aplicaciones* (pp. 39-76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Green, L. y Kreuter, M. (1991). *Health Promotion Planning. An Educational and Enviromental Approach* (2nd ed.). Mayfield: Publishing Company.
- Green, L. y Ottoson, J. (1999). *Community and population health*. Boston: McGraw-Hill.
- Greenberg, M., Domitrovich, C. y Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorder in school-aged children: Current state of the field. *Prevention & Treatment*, vol. 4. Disponible en línea: <http://journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040001a.html#t1> (Última actualización: 15 de febrero de 2005).
- Greenberg, M.T., Weissberg, R.P., Utne, M., Zins, J.E., Fredericks, L. y Resnik, L.F. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning. *American Psychologist*, 58(6/7), 466-474.
- Hernández, A. (1989). *Inventarios sobre familia*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Horacek, T., Koszewski, W., Young, L., Miller, K., Betts, N. y Schnepf, M. (2000). Development of a peer nutrition education program applying Precede-Proceed: A program planning model. *Topics in Clinical Nutrition*, 15(3), 19-27.
- Juárez, L.M. y Encinas, B. (2003). La educación para la salud: un abordaje transcultural. *Index de Enfermería*, 42, 24-28.
- Kumpfer, K. y Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58(6/7), 457-463.
- Mangrulkar, L., Whitman, Ch.V., y Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. OPS: Unidad Técnica de Adolescentes. Disponible en línea: <http://www.adolec.org/pdf/habes.pdf> (Última actualización: 15 de noviembre de 2004).

- Mc Goldrick, M. y Gerson, R. (1985). *Genogramas*. Barcelona: Gedisa.
- Ministerio de Salud de Colombia (2001). *Sobre escuelas promotoras de salud*. Disponible en línea: www.paho.org/Hpp/HPM/hs_about.htm (Última actualización: 28 de marzo de 2002).
- Oberteuffer, D. (2001). Philosophy and principles of the School Health Program. *Journal of School Health*, 71(8), 373-375.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). *Sobre Escuelas Promotoras de Salud*. Disponible en línea: http://www.paho.org/spanish/Hpp./HPM/HEC/hs_about.htm (Última actualización: 15 de febrero de 2005).
- Organización Panamericana de la Salud y Fundación W. K. Kellogg (1998). *Proyecto de Desarrollo y Salud*. Disponible en línea: <http://www.bvs.org.ni/adolesc/doc/ProKellogg.pdf> (Última actualización: 15 de febrero de 2005).
- Polaino-Lorente, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.
- Restrepo, H. y Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Secretaría de Salud de Bogotá (2002). *Lineamientos de Escuela Saludable PAB, 2002*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.
- Secretaría de Salud de Bogotá (2004). *Estrategia de Escuela Saludable*. Disponible en línea: <http://www.saludcapital.gov.co/seccsalud/navleft/planesyprogramasensalud/escuelasaludable.html> (Última actualización: 15 de noviembre de 2004).
- StLeger, L. H. (1999). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health- a review of the claims and evidence. *Health Education Research Theory and Practice*, 14, 51-69.
- Tones, K. (2002). Reveille for radicals! The paramount purpose of health education? *Health Education Research*, 17, 1-5.
- Wandersman, A. y Florin, P. (2003). Community interventions and effective prevention. *American Psychologist*, 58(6/7), 441-448.
- Weinstein, N.D., Rothman, A.J. y Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17(3), 290-299.
- Weissberg, R., Kumpfer, K. y Seligman, M. (2003). Prevention that works for children and youth: An introduction. *American Psychologist*, 58(6/7), 425-432.