

Manual de
Educación
para la Salud



Gobierno
de Navarra

Dirección y coordinación: Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública.

Autoras y autores:

M^a José Pérez Jarauta
Margarita Echauri Ozcoidi
Eugenia Ancizu Irure
Jesús Chocarro San Martín

Colaboradoras y colaboradores:

Pilar Miqueo Miqueo
Soco Encaje Iribarren
Charo Esteban Sesma
Carlos Vilches
Carlos Martín Beristain
M^a Jesús Azagra Rey
Lázaro Elizalde Soto
Ángeles Goya Arive
Pilar García Castellano
Mikel Uriaga Domínguez

Ilustración y maquetación: Ana Goikoetxea

Impresión: ONA Industria Gráfica

Financiación: Instituto de Salud Pública

Depósito Legal: NA - 2951 / 2006

I.S.B.N. 84-235-2920-7
978-84-235-29209

Agradecimientos: Recogemos en este Manual el Modelo teórico y operativo de Educación para la salud desarrollado en Navarra desde 1986 hasta este año 2006. Además de a las personas arriba citadas, con las que lo hemos construido especialmente, queremos agradecer sus aportaciones a aquellas sin las que no hubiera sido posible:

Al sin fin de profesionales que durante estos 20 años han puesto en práctica tan amplio abanico de experiencias, han colaborado en la elaboración de Materiales y han participado en los diversos cursos de formación que hemos llevado a cabo en Navarra y otras Comunidades Autónomas.

A los responsables y técnicos de Educación y Promoción de Salud de Comunidades Autónomas amigas y vecinas, especialmente a Ramón Aguirre, Javier Gállego y Jose Joaquín Gutiérrez.

A Anna Ferrari, del Centro Sperimentales per l'Educazione sanitaria interuniversitario de la Universidad de Perugia (Italia), con quien iniciamos este trabajo, a Gabriel Hualde, Jefe de la Sección de Promoción de Salud, y a Pablo Aldaz, Director del Instituto de Salud Pública, que apoyaron y facilitaron su desarrollo.

© GOBIERNO DE NAVARRA



Manual de Educación para la Salud



Í N D I C E

1	Puntos de partida	
	Este manual.....	pág. 6
	Trabajar en Educación para la Salud.....	pág. 8
	Ejemplos prácticos: Tipos de intervención.....	pág. 12
2	Qué trabajar: Los contenidos de la educación para la salud	
	Comportamientos en salud: situación y necesidades.....	pág. 27
	Factores relacionados con los comportamientos.....	pág. 34
	Ejemplos prácticos: Contenidos educativos.....	pág. 40
3	Cómo trabajar: La Metodología de la educación para la salud	
	Información, educación y educación para la salud.....	pág. 53
	Aprendizaje significativo.....	pág. 58
	Métodos y técnicas educativas.....	pág. 60
	Rol educativo facilitador.....	pág. 95
	Programación en educación para la salud.....	pág. 103
	Ejemplos prácticos: Guiones de programaciones educativas....	pág. 109
4	Experiencias	
	Consejos Estilos de vida.....	pág.132
	Educación individual para Dejar de fumar.....	pág.133
	Educación para la salud con grupos de personas cuidadoras...	pág.151
	Bibliografía.....	pág. 178

Puntos de partida



1



Este Manual se centra en la práctica de la educación para la salud en diferentes temas y grupos de población. Es fruto de la interacción entre el modelo teórico y operativo elaborado por la Sección de Promoción de Salud del Instituto de Salud Pública de Navarra y las múltiples experiencias y proyectos educativos que en el marco de este modelo han realizado una amplia gama de centros de salud, centros de atención a la mujer, servicios municipales, entidades sociales... reajustando y enriqueciendo el propio modelo.

Se dirige a las y los profesionales de la Atención Primaria de Salud y de otros servicios sociosanitarios y organismos de la comunidad interesados e implicados de manera intencional en el Educar en Salud.

Sus objetivos son varios: 1) Colectivizar la amplia experiencia de trabajo en este tema, 2) Motivar a la puesta en práctica de estos tipos de intervenciones, 3) Facilitar a quienes se inician en ellas la programación, realización y evaluación de las mismas y 4) Servir de recurso de apoyo a la formación en educación para la salud.

El Manual incluye cuatro apartados y una bibliografía de referencia. Éste primero, a modo de presentación e introducción, otros dos que constituyen el núcleo central del material, Qué trabajar y, sobre todo, Cómo trabajar en educación para la salud, y el cuarto, que presenta el desarrollo exhaustivo de tres tipos de experiencias educativas: varios consejos educativos, una de educación para la salud individual y otra grupal.

Entiende la Educación para la salud como una herramienta básica tanto para la prevención de determinadas enfermedades como para su curación y/o rehabilitación, y como un instrumento indiscutible de promoción de salud.

Recoge los principios de la Carta de Ottawa 1986 y otras conferencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incorporan la Educación para la Salud a la Promoción de la Salud como una de sus estrategias básicas junto a la comunicación social y a otras medidas políticas, técnicas, económicas, de acción social, etc.

En el Manual se tienen en cuenta los diferentes enfoques y modelos de educación, salud y educación para la salud que se han ido planteando en los últimos decenios y opta por integrar algunos de ellos: en salud, enfoques biopsicosocial y de Desarrollo Personal y Social y en educación, enfoques de pedagogía activa. Algunas de sus claves son las siguientes:

- La Salud como derecho humano fundamental y como recurso para la vida diaria, entendida y considerada en un sentido amplio, integral, biopsicosocial.
- Las condiciones de vida y los entornos en que la gente trabaja, estudia y vive, los modelos y valores socioculturales, los estilos de vida, la biología, los servicios relacionados con la salud, los recursos personales y redes sociales... como condicionantes de la situación de salud de las personas, grupos y comunidades.
- Las personas como protagonistas de su propia salud y de su propia vida. El empoderamiento personal y social como proceso mediante el cual las personas, grupos y comunidades adquieren mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

- La salud como tema a trabajar a partir de las múltiples vivencias y experiencias personales que la configuran, y que incluye conocimientos pero también sentimientos, creencias, actitudes, habilidades... así como diversos factores del entorno que la condicionan.
- Los procesos de educación en salud como marco de crecimiento y desarrollo personal y comunitario: del propio proyecto de vida, a nivel personal, y de desarrollo comunitario, a nivel colectivo.
- La acción social con la participación de las personas, grupos y comunidades como elemento necesario para ganar salud.
- La importancia de la implicación de todos los sectores y de la colaboración intersectorial para la salud. La Atención Primaria de Salud como espacio de educación y promoción de salud.

TRABAJAR EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Desde 1948, fecha de su constitución, la OMS rompe con los conceptos de salud de carácter negativo – ausencia de enfermedad – dominantes hasta entonces y define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, incorporando el sentido holístico, positivo y subjetivo de la salud.

Más adelante se van agregando perspectivas más dinámicas. Milton Terris, 1980, plantea la salud – enfermedad como un continuum y modifica la definición suprimiendo el término completo y añadiendo la capacidad de funcionamiento y adaptación al medio.

En el contexto de la Promoción de Salud, se considera la salud como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente (*Glosario de Promoción de Salud, Don Nutbeam, 1985*).

Se entiende la salud como un recurso para la vida, como un medio para llegar a un fin: llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Acentúa los recursos personales y sociales, así como las aptitudes físicas. (*Glosario de Términos de Promoción de Salud, OMS, 1998*).

La actual situación de salud se caracteriza por cambios profundos y rápidos:

- Cambios socio-demográficos: reducción de la natalidad, retraso del primer hijo, reducción del tamaño familiar, aumento del nivel de estudios, longevidad, envejecimiento de la población, incorporación de la mujer al trabajo no doméstico, cambios de roles asociados al género, migraciones...
- Cambios en el patrón de morbi-mortalidad: constituyendo las causas de muerte más frecuentes en la actualidad en occidente las enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias, accidentes...
- Factores asociados a estas causas de muerte relacionados con los diferentes estilos de vida: tabaco, dieta rica en grasas, obesidad, sedentarismo, estrés, alcohol, velocidad excesiva, conducción bajo los efectos del alcohol y no uso de medidas de seguridad en la conducción...

Los problemas de salud vigentes son multicausales y complejos y requieren acciones bien articuladas que combinen diferentes estrategias, métodos y técnicas. Necesitan un abordaje con múltiples dimensiones: investigación, medio ambiental, clínica, educativa, etc. La educación para la salud aborda la dimensión educativa y constituye una de las herramienta primordiales a utilizar a distintos niveles (poblacional, grupal, individual), en diferentes ámbitos (familia, escuela, centros de trabajo, servicios sanitarios...), sola o combinada con otras estrategias, etc.

Por ejemplo, el abordaje de los cánceres requerirá el desarrollo de la salud medioambiental o laboral para la prevención, identificación y control de cancerígenos medio ambientales, la promoción de estilos de vida sana a nivel poblacional, estructuras de salud pública y asistenciales de primer nivel y hospitalarias, estrategias de cribado e identificación de casos, tecnología diagnóstica, tratamientos eficaces, investigación, formación, protocolos, etc.

La educación para la salud en este campo, incluirá educación poblacional sobre estilos de vida, consejo educativo para la prevención, una dimensión clínico – educativa en el diagnóstico, ayuda a la toma de decisiones informada respecto a las pruebas diagnósticas o a la elección del tratamiento, educación en la aceptación de la enfermedad y respecto a las medidas de autocuidado, educación y apoyo a pacientes terminales y sus familiares, etc.

En relación con las prioridades en educación para la salud, la política de Salud 21 para la

región europea de la OMS, *Salud para todos en el siglo XXI 1999*, enfatiza la necesidad de la prevención y promoción de salud para ganar salud en este siglo y cita como áreas prioritarias de intervención la prevención y control de enfermedades y lesiones (salud mental, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y lesiones), la promoción de estilos de vida saludables (alimentación sana, ejercicio físico, salud sexual, no fumar), la reducción de daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco y el abordaje de las transiciones vitales, haciendo especial hincapié en la equidad y el trabajo multisectorial.

En el Documento de la Unión internacional de educación y promoción de salud (UIPHES) *La evidencia de la eficacia de la promoción de salud 2000*, se plantean como desafíos más importantes: el envejecimiento, la salud mental, los grupos excluidos, la enfermedad cardíaca, tabaco, alcohol y drogas, alimentación y lesiones y accidentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la educación para la salud como:

“Actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud”

“Diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambio social respecto a su salud”

La educación para la salud trata pues de responder de forma coherente a la evolución de las necesidades en salud y de los fenómenos relacionados con la salud – enfermedad que van ocurriendo en nuestra sociedad, priorizando los de mayor relevancia y vulnerabilidad educativa, abordando distintas áreas de intervención con diferentes poblaciones diana y, según ambas, desarrollándose en distintos ámbitos con diversos tipos de intervención y complementándose con otras estrategias y actuaciones.

Recogiendo estos aspectos, en cuanto a las Áreas de intervención, en este Manual se plantea afrontar las necesidades en salud agrupándolas en tres áreas: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales que se explican en la figura que sigue:

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

Problemas de salud, especialmente procesos crónicos, como diabetes, EPOC, enfermedades cardiovasculares, esquizofrenia, artrosis, VIH/SIDA, demencias... pero también procesos agudos o de media duración como lumbalgias u otros problemas osteomusculares... o problemas como la dependencia, la violencia o el maltrato.

Estilos de vida, relacionados con alimentación, lactancia, ejercicio físico, sexualidad, manejo del estrés, sueño/reposo/actividad, salud dental, exposición solar, tabaco, alcohol y otras sustancias, gestión y reducción de riesgos y otros.

Transiciones vitales, como el embarazo, la infancia y adolescencia, maternidad o parentalidad, menopausia/madurez, envejecimiento, cuidar y emigrar.



Respecto a los ámbitos de la Educación para la Salud, se consideran los diferentes espacios, estructuras y escenarios con posibilidades de educación intencional:

- Centros de educación formal (infantil, primaria, secundaria, postobligatoria, de adultos...) y no formal (ocio y tiempo libre...)
- Servicios de salud (Atención Primaria de Salud, Centros de Atención a la Mujer, Hospitales y otros Centros y Servicios de Atención Especializada...)
- Servicios municipales: Sociales, de Mujer, de Juventud, Socioculturales...
- Servicios de salud laboral: servicios y delegados o delegadas de prevención, empresarios y empresarias, sindicatos...
- Instancias político – administrativas: Ayuntamientos, Gobierno y distintos Departamentos, Parlamento...
- Entidades sociales, Organizaciones No Gubernamentales, Movimientos Sociales...
- Canales de circulación cultural y estructuras sociales: Grupos familiares, Medios de Comunicación Social, Grupos Primarios y Secundarios.
- Barrios, ciudades y pueblos...

Trabajar eficazmente en Educación para la Salud requiere contextos facilitadores tanto políticos como técnicos: apoyo institucional y en la gestión, apoyo técnico (formación, materiales, asesorías...) y económico...

Respecto a los tipos de intervención, diferenciamos cuatro tipos de intervención:

TIPOS DE INTERVENCIÓN

Consejo/información: Es una intervención breve que incluye información y propuesta motivadora de cambio a usuarios y usuarias, aprovechando la oportunidad de una consulta o encuentro profesional, a demanda o programado.

Educación individual: Serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario en las que se trabajan las capacidades del usuario o usuaria sobre un tema (la diabetes, la menopausia, la alimentación...) desde una perspectiva más amplia.

Educación grupal o colectiva: Serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o temas de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud.

Promoción de salud: Aborda las capacidades de las personas y también el entorno social que les rodea e influye en el tema de salud de que se trate. Además de la educación para la salud, incluye otros tipos de estrategias: Información y comunicación a través de los medios de comunicación social, Acción social y Medidas políticas, técnicas o económicas. Es una actividad de los ámbitos sanitario y social. Colaboran los distintos servicios de la zona (centro de salud, servicios municipales y educativos), entidades sociales, etc.

Los diferentes tipos de intervención pueden desarrollarse de forma separada: recomendación sobre la prevención de caídas en la persona anciana, educación individual en enfermedades pulmonares obstructivas crónicas –EPOC- o con familiares de personas con enfermedades mentales, proyecto de escuela o universidad promotora de salud o barrio o ciudad saludable, etc. Sin embargo, muchos temas requieren abordajes multisectoriales, combinando distintos tipos de intervenciones, que se dirijan tanto a las personas como al entorno.

La educación para la salud a veces concluye o conlleva acciones de Promoción de Salud como la constitución de un grupo de autoayuda, creación de una comisión para hablar del tema con el ayuntamiento, la realización de campañas o actividades informativas en la prensa local, etc.

Por ejemplo, en un centro de salud, la actuación con cuidadoras de personas con déficit de autonomía en el domicilio puede abordarse desde los diferentes tipos de intervención:

Consejos e Informaciones breves: sobre los cuidados a realizar (alimentación, aseo personal, movilización, síntomas, ayudas técnicas...) o sobre cuidar y cuidarse (emociones y sentimientos, tiempo para sí, compartir cuidados, cuidar la propia vida...), etc.

Educación individual, grupal o ambas (grupal con posterior seguimiento en consulta individual). Puede ofertarse educación individual o grupal, que incluiría varias consultas en el primer caso o un taller sobre cuidar y cuidarse en el segundo, abordando con profundidad el tema: la experiencia personal de cuidar y la forma de entenderla y afrontarla, cuidar, cuidarse...

Intervención de Promoción de salud. Para llevarla a cabo deberemos conocer con más profundidad las necesidades de la comunidad en este tema. Según éstas, podemos pensar en un proyecto que incluya ese mismo taller y también la elaboración de folletos sobre el reparto de tareas y cuidados domésticos entre hombres y mujeres, para buzonear en el pueblo o barrio. Además, se puede incluir la participación en unos programas de radio y un artículo en el periódico local. También se pueden programar algunas reuniones con los servicios sociales municipales y trabajar con los grupos de autoayuda y voluntariado existentes en el barrio para organizar servicios de respiro para las personas cuidadoras que lo necesiten. Así mismo, podrían plantearse informes y reuniones con los responsables municipales para aumentar los recursos y servicios de apoyo para cuidar.

En este Manual nos centramos en los tres primeros tipos de intervención: Consejo/información, Educación individual y Educación grupal o colectiva, profundizando en dos grandes apartados que por razones didácticas se presentan por separado: el Qué Trabajar, o sea los Contenidos de la educación para la Salud y, fundamentalmente, el Cómo trabajar, es decir, la Metodología.

EJEMPLOS PRÁCTICOS: TIPOS DE INTERVENCIÓN

Se presentan a continuación diseños - resúmenes de 10 experiencias prácticas correspondientes a distintos tipos de intervención (2 de Información/Consejo, 2 de Educación para la salud individual, 2 de Educación grupal intensiva, 2 de Educación grupal breve y 2 de Promoción de Salud) elaboradas por diferentes estructuras, centros de salud y otras entidades de Navarra. Se presentan de manera sintética, a modo de ejemplos prácticos.

Otros materiales del Instituto de Salud Pública del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra que pueden aportar ideas, experiencias, instrumentos y modelos de buenas prácticas (ver www.cfnavarra.es/isp/promocion) para el desarrollo de distintos tipos de intervenciones son:

- Ayudar a crecer. Guía educativa para trabajar con grupos de padres y madres
- Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes
- En la madurez. Guía educativa para promover la salud de las mujeres
- Carpeta Estilos de vida
- Estilos de vida. Protocolos para profesionales. Educación y Comunicación en consulta individual
- Estilos de Vida. Educar en salud I. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria
- Estilos de vida. Promoción de Salud. Acciones colectivas y comunitarias
- Cómo Ayudar a su paciente a Dejar de Fumar. Guía para profesionales de salud
- Ayudar a dejar de fumar. Protocolos de actuación para profesionales de salud
- Educar en salud II. Procesos crónicos. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria
- Educar en salud III. Etapas vulnerables. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria

Además existe otra amplia gamma de recursos de apoyo. Entre ellos pueden consultarse:

<http://sipes.msc.es>: Sistema de información en promoción y educación para la salud, del Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con la Comunidades Autónomas

www.msc.es: Ministerio de Sanidad y Consumo, con enlaces con otras estructuras del propio Ministerio, Comunidades Autónomas y Organismos Internacionales

www.who.ch: Organización Mundial de la Salud

www.semfyec.es: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

www.papps.org: Programa de actividades de prevención y promoción de la salud, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

www.pacap.net: Programa de actividades comunitarias en atención primaria, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

www.enfermeriacomunitaria.org: Asociación de Enfermería Comunitaria

www.iuhpe.org: Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud

INTERVENCIÓN 1: INFORMACIÓN/CONSEJO SOBRE DEJAR DE FUMAR

Se trata de una intervención de Información/Consejo cuya Área de intervención son los Estilos de vida, concretamente la propuesta de dejar de fumar. Como contenido incluye una breve información motivadora sobre los beneficios del cese del tabaco.

Incluye cuatro pasos:

1. Se pregunta sobre su estilo de vida. Se registra la intervención
2. Se informa y motiva para el cambio
3. Se entrega material escrito de recuerdo
4. Se oferta apoyo si lo necesita

1. Se pregunta si fuma, se anota en la historia (si, no, exfumador/a). Se registra la intervención.

2. Si fuma se le aconseja dejar el tabaco y se le pregunta si quiere abandonarlo.

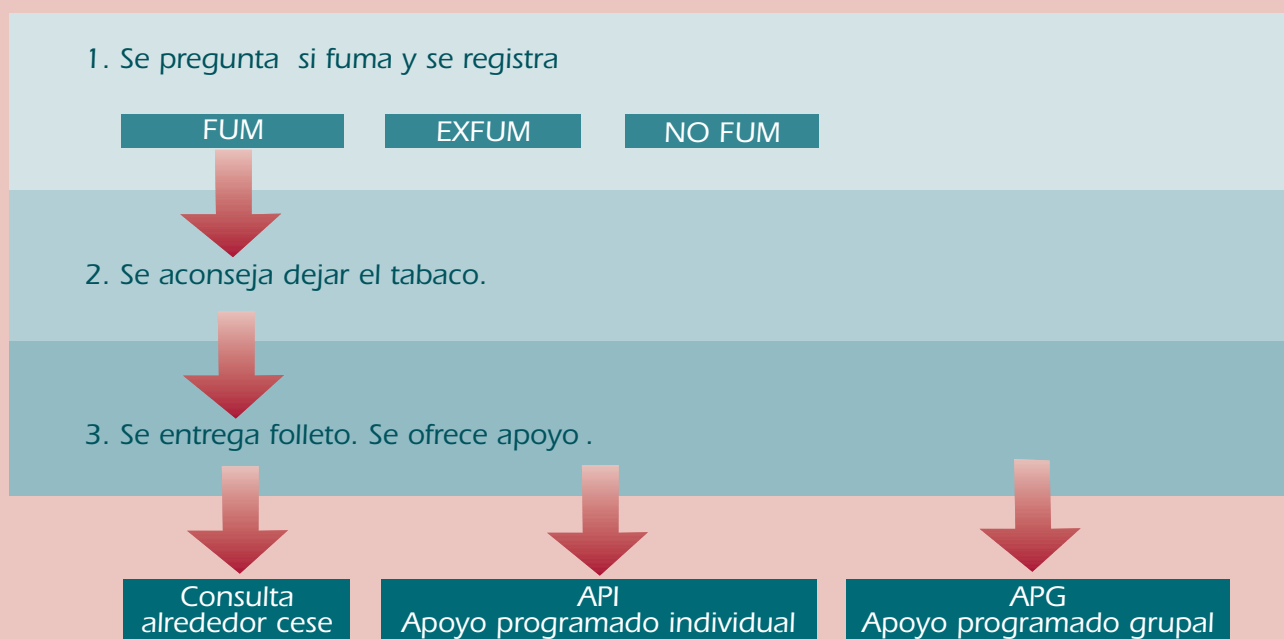
Para su estado de salud actual es mejor que deje de fumar, ¿ha pensado en dejarlo?

Dejar de fumar puede favorecer una evolución más favorable de tu enfermedad, ¿te lo has planteado?

3. Se le entrega material escrito “Dejar de fumar, puede conseguirlo” y se le pregunta si quiere dejar con o sin ayuda profesional.

4. Si quiere dejar por su cuenta se le propone fijar una fecha y se le oferta una nueva consulta después de la fecha del cese para discutir y reforzar el proceso.

Si quiere dejarlo con ayuda profesional se le remite a las modalidades de apoyo: Consulta Programada, Apoyo intensivo individual o grupal, según los servicios que oferte el centro.



INTERVENCIÓN 2: CONSEJO ALIMENTARIO

Se trata también de una intervención de Información/Consejo en Estilos de vida, en este caso centrada en la Alimentación, “el consejo alimentario”. Como contenido incluye una información breve y motivadora sobre alimentación sana y equilibrada.

Incluye cuatro pasos:

1. Se pregunta. Se registra la intervención.

“¿Cuánta fruta y verdura toma al día?”

“¿Cómo es tu dieta?”

“Tienes el colesterol, uno de los tipos de grasas que tenemos en la sangre, alto. Esto puede relacionarse con la dieta. ¿Cómo llevas en tu alimentación el tema de las grasas?”

2. Se aconseja alimentación sana y equilibrada.

“Una alimentación sana y equilibrada incluye tomar todos los días fruta y verdura, al menos 2 piezas de fruta fresca, ensalada y verdura ¿lo ves posible?”

“Para la salud es importante una alimentación variada, poco grasa y rica en vegetales ¿cómo es tu dieta?”

“Una alimentación menos grasa puede contribuir a una evolución más favorable de tu enfermedad ¿puedes valorarlo? ¿quieres que comentemos más este tema?”

3. Se entrega material escrito sobre Alimentación.

“En este folleto encontrarás informaciones para una alimentación más sana. Puedes leerlo y valorar si puedes proponerte algún cambio”.

4. Se ofrece ayuda si la necesita.

“Si decides cambiar algo y necesitas ayuda aquí la puedes encontrar. Piénsalo y, si quieres, lo comentamos”.

“Si decides cambiar tu dieta podríamos pensar en una nueva consulta más tranquila sólo para esto o incluso, si crees que necesitas más, en el centro se ofrecen servicios de Educación para la Salud individual o grupal”.

1 consulta programada
de apoyo

Educación individual

Educación grupal



INTERVENCIÓN 3: EDUCACIÓN INDIVIDUAL SOBRE EJERCICIO FÍSICO

Se trata de una intervención de Educación para la salud en consulta individual centrada, como Área de intervención, en los Estilos de vida, en concreto en el ejercicio físico.

Aborda el tema con una cierta profundidad: partiendo de su experiencia, trabaja contenidos de conocimientos, actitudes y habilidades para la práctica de ejercicio físico.

El siguiente cuadro incluye un esquema de la intervención:

Objetivos/Contenidos	Técnicas
1ª consulta: Cómo veo el tema del ejercicio físico Recepción y contrato educativo Expresar su experiencia respecto al ejercicio físico Desarrollar conocimientos respecto a distintos tipos de ejercicios Desarrollar habilidades para la práctica de ejercicio físico	Técnicas activas y participativas de educación individual
2ª consulta: Qué factores influyen en la realización o no de ejercicio físico Retomar la sesión anterior y consensuar ésta Analizar los factores relacionados con el ejercicio físico Desarrollar habilidades para la práctica de ejercicio físico	
3ª consulta: Decido el ejercicio físico que quiero realizar Retomar la sesión anterior y consensuar ésta Analizar posibles formas de realizar ejercicio físico Identificar dificultades y alternativas Elaborar su plan personal Desarrollar habilidades para la práctica de ejercicio físico Evaluación	

INTERVENCIÓN 4: EDUCACIÓN INDIVIDUAL SOBRE ANTICONCEPCIÓN

Se trata también de una intervención de Educación para la Salud individual en Estilos de vida, en este caso en Métodos anticonceptivos. Tiene en cuenta el proceso de aprendizaje: que la persona con la que se trabaja exprese su situación, profundice y actúe sobre ella. Trabaja contenidos de conocimiento de los distintos métodos anticonceptivos y actitudes y habilidades para su uso.

El siguiente cuadro incluye un esquema de la intervención:

Objetivos/Contenidos	Técnicas
1ª consulta: ¿cómo veo el tema de la anticoncepción? Recepción y contrato Expresar sus vivencias y experiencia, lo que conoce respecto a la anticoncepción Amplía y reorganiza conocimientos sobre los distintos métodos Desarrollar habilidades para el uso de anticonceptivos	Técnicas activas y participativas de educación individual
2ª consulta: ¿qué factores influyen en el uso de anticonceptivos? Retomar la sesión anterior y consensuar ésta Analizar los factores relacionados con el uso de anticonceptivos Desarrollar habilidades para el uso de anticonceptivos Tarea para casa	
3ª consulta. Decido el anticonceptivo que quiero utilizar Retomar la sesión anterior y consensuar ésta Analizar ventajas e inconvenientes personales para los diferentes métodos anticonceptivos Identificar dificultades y alternativas de uso para los métodos con mayores ventajas Tomar decisiones respecto al método anticonceptivo Desarrollar las habilidades necesarias para el uso del método elegido Evaluación	

INTERVENCIÓN 5: UN TRABAJO EDUCATIVO GRUPAL. EDUCACIÓN EN DIABETES.



Se trata de una intervención de Educación para la Salud con grupos, centrada en un Problema de salud: La Diabetes. Plantea 3 bloques de contenidos: La aceptación de la enfermedad, el tratamiento y la elaboración del plan personal de control. Parte de las experiencias y los cambios que ha supuesto al grupo el diagnóstico de diabetes. Incluye contenidos amplios biosicosociales: conocimientos, actitudes, habilidades, influencia del entorno...

El siguiente cuadro presenta un esquema de la intervención:

Contenido	Técnicas
Tengo Diabetes. Elaboro y asumo que tengo diabetes. 1ª sesión: La diabetes y cómo la llevo Presentación y contrato educativo Experiencias y cambios La diabetes	Técnicas educativas grupales activas y participativas
2ª sesión: Cosas que me influyen Presentación Factores que influyen en cómo se vive Psicología de la enfermedad crónica	
3ª sesión: Descompensaciones Presentación Descompensaciones y complicaciones. Hipo e hiperglucemia	
Medidas de control. Me preparo para controlar la diabetes. 4ª sesión: Alimentación Presentación Me cuido: la alimentación	Técnicas educativas grupales activas y participativas
5ª sesión: Ejercicio Presentación Me cuido: el ejercicio y otros cuidados	
6ª sesión: Fármacos y autoanálisis Presentación Me cuido: la medicación y el autoanálisis	
7ª sesión: Habilidades Presentación Habilidades personales y sociales. Decir no y pedir ayuda	
Mi plan personal de control 8ª sesión: Controlo la diabetes Presentación Mi plan de control global Recursos existentes Ejercicio de respiración Evaluación	Técnicas educativas grupales activas y participativas

INTERVENCIÓN 6: EDUCACIÓN PARA LA MATERNIDAD EN GRUPO. DISEÑO ORIENTATIVO DE SESIONES.

Se trata de una intervención de Educación para la salud con grupos centrada, como Área de intervención, en una transición vital: La maternidad. Trabaja, partiendo de sus experiencias y preocupaciones, el embarazo, parto, puerperio y cuidado y educación de los hijos e hijas, analizando la visión social de la maternidad y paternidad hoy en nuestra sociedad. Incluye contenidos amplios biosociales.

El esquema de la intervención es el siguiente:

Contenido	Técnicas
Algo en mi vida se mueve 1ª sesión: La nueva situación Presentación de participantes y del curso Experiencias y preocupaciones Relajación, gimnasia y respiración	Técnicas educativas grupales activas y participativas
El embarazo 2ª sesión: Cambios y cuidados Presentación Cambios en el embarazo Los cuidados de la embarazada Relajación, gimnasia y respiración	Técnicas educativas grupales activas y participativas
3ª sesión: Plan de autocuidados Presentación Problemas comunes en el embarazo Dificultades y alternativas para autocuidados Relajación, gimnasia y respiración	
4ª sesión: La reproducción Presentación El aparato reproductor femenino y masculino Relajación, gimnasia y respiración	
5ª sesión: El feto se desarrolla Presentación ¿Cómo será? Desarrollo del feto. Relajación, gimnasia y respiración	
La maternidad y la paternidad hoy en nuestra sociedad 6ª sesión: Visión social Presentación Visión social del embarazo, parto y puerperio Ser madre y padre hoy Relajación, gimnasia y respiración	Técnicas educativas grupales activas y participativas



El parto y el puerperio 7ª sesión: El parto Presentación Sentimientos respecto al parto El parto. Mecanismos que intervienen Relajación, gimnasia y respiración	Técnicas educativas grupales activas y participativas
8ª sesión: El puerperio Presentación Durante el puerperio Cambios en el puerperio Relajación, gimnasia y respiración	
9ª sesión: Salud reproductiva y sexual Presentación La sexualidad Los métodos anticonceptivos La prevención del cáncer y de las enfermedades de transmisión sexual Relajación, gimnasia y respiración	
El cuidado y la educación de mi hijo o hija 10ª sesión: Cuidados del bebé Presentación Lactancia/Alimentación Cuidados del niño o de la niña Relajación, gimnasia y respiración	Técnicas educativas grupales activas y participativas
11ª sesión: La educación de mi hijo/a Presentación Educar Los estilos educativos Relajación, gimnasia y respiración	
Organizo mi futuro. Me preparo para la nueva situación 12ª sesión: Proyectar el futuro Presentación Proyectar el futuro Los derechos del padre y de la madre Evaluación	Técnicas educativas grupales activas y participativas



INTERVENCIÓN 7: INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL BREVE. TALLER DE ESPALDA.

Se trata de una intervención educativa grupal breve de 2 – 4 horas de duración centrada en los problemas osteomusculares de espalda. Partiendo de las experiencias presentes en el grupo, trabaja conocimientos y habilidades para su prevención y control: anatomía, higiene postural, cargas, fortalecimiento musculoesquelético...

El siguiente cuadro presenta un esquema de la intervención:

<i>Objetivos/Contenidos</i>	<i>Técnicas</i>
Presentación y contrato educativo Experiencias respecto al dolor de espalda La espalda, el dolor de espalda y las medidas de autocuidado. Las posturas Ejercicios para fortalecer la espalda Material escrito Evaluación	Técnicas activas y participativas de educación grupal



INTERVENCIÓN 8: INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL BREVE. INMIGRACIÓN.

Se trata de una intervención educativa grupal breve de 3 – 4 horas de duración, a trabajar en 1 ó 2 sesiones, centrada en la migración como transición vital: la experiencia de inmigrar, el duelo migratorio, los beneficios/oportunidades y dificultades/sobrecarga física y emocional que supone, la reorientación del propio proyecto de vida...

Esta intervención puede realizarse en este sólo bloque o constituir el bloque inicial de contenidos en un programa más amplio en el que también se trabajen la utilización de servicios, los autocuidados físicos y emocionales, etc.

El siguiente cuadro presenta un esquema de la intervención:

Diseño de sesiones:

Objetivos/Contenidos	Técnicas
1ª sesión: La experiencia de migrar Presentación de las personas y del curso. Contrato educativo. Propuesta de la sesión. Expresar y organizar sus vivencias y experiencias Reorganizar sus conocimientos sobre las migraciones como transición vital y crisis psicosocial	Técnicas educativas grupales activas y participativas
2ª sesión: Factores relacionados Repaso sesión anterior y presentación de ésta Identificar y analizar distintos factores relacionados Conocer distintos recursos	Técnicas educativas grupales activas y participativas



INTERVENCIÓN 9: INTERVENCIÓN DE PROMOCIÓN DE SALUD. CUIDAR Y CUIDARSE.

Se trata de una intervención de Promoción de Salud dirigido, por una parte, a personas que cuidan para trabajar el “Cuidar y Cuidarse” y por otra, al medio ambiente, para facilitar esta opción.

Combina actividades de educación para la salud con otras estrategias: medidas políticas y técnicas, acción comunitaria, información y comunicación y reorientación de servicios de salud y sociales.

El siguiente cuadro incluye un esquema de la intervención:

MEDIDAS POLÍTICAS Y TÉCNICAS

Colaboraciones y alianzas entre administraciones sociales y sanitarias para facilitar a las cuidadoras el acceso a los servicios y la gestión de trámites administrativos...

Legislación y normativas: conciliación vida familiar y laboral, planes y programas sociosanitarios...

Informes y propuestas técnicas sobre áreas concretas: necesidades, recursos comunitarios...

Servicios para las personas que cuidan: servicios de asesoramiento, de rehabilitación y fisioterapia, de apoyo al cuidar, de respiro para fines de semana y vacaciones...

ACCIÓN COMUNITARIA

Acciones y movilizaciones sociales: a favor del reparto de cuidados, por el incremento de recursos...

Voluntariado para acompañamiento de personas ancianas o enfermas

Grupos de Ayuda Mutua de personas cuidadoras para compartir experiencias, ampliar su red social, plantear necesidades y buscar soluciones a sus problemas

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Charlas o material informativo: Cuidar sin descuidarse, autocuidados, servicios disponibles...

Campaña en Medios de comunicación sobre reparto de tareas y cuidados domésticos: folletos, artículos en prensa local, participación en radios...

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Educación para la salud individual: 2-3 o más consultas educativas con personas que cuidan

Talleres educativos con grupos de personas cuidadoras sobre cuidar y cuidarse

REORIENTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

Humanización de la asistencia

Participación de las personas cuidadoras en las decisiones que les afectan

Formación de profesionales sobre la atención integral a quienes cuidan

Carta de servicios: inclusión de servicios preventivos y educativos sobre el tema

INTERVENCIÓN 10: INTERVENCIÓN DE PROMOCIÓN DE SALUD.

PROYECTO DE PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.

Se trata de una intervención de Promoción de salud que trabaja con las personas (capacitación en seguridad y prevención de accidentes) y sobre el entorno (desarrollo de entornos seguros y saludables).

Combina actividades de Información/Comunicación social, educación para la salud, medidas políticas, económico – reguladoras y técnico – administrativas y de acción comunitaria.

Un esquema de la intervención es el siguiente:

EDUCACION PARA LA SALUD

Actividades educativas en las aulas de preescolar.

Sesiones educativas con padres y madres.

Prácticas de evacuación del centro en caso de incendio (si se realizan en un contexto educativo).

ACCION COMUNITARIA

Recogida de firmas a favor de un medio ambiente más seguro y para apoyar la eliminación de puntos negros.

Entrevistas y reuniones de trabajo con Alcalde para informarle de este proyecto y pedirle que se implique en la toma de medidas.

Cross escolar con paradas en puntos negros.

Fiesta infantil a favor de entornos seguros.

INFORMACION/COMUNICACION

Colocación de paneles y carteles alusivos al tema.

Distribución en consulta de pediatría de un folleto de información.

Megafonía con emisión de mensajes sobre seguridad.

Elaboración y distribución de la revista "El recreo".

Exposición de fotografías realizadas en el cross.

Información pública en prensa y radio.

MEDIDAS POLITICAS, ECONOMICO-REGULADORAS Y TECNICO-ADMINISTRATIVAS

Confección de un botiquín escolar.

Elaboración y cumplimentación de fichas de recogida de datos (en Centro de Salud y en los Centros Escolares).

Identificación de comercios con venta de accesorios de seguridad.

Identificación y propuestas de soluciones a puntos negros.

Colocación de vallas de seguridad y retirada de postes de alta tensión.

Qué trabajar: Contenidos de la educación para la salud



2

Este capítulo se centra en el Qué trabajar, es decir, en los Contenidos de la Educación para la Salud, que pueden ser amplios y variados según la persona, grupo, situación y contexto en el que se trabaje.

En general, en educación sobre temas de salud, los contenidos son los comportamientos y estilos de vida y los factores relacionados con ellos.

El avance en los planteamientos del modelo biopsicosocial requiere, tanto a la hora del análisis de necesidades como de la intervención, añadir a los distintos contenidos educativos que ya se venían incorporando (Ejemplo: qué es la diabetes, síntomas, diagnóstico y tratamiento: alimentación, ejercicio físico, insulina, autoanálisis...) distintos aspectos psicosociales relacionados con la aceptación de la enfermedad, la toma de decisiones o el apoyo social, etc.

Como ya hemos comentado, en este Manual los contenidos educativos se abordan desde una perspectiva de Salud y Desarrollo personal, que incluye el aprendizaje y la potenciación de recursos y habilidades personales para afrontar la vida y manejar la salud.

El capítulo incluye esta presentación y tres apartados:

- Comportamientos en salud: situación y necesidades

Para cada una de las Áreas de Intervención (Problemas de Salud, Estilos de Vida y Transiciones Vitales) aporta algunas informaciones sobre la situación en salud y los comportamientos asociados, proponiendo para ser efectivos “no culpabilizar a la víctima” sino trabajar los distintos factores relacionados con estos comportamientos.

- Factores relacionados con los comportamientos

Además de la dimensión biológica en este apartado se plantea y desarrolla tres tipos de factores relacionados con los comportamientos en salud: Factores del entorno social, Factores del entorno próximo y Factores personales, con diferente presencia y peso en distintas personas, grupos y situaciones.

- Ejemplos prácticos: Contenidos educativos

Presenta de manera sintética y a modo de ejemplos prácticos algunos contenidos educativos (informaciones, sentimientos, actitudes, habilidades, la influencia del entorno próximo y sociocultural...) relacionados con las distintas Áreas de Intervención (Procesos Crónicos, Estilos de Vida y Transiciones Vitales).

Los patrones de comportamiento y las condiciones de vida tienen que ver con la causalidad, el desarrollo, control o solución de los problemas de salud. Son diferentes en cada sociedad y época histórica.

En la práctica se tiene en cuenta la situación de salud y la existencia de comportamientos y estilos de vida beneficiosos y perjudiciales con ella asociados en relación con la aceptación y manejo de una enfermedad, alimentación, ejercicio físico, control del estrés, sexualidad, abordaje de cambios y crisis vitales, tabaquismo, consumo de alcohol y otras drogas, violencia...

También se tiene en cuenta la promoción de comportamientos de autocuidados (actividades conscientes realizadas para promover, proteger o mantener la salud) frente a comportamientos auto lesivos; comportamientos de autonomía frente a comportamientos de dependencia; de participación frente a delegación, etc.

Sin embargo, la responsabilidad de la salud y de los problemas de salud no depende exclusivamente, ni siquiera principalmente, de los individuos.

Los comportamientos son fruto de la interacción entre las condiciones de vida, los modelos y valores socioculturales, el entorno próximo, la etapa vital, las características personales, etc. Estos factores hacen que algunos modos de vida sean más atractivos, factibles y apropiados, inciten al consumo, ofrezcan más posibilidades a unas personas que a otras e impongan limitaciones importantes a los estilos de vida.

Centrar la atención exclusivamente en los comportamientos de riesgo individuales puede “culpabilizar a la víctima”. Es necesario una perspectiva amplia centrada en los factores relacionados con los comportamientos (ver página 34) para lograr cambios eficaces.

Además los comportamientos son patrimonio de los usuarios y usuarias. Las decisiones son suyas.

Se describen a continuación algunos comportamientos en relación con las distintas Áreas de Intervención citadas: Problemas de Salud, Estilos de Vida y Transiciones Vitales.

Problemas de Salud

En el momento actual es predominante la influencia de las enfermedades no transmisibles, pero también es importante la presencia aún considerable de las enfermedades transmisibles – algunas están aumentando - y la magnitud creciente de los problemas de salud mental.

Según la Encuesta de Salud de Navarra 2000:

El porcentaje de personas con problemas crónicos aumenta con la edad. En Navarra alcanza el 57% en los mayores de 65 años.

Así mismo el número de problemas de salud por los que consulta la población con problemas crónicos aumenta con la edad alcanzando el valor de 1,7 problemas por persona que consulta.

Los problemas de salud crónicos por los que más consulta la población navarra son los del sistema cardiovascular, tanto factores de riesgo como la hipertensión arterial o el colesterol, como enfermedades manifiestas como la insuficiencia cardiaca, el infarto cardiaco o el ataque cerebral, representando un tercio del total de problemas crónicos.

Seguidamente en orden de frecuencia se dan los problemas osteomusculares que representan el 15% del total de los problemas crónicos. La prevalencia en la población sería del 7%.

A continuación se dan los problemas endocrinológicos destacando la diabetes como problema específico que en términos de prevalencia interesaría en Navarra al 4% de la población mayor de 16 años.

El cuarto grupo de población lo constituyen los problemas de salud mental (9% del total). En la mitad de los casos los problemas son depresión o ansiedad.

El envejecimiento de nuestra población y el crecimiento de la población mayor de 80 años producen un incremento de determinados tipos de enfermedades como las enfermedades neurodegenerativas y otras enfermedades crónicas.

Las defunciones según causa de muerte más significativa por orden de frecuencia han sido (Navarra en Cifras 2000):

- Sistema circulatorio
- Tumores
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades digestivas
- Causas externas
- Accidentes de tráfico

Según el diagnóstico de salud de Navarra 2003, otros problemas de salud pública son: asma y enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades profesionales y otros daños derivados del trabajo y patología osteomuscular.

Los comportamientos asociados a los procesos crónicos más frecuentes se relacionan con:

- Los factores de riesgo. Los procesos crónicos se vinculan con distintos estilos de vida: alimentación, ejercicio físico, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, estrés, estilos de trabajo y ocio, comportamientos sexuales de riesgo, estilos de descanso/sueño y posturales, exposición al sol, estilos relacionales...
- El diagnóstico: El diagnóstico suele implicar la utilización de determinados servicios preventivos (pediátricos, de la persona adulta o anciana, de la mujer, cáncer de mama...) y la realización de determinadas pruebas diagnósticas.
- La enfermedad y sus consecuencias. Tras la comunicación del diagnóstico las personas desarrollan comportamientos en relación con su aceptación, con reacciones de distinta índole: negación, ansiedad, desesperación, rabia, depresión e indiferencia. Estos procesos de aceptación se suelen desarrollar en fases. J. Bowlby distingue 4 fases: Embotamiento o "no reacción", Negación, Desesperanza y desorganización "como si todo se viniese abajo" y Reorganización o aceptación.
- El tratamiento farmacológico. Cada enfermedad requiere un tratamiento farmacológico específico. La adherencia al tratamiento, se define como el grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones de control. Las personas desarrollan comportamientos en relación con la adhesión al tratamiento, tomando o no los medicamentos en la dosis, forma y periodicidad indicados.
- Las medidas de autocuidado. Además del tratamiento farmacológico, el manejo de la enfermedad requiere la puesta en marcha de diversas medidas de autocuidado como alimentación, ejercicio, higiene postural, relajación, etc.

- La detección de signos de alarma. Reconocer y manejar los signos y síntomas de alarma en cada enfermedad es importante para el diagnóstico precoz de la propia enfermedad y de las complicaciones.

Todos estos comportamientos tienen carácter cultural, social, biológico, psicológico, afectivo y moral. Las formas de enfermar y curar están encuadradas en un marco de referencia que les otorgan significados.

Dado el volumen de la dimensión educativa de estos procesos, la Educación para la Salud constituye una herramienta fundamental en su prevención y atención, siendo parte fundamental del tratamiento y contribuyendo a evitar o retrasar complicaciones.

Tras el diagnóstico de estas enfermedades es importante atender las necesidades educativas que, según lo descrito y aun siendo variables y de distinto tipo, generalmente se suelen centrar en torno a: 1) la elaboración del diagnóstico (elaborar su significado y el alcance de los cambios que se pueden producir en su vida) y la aceptación de la enfermedad y 2) los autocuidados y el control de la enfermedad.

Estilos de vida

Los estilos de vida, la manera de vivir, puede ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros (Glosario de Promoción de la Salud, OMS, 1999).

Incluyen la forma de alimentarse, de vivir el ocio, de situarse ante la actividad física o mental, el descanso, cómo se vive y se expresa la sexualidad, el consumo de tabaco, la conducción, las relaciones consigo misma, con otras personas o con el medio en que se vive...

Los estilos de vida dependen de cómo se es, de la forma de pensar, sentir y actuar de cada persona, de las condiciones de vida y factores socioculturales de la sociedad en que vivimos, del entorno cotidiano en el que se actúa y trabaja...

El concepto de estilos de vida nos permite, en términos holísticos, entender el comportamiento de una persona, que por ejemplo fuma o conduce a excesiva velocidad, en función de su pertenencia a un determinado sector sociocultural.

En Navarra, algunas informaciones y datos relacionados con los estilos de vida son:

Alimentación (cohorte EPIC en Navarra, Encuesta de Condiciones de vida 2001):

- Baja frecuencia de consumo diario de fruta y en mayor medida de verdura, un excesivo consumo de carne y una frecuencia de consumo de pescado bastante adecuada.
- Excesivo consumo de lípidos y proteínas y bajo consumo de hidratos de carbono en relación a lo recomendado.

Actividad física (Encuesta de salud de Navarra 1991 y 2000): En la actividad física se distingue la actividad física habitual (la que ocupa la mayor parte del día: trabajo, estudio, labores del hogar...) y la actividad en tiempo de ocio.

- Respecto a la actividad habitual, hay más personas, hombres y mujeres, sedentarias que en 1991 y, en consecuencia, menos moderadamente activas, excepto en los más jóvenes (<24 años).

- Respecto a la actividad en tiempo de ocio, casi la mitad de la población (46%) realiza ejercicio en su tiempo de ocio de forma habitual. Ha aumentado respecto a 1991, que era de un 37%.

Sexualidad (V Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003):

- La edad media de inicio de las relaciones sexuales coitales son los 18 años.
- El 78% de la juventud navarra de 15 a 19 años están contentos con su vida sexual. La mayor insatisfacción la acumulan los varones y los más jóvenes.
- El 85,8 de la juventud se manifiesta partidario del uso del preservativo.
- En población de 18 a 49 años (Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales del INE con una muestra de 302 personas de Navarra), un 21 % de los hombres y un 15% de las mujeres manifiestan haber tenido parejas ocasionales en el último año. La mayoría de ellos y ellas dicen conocer que el SIDA se transmite en las relaciones sexuales pero sólo en torno a la mitad (51% en hombres y 58% en mujeres) plantean haber utilizado el preservativo en sus relaciones ocasionales.

Consumo de alcohol (Encuesta de salud de Navarra 1991 y 2000):

- El 35 % de la población consume alcohol de manera habitual, y el 4% tiene un consumo alto excesivo. Ambas cifras han disminuido respecto a 1991.
- La prevalencia de consumo habitual y de consumo excesivo sigue siendo mayor en hombres que en mujeres.
- Los menores de 24 años tienen una alta prevalencia de consumidores habituales de alcohol pero hay pocos con un consumo alto excesivo. Predominantemente son consumidores de fin de semana y restringen el consumo a esos días.
- Ha aumentado 15 puntos la prevalencia de bebedores exclusivos de fin de semana.
- En los más jóvenes, 16-24 años, ha disminuido la edad de inicio al consumo habitual de alcohol de 16,4 a 15,6 años.

Consumo de tabaco (Encuesta de salud de Navarra 1991 y 2000):

- El 32% de la población mayor de 16 años consume tabaco de manera habitual.
- Los hombres fuman más que las mujeres, pero en los más jóvenes la prevalencia de fumadores habituales es igual en ambos sexos.
- Hay menos hombres fumadores con estudios superiores y en la clase ocupacional alta.
- La situación de consumo de tabaco en Navarra es bastante similar a la de otras comunidades autónomas y de España en general. Respecto a otros países desarrollados ocupa una posición desfavorable.
- Dos de cada tres fumadores quiere dejar de fumar; uno de cada cuatro lo ha intentado en un promedio de dos veces durante el último año.
- Hay un 20% de ex-fumadores. El motivo principal de abandono del hábito es "para sentirse mejor" y lo más frecuente es que dejen sin ninguna ayuda.

- No hay diferencias en el hábito tabáquico respecto a 1991, excepto un aumento de ex- fumadores y se ha incrementado la proporción de fumadores habituales con tentativas evidentes de abandono del hábito.
- Hay una buena aceptabilidad de las medidas legales vigentes sobre consumo de tabaco.

Consumo de otras drogas (Encuesta en población escolar 2002 y V Encuesta sobre la juventud navarra Bartolomé de Carranza 2003):

- En población joven predomina el patrón experimental y ocasional, ligado al ocio y a los fines de semana.
- Han disminuido las edades de inicio.
- El cánnabis es la sustancia ilegal más consumida, con tendencia ascendente. El consumo de cocaína también se ha incrementado. Los del éxtasis y alucinógenos han disminuido.
- El policonsumo es un fenómeno muy prevalente.

Interrelación actividad física, consumo de alcohol y consumo de tabaco (Encuesta de salud de Navarra 1991 y 2000):

- Existe un predominio del patrón de comportamientos hacia comportamientos saludables de carácter positivo. Este predominio es mucho más acusado en las mujeres que en los hombres, y se ha incrementado respecto a la encuesta de 1991.
- Hay una asociación entre el consumo de alcohol y el consumo de tabaco que ya se daba en el año 1991.
- La asociación del ejercicio físico con los otros dos comportamientos es más confusa. Tanto en hombres como en mujeres se asocia negativamente con el tabaco y positivamente con el alcohol.

Peso y talla (Encuesta de salud de Navarra 1991 y 2000):

- El 9% de los encuestados, según el peso y la talla que declaran, presentan obesidad.
- Los obesos son tanto hombres como mujeres, predominando los mayores de 45 años.
- El 43% de los hombres y el 25% de las mujeres de 16 años y más presentan sobrepeso.
- En general las personas perciben su peso de manera coherente con su realidad.

Seguridad en la conducción (V Encuesta sobre la Juventud de Navarra 2003):

- El 61% de la juventud entre 15 y 19 años conduce coche y/o moto.
- Los principales motivos de desplazamiento en esta edad son ocio y trabajo.
- De ellos algo más de un tercio manifiesta que el grupo controla los riesgos del alcohol (quien conduce está en condiciones de hacerlo), otro tercio manifiesta no necesitar controlarlo.
- Del 32% de la juventud que manifiesta haber tenido algún accidente, el 53% manifiesta como factor decisivo circunstancias ajenas a su responsabilidad (niebla, lluvia, otro vehículo...) y en el 10% quien conducía estaba bajo los efectos del alcohol u otras drogas.

Capacitar a las personas para hacer elecciones acertadas en sus estilos de vida y para desarrollar autocuidados constituye una estrategia fundamental. La Educación para la Salud es una herramienta imprescindible para ello.

Transiciones vitales

“A la hora de llegar a todos los grupos de población, más que tratar cada uno de los problemas de salud, una perspectiva centrada en el recorrido de la vida garantiza mejores resultados a medio y largo plazo” (*Salud 21, Salud para todos en el siglo XXI*). De ahí la importancia de las transiciones vitales en salud.

Desde el nacimiento y a lo largo de las diferentes etapas vitales (niñez, adolescencia, juventud, madurez y senectud) las personas experimentan un sinfín de situaciones, actividades y acontecimientos vitales que producen sentimientos positivos, satisfacción y bienestar junto a otros que producen sentimientos negativos, tensión, estrés y malestar.

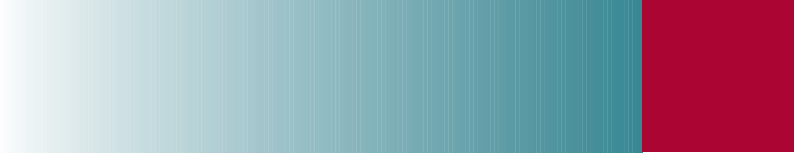
Por otra parte, existen transiciones debidas a acontecimientos específicos que pueden o no ocurrir en ellas: emparejamiento, establecimiento de la propia residencia, cambio de escuela, de ciudad o de trabajo, paro, nacimiento y educación de hijos e hijas, aparición de enfermedades crónicas, duelo o pérdida del cónyuge o personas cercanas, maltrato, migración....

Estos procesos de construcción y desarrollo vital se producen en interacción constante con el medio en que se vive. No se configuran sólo por la edad sino que están condicionados por la estructura social y los aspectos socioculturales de cada sociedad y momento histórico concreto.

Algunos comportamientos asociados con las etapas vitales son los siguientes:

- Elaboración y aceptación crítica de las características y cambios físicos y socioculturales y acontecimientos específicos de cada etapa o crisis vital concreta.
- Autocuidados corporales. Incluyen los comportamientos de cuidado del propio cuerpo: alimentación, ejercicio físico, higiene, aceptación de la imagen corporal, relajación, descanso, cuidado de los sentidos y sensaciones eróticas, vacunaciones, autoconocimiento y cuidado de la fecundidad, uso del cinturón de seguridad...
- Autocuidados emocionales. Incluye comportamientos de cuidado de los aspectos mentales y emocionales: ejercicios de memoria, manejo de emociones y sentimientos, abordaje saludable de las situaciones difíciles...
- Autocuidados relacionales. Incluye comportamientos de cuidado del entorno y la vida social: establecimiento de relaciones de calidad, ocio y tiempo libre sanos, entornos seguros y acogedores...
- Comportamientos específicos relacionados con educar (estilos educativos y variables relacionadas), cuidar (cuidados de recién nacido, de la población infantil y adolescente, de personas con distintos tipos y grados de discapacidad), migrar, etc.

Capacitar para desarrollar y profundizar en habilidades y recursos para afrontar los retos de la vida, prepararse de manera anticipada, elaborarlos y manejarlos cuando ocurren, la capacitación en autocuidados físicos y emocionales... es una de las más eficientes intervenciones para la promoción de la salud y el bienestar y para prevenir problemas y enfermedades de salud mental, que van a constituir uno de los más frecuentes problemas de salud emergentes.



Especialmente importante desde la promoción de salud es la maternidad y paternidad, durante el embarazo, al inicio de la escuela infantil, de la primaria o secundaria. Se comprueba la evidencia de la eficacia de intervenir sobre el bienestar mental de los padres respecto a su función parental; 15 años después se mantienen sus efectos beneficiosos sobre el desarrollo físico y psicosocial, de aprendizajes y de disminución de problemas de salud mental y abuso de sustancias (*Unión Internacional de Promoción de la Salud e Educación para la Salud, La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud, 2000*).

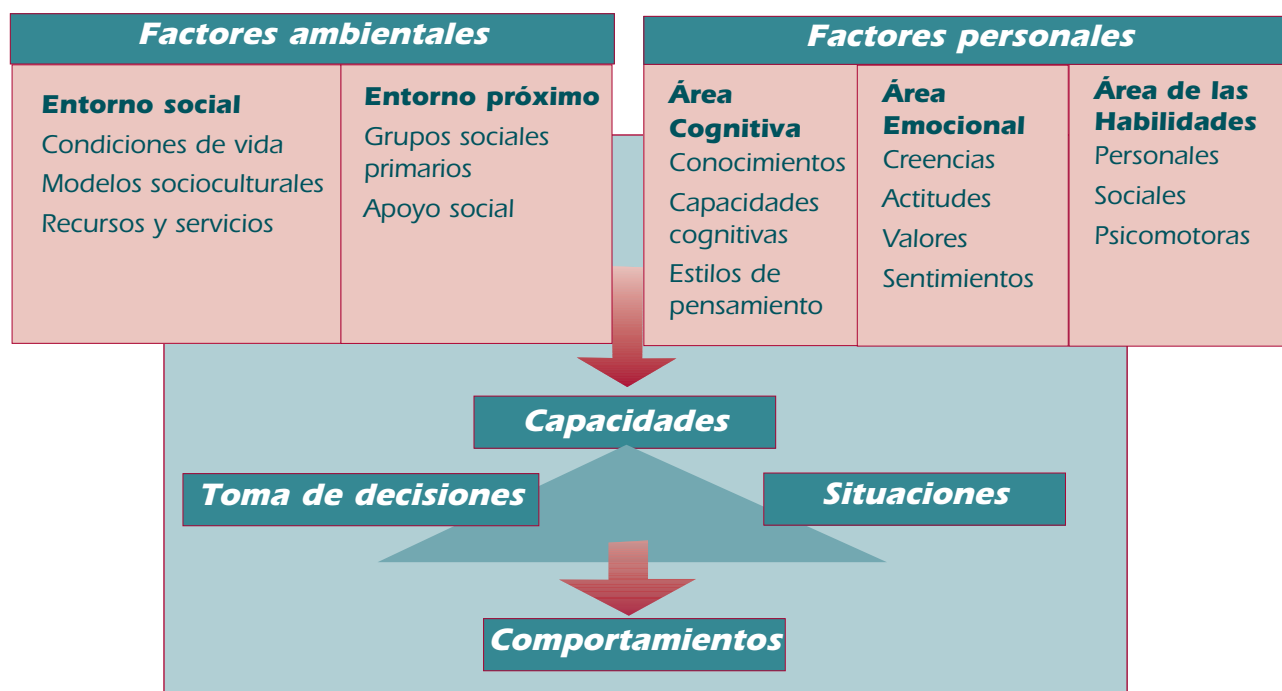
FACTORES RELACIONADOS

Para cada problema y/o situación de salud es necesario, en las intervenciones educativas, abordar no sólo los comportamientos concretos que se ponen en marcha sino el amplio abanico de factores relacionados con esos comportamientos, priorizando los principales bloques de contenidos según las necesidades e intereses de la persona o grupo con el que trabajemos y la disponibilidad de recursos (tiempo del que se dispone, personal...).

Distintos autores (Bartoli, Green...), diferentes teorías psicológicas, pedagógicas... y distintos modelos de análisis de comportamientos (modelo de creencias, clarificación de valores, PRECEDE, aprendizaje social...) han realizado importantes aportaciones en este campo.

En este Manual consideramos, además de la dimensión biológica, tres tipos de factores: a) factores del entorno social, de la sociedad en la que vive, b) factores del entorno próximo (su grupo familiar, de trabajo y otros) y c) factores personales, del área cognitiva (lo que sabe), del área emocional (lo que cree y siente) y del área de las habilidades (lo que sabe hacer).

FACTORES RELACIONADOS CON LOS COMPORTAMIENTOS EN SALUD



El conjunto de los factores relacionados con los comportamientos configura las capacidades: capacidades para manejar la hipertensión arterial, el asma o el infarto agudo de miocardio; para dejar de fumar, alimentarse de forma saludable, favorecer el desarrollo psicoevolutivo y la estimulación psicomotriz, auditiva y táctil de los hijos e hijas, para afrontar el parto, la parentalidad, el duelo migratorio o el envejecimiento, etc.

Unas mismas capacidades permiten la puesta en marcha de una amplia gama de comportamientos. Las decisiones se toman respondiendo a las diferentes situaciones que se dan. Así, una persona activa físicamente que acude con regularidad a clases de baile, puede no acudir respondiendo a distintas situaciones: una visita de un amigo al que no ha visto hace tiempo, una enfermedad de su madre... Los comportamientos son dúctiles.

La **dimensión biológica** hace referencia al cuerpo y a la corporeidad, a su funcionamiento, los procesos biofisiológicos, la condición física de la persona, la presencia o ausencia de enfermedades y los autocuidados del cuerpo. Es más saludable una relación armónica del propio cuerpo consigo mismo y con el entorno.

Factores ambientales

Entorno social

Las elecciones de las personas y sus comportamientos en salud son muy sensibles a las circunstancias socioeconómicas y culturales del entorno, cuyos principales determinantes son:

Las **condiciones de vida**: se relacionan con el entorno cotidiano de las personas, donde viven estudian y trabajan. Son producto de las circunstancias sociales y económicas y del entorno físico. Todo ello puede ejercer impacto sobre la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo: empleo, salario, tipo de vivienda o sistemas de protección social.

Los **modelos socioculturales**: son pautas de orientación (cómo pensar) y de conducta (cómo hacer), en los que cada sociedad y grupo social inculca a sus miembros.

En la sociedad postindustrial en que hoy vivimos coexisten multiplicidad de modelos respecto a todos los temas de salud, que además van cambiando muy rápidamente. Existen modelos de belleza ideal, de buena madre, buen enfermo, buena cuidadora... Hay no obstante modelos dominantes y cada persona los interioriza de muy diversas maneras según diferentes factores como los valores del grupo familiar, el nivel de instrucción y sociocultural...

Pueden tener gran repercusión en salud y ser causa de muy diversos "malestares", como los modelos de belleza y delgadez en la adolescencia, el culto al cuerpo en la juventud y madurez, cuidar o no a las personas incapacitadas en casa, los roles sociales de género en el caso de las mujeres y los hombres, los estilos educativos en la educación y cuidado de hijos e hijas...

Son **recursos y servicios** relacionados con la promoción de salud aquellos que facilitan ayuda y respuesta organizada para diferentes necesidades en salud y que promueven la salud, por ejemplo, de quienes cuidan. En este tema, incluyen desde servicios de cuidado, de apoyo o de respiro para personas dependientes, hasta servicios de atención primaria de salud, servicios sociales, educativos, que ayuden a conciliar la vida familiar y laboral... y políticas públicas saludables e infraestructuras y recursos económicos.

Entorno próximo

Los entornos próximos que apoyan la salud ofrecen a las personas la protección más cercana frente a las amenazas para la salud. Suelen suministrar autoayuda así como relaciones y vínculos sociales entre las personas favorecedoras de salud. Una sociedad estable tiene más probabilidades de establecer entornos próximos y apoyo social favorecedores de salud. Sociedades desestructuradas, con alto índice de desempleo, rápida urbanización y otros cambios pueden desestructurar gravemente las redes sociales protectoras de la salud.

Incluyen los lugares donde las personas viven, su hogar, su lugar de trabajo o estudio y esparcimiento, su barrio o pueblo...

Se entiende por **Grupos primarios** (C. H. Cooley) los caracterizados por la asociación y cooperación cara a cara. Incluye el grupo familiar (estructura, funcionamiento y clima familiar), las amistades, etc. En los últimos decenios, los grupos familiares están en constante evolución, constituyendo múltiples tipos de estructuras familiares.

El **apoyo social** se define como la asistencia a personas y grupos para mejorar la salud por parte de la propia sociedad civil. Incluye autoayuda, apoyo emocional, intercambio de información y suministro de recursos y servicios materiales. Pueden suministrarla grupos familiares o de convivencia, amistades, vecindario, entidades sociales y grupos de autoayuda...

Factores personales

Los comportamientos en salud tienen también una estrecha vinculación con las características de cada persona.

La **identidad personal**, (self, yo...) tiene dos componentes básicos: el autoconcepto (lo que creo que soy) y la autoestima (lo que me aprecio y quiero). Tiene varias dimensiones: identidad cognitiva, emocional, del hacer, identidad sexual, (con su correspondiente orientación del deseo y yo erótico), autoimagen física... La identidad personal va evolucionando y desarrollándose a lo largo de la vida, conforme transcurrimos por las diferentes **etapas vitales** (infancia, adolescencia, juventud, madurez, senectud). A cada una de ellas, la sociedad atribuye un conjunto de roles formales en las distintas áreas de la vida (estudio o trabajo, ocio, pareja, hijos...) que, junto con otros roles informales se integran en el llamado **proyecto de vida**. Todas ellas son de gran relevancia en los diferentes temas de promoción de salud.

Entre los factores personales se diferencian los del Área cognitiva, los del Área emocional o afectiva y los del Área de las habilidades.

Área cognitiva

El Área cognitiva está integrada por conocimientos, capacidades cognitivas y estilos de pensamiento...

Los **conocimientos** son componentes del área cognitiva. Constituyen el conjunto de informaciones que posee el individuo. Algunas sobre salud son: informaciones sobre qué es la hipertensión arterial, cómo se transmite y cómo no se transmite el SIDA, el sistema osteomuscular, los grupos de alimentos, la postura del lactante, la lactancia materna, las características psicoevolutivas de la madurez, etc

Las **capacidades cognitivas** constituyen el poder para realizar tareas o actos mentales. Incluyen capacidades para reconocer las cosas y dotar de significado a lo que vemos, formar imágenes mentales, hablar, comprender el lenguaje, aplicar las informaciones que se poseen a situaciones y problemas determinados. En salud son importantes en múltiples temas: para reconocer un signo de hiper o hipoglucemia en la diabetes o síntomas de empeoramiento en la EPOC, saber combinar los grupos de alimentos para elaborar un menú diario o semanal saludable, etc

Los **estilos de pensamiento** son los modos en que la persona prefiere o tiende a utilizar sus capacidades intelectuales. Constituyen los enfoques sobre como se abordan los problemas. Por ejemplo, hay personas que tienden a utilizar más la impulsividad y prefieren llegar a una decisión rápidamente mientras que otras tienden a ser más reflexivas; unas tienden a abordar la situación de manera más holística, abierta y exploratoria y otras de manera más focalizada; unas tienen una representación mental más visual y otras son más de la palabra; unas prefieren que se les plantee estrategias más ambiguas que les permita poner en marcha iniciativas propias y otras prefieren recomendaciones más concretas sobre qué hacer...

Área emocional

Las actitudes, valores y sentimientos son componentes del área emocional de las personas. Las creencias incluyen un componente cognitivo y otro emocional. Se trata de una información que yo creo y hago mía y que dirige mis comportamientos. Se describen a continuación algunos de ellos de gran influencia sobre la salud:

Autoestima: Sentimiento de valoración positiva o negativa respecto a sí, el amor a sí misma o a sí mismo, etc. La Organización Mundial de la Salud (Glosario de Promoción de Salud. Don Nutbeam, 1995) la define como “el grado en que una persona valora la autopercepción de su propia imagen” y considera que es un hecho generalmente aceptado que un elevado grado de autoestima favorece un buen estado de salud y proporciona a la persona un mayor grado de autonomía.

Autoeficacia: Sentimiento de ser capaz o no de introducir cambios en nuestra vida. Por ejemplo, si siento que, aunque sea difícil, soy capaz de dejar de fumar o de comer fruta y verdura y puedo introducir esos cambios en mi vida, tengo más posibilidades de éxito.

Atribución de causalidad interna o externa: creencias de que la enfermedad o proceso está producido por factores internos (desequilibrios homeostáticos, procesos metabólicos...) o externos (virus, agentes químicos, alimentación...) Ejemplo: Una persona piensa que su obesidad es alimentaria (exógena) y otra que es metabólica (endógena)

Locus de control: Alcance que creen tener las personas para controlar los acontecimientos de su vida. Siente poder o siente no poder controlar los acontecimientos que le suceden. Ejemplo: sentimientos de que dejar de fumar depende fundamentalmente de uno o una o depende más de otros factores externos; sentimiento de no poder hacer nada con su obesidad alimentaria “porque le engorda el agua” o sentimiento de poder poner en marcha otra forma de alimentarse.

Creencias de gravedad: Opinión personal sobre la gravedad de la enfermedad. Ejemplo: Una persona puede creer que la diabetes mata y otra que es una enfermedad más.

Creencias coste-beneficios: Es más fácil protegerse del sol, lavarse los dientes o manejar los inhaladores... si se cree que la evaluación coste-beneficio es positiva, aunque los beneficios sean a largo plazo (recompensa diferida), es decir, si en el balance personal los beneficios son superiores a los costes o pérdidas que supondrá.

Creencias y expectativas de las otras personas: Ejerce también influencia lo que importe el qué dirán y las reacciones que se esperen de las otras personas (le va a gustar, se va a alegrar, me va a considerar una traidora...).

Grado de adhesión a las normas sociales: Hay personas con un alto grado de adhesión a las normas sociales y otras personas que presentan muchas resistencias. Un clima social favorable a comer pescado favorecerá un mayor consumo de las personas más susceptibles a las normas.

Resistencia a la presión de grupo: El grupo siempre ejerce una cierta presión sobre sus integrantes. La intensidad de la presión varía de unas situaciones a otras y en algunas etapas de la vida, como la adolescencia, suele ser mayor. La investigación muestra por ejemplo que la influencia del grupo determina cuándo y cómo se prueban los cigarrillos por primera vez.

Área de las habilidades

El Área de las habilidades relacionada con el saber hacer integra tres tipos de habilidades:

Habilidades psicomotoras hacen referencia al dominio de los movimientos de diferentes partes del cuerpo. En salud intervienen especialmente algunas como la relajación, respiración, ejercicio físico, ejercicios de fuerza y flexibilidad, el masaje infantil, colocarse un preservativo, inyectarse insulina si se tiene diabetes, manejo de inhaladores en el caso de las enfermedades respiratorias...

Habilidades personales y sociales que hacen parte de las habilidades para la vida, y que consisten en capacidades para adoptar comportamientos positivos y adaptativos para afrontar con eficacia los desafíos y exigencias de la vida cotidiana, incluyendo la salud.

Se consideran **habilidades personales** las relacionadas fundamentalmente con uno o una misma. Como ejemplos pueden citarse la toma racional de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento crítico, el conocimiento de sí mismo, las relacionadas con hacer frente a las emociones y manejar el estrés.

HABILIDAD DE TOMA RACIONAL DE DECISIONES

- 1. Analizar la situación y definir el problema:** examinar causas, influencias del ambiente próximo o social, posibilidades de control, etc. Si la situación presenta alguna cuestión a resolver, es muy útil plantearla en términos claros, precisos y concretos.
- 2. Buscar y analizar alternativas de solución:** ver un amplio abanico de posibles alternativas.
- 3. Tomar la decisión más adecuada.** La que mejor me vaya, sea más factible, me guste más.
- 4. Programar la acción:** considerar los pasos que hay que dar para llevar a cabo la solución adoptada.
- 5. Ponerla en marcha.**

Se consideran **habilidades sociales** las habilidades de relación interpersonal. Las relaciones interpersonales de calidad se caracterizan por: 1. Reconocimiento recíproco de la otra persona como diferente de mí y su aceptación y valoración positiva, 2. Paridad y satisfacción en el intercambio emocional, de ideas, intereses, tareas, cuidados, tiempos, aficiones... y 3. Compromiso consensuado. Estas características tienen sus especificidades en los distintos tipos de relaciones: familiares, de pareja, de amistad, de trabajo...

Se consideran habilidades sociales las habilidades de escucha y comunicación interpersonal, así como aquéllas para el manejo de conflictos, etc.

Escuchar es ponerse en el lugar de la otra persona, recoger lo que dice de manera completa (lo que cuenta y el sentimiento que le acompaña) y comunicarle la comprensión de su situación. Ejemplo: Una persona entiende lo que su pareja le cuenta respecto al miedo y la angustia que le provoca la crisis de disnea y le devuelve la comprensión de esa situación.

La comunicación es importante para el manejo de la presión de grupo en la adolescencia, la prevención de riesgos asociados a la sexualidad, pedir ayuda cuando se está dejando de fumar, pedir acompañamiento para hacer ejercicio físico o para una consulta médica, el cuidado de las personas mayores, etc. Una comunicación saludable implica:

1. Lugar y momento adecuado y estar en disposición de atender y considerar a la otra persona, creer en ella, estar en un momento favorable a la relación.
2. Recoger el mensaje completo intentando captar y comprender mejor (ponerse en su lugar, comprender sus sentimientos, hacer preguntas) el mensaje de la otra persona.
3. Emitir el o los mensajes de manera clara, concisa, intentando conectar con la otra persona y explicarse, comunicando desde el yo: yo persona valiosa, con derechos, describiendo la situación y no faltando o enjuiciando a la persona con la que quiero comunicar, describiendo como me afecta su comportamiento...

Es importante ir incorporando a los contenidos de las intervenciones de educación para la salud el trabajo, la reflexión y el análisis sobre todos estos elementos biopsicosociales citados.

Por ejemplo en educación para la salud con un grupo de madres y padres se puede trabajar los modelos socioculturales existentes en nuestra sociedad respecto a la autoridad ("autoritarismo", "laissez faire", "autoridad democrática") o los modelos actuales de ser buena madre o buen padre. Con adolescentes se pueden trabajar los modelos de belleza y su influencia sobre la salud, el culto al cuerpo, los roles de género, los cambios en valores sociales, la velocidad como valor, etc.

Con un grupo de personas cuidadoras es una necesidad el trabajo educativo sobre recursos y servicios disponibles en el barrio, pueblo o ciudad, si los utilizan o no y porqué, sobre la existencia de grupos de apoyo social, de Alzheimer, de parálisis cerebral o de enfermedad mental. Así mismo, es necesario abordar la estructura y características del grupo familiar o doméstico en que vive y cómo se ha afrontado y planificado el cuidar dentro de ese grupo.

Con mujeres en la perimenopausia, será muy útil abordar los cambios físicos y psicosociales y las características de la etapa vital que inician, la madurez tardía, y los acontecimientos que en ella ocurren, así como su proyecto de vida y su identidad personal, autoconcepto y autoestima. Estos mismos aspectos será necesario abordar en la adolescencia o cuando se inicia la parentalidad.

Con grupos de personas en situación de estrés, abordaremos las habilidades personales, como el manejo de emociones y la toma de decisiones.

Las actitudes, creencias y valores será importante trabajarlas por ejemplo con personas con una enfermedad crónica, respecto a la aceptación de la enfermedad y cómo la encaja en su proyecto de vida.

Las relaciones interpersonales y habilidades sociales, se incluirán por ejemplo en el trabajo con grupos de personas que están dejando de fumar para pedir a las personas cercanas que no fumen en su presencia al inicio o para actividades de distracción, actividad física, etc.

EJEMPLOS PRÁCTICOS: CONTENIDOS EDUCATIVOS

Se presentan a continuación de manera sintética y a modo de ejemplos prácticos algunos contenidos educativos (informaciones, sentimientos, actitudes, habilidades, la influencia del entorno próximo y sociocultural...) relacionados con las distintas Áreas de Intervención que se plantean en este Manual (Procesos Crónicos, Estilos de Vida y Transiciones Vitales). En cada momento y con cada persona o grupo habrá que partir de su situación y necesidades concretas.

Otros materiales del Instituto de Salud Pública del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra que pueden aportar informaciones teóricas y resultados de análisis de situación (ver www.cfnavarra.es/isp/promocion) para el trabajo educativo son:

- Ayudar a crecer. Guía educativa para trabajar con grupos de padres y madres
- Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes
- En la madurez. Guía educativa para promover la salud de las mujeres
- Carpeta Estilos de vida
- Estilos de vida. Protocolos para profesionales. Educación y Comunicación en consulta individual
- Estilos de Vida. Educar en salud I. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria
- Estilos de vida. Promoción de Salud. Acciones colectivas y comunitarias
- Cómo Ayudar a su paciente a Dejar de Fumar. Guía para profesionales de salud
- Ayudar a dejar de fumar. Protocolos de actuación para profesionales de salud
- Educar en salud II. Procesos crónicos. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria
- Educar en salud III. Etapas vulnerables. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria

Además existe otra amplia gamma de recursos de apoyo. Entre ellos pueden consultarse:

<http://sipes.msc.es>: Sistema de información en promoción y educación para la salud, del Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con la Comunidades Autónomas

www.msc.es: Ministerio de Sanidad y Consumo, con enlaces con otras estructuras del propio Ministerio, Comunidades Autónomas y Organismos Internacionales

www.who.ch: Organización Mundial de la Salud

www.semfyec.es: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

www.papps.org: Programa de actividades de prevención y promoción de la salud, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

www.pacap.net: Programa de actividades comunitarias en atención primaria, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

www.enfermeriacomunitaria.org: Asociación de Enfermería Comunitaria

www.iuhpe.org: Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud

EJEMPLO 1: EDUCACIÓN EN PROCESOS CRÓNICOS: CONTENIDOS

(Fuente Procesos Crónicos. Educar en Salud II. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra)

El diagnóstico de una enfermedad crónica plantea a las personas el reto de asumir una nueva situación y ser capaces de manejarse en ella. Las principales áreas de necesidades giran en torno a:

- *Aceptación de la enfermedad.* Las personas necesitan elaborar y asumir el diagnóstico (diabetes, EPOC, artrosis, esquizofrenia...) reconociendo las emociones que les produce y siendo conscientes de los factores sociales, ambientales y personales que influyen en ello.
- *Manejo de las medidas del tratamiento.* Las personas necesitan conocer y aprender detalladamente las habilidades de autocuidados necesarias en cada caso: psicomotoras (cocinado, ejercicio físico, inyección de insulina, manejo de inhaladores...), habilidades personales (toma de decisiones, reconocimiento de determinados signos y síntomas, organización del tiempo, manejo de emociones...) y habilidades sociales (comunicar el diagnóstico a la pareja, pedir ayuda, decir no...).
- *Planificar y llevar a cabo su propio plan para el control de la enfermedad.* Las personas con enfermedades crónicas necesitan por una parte decidir su propio plan de autocuidado, incluyendo las alternativas que más les vayan y, por otra, ejercitarse en el control de su enfermedad, poniendo en práctica y evaluando lo decidido.

Elaborar el diagnóstico y aceptar la enfermedad

El diagnóstico de una enfermedad crónica crea una situación de ansiedad tanto a quien se le diagnostica como a sus familiares y amistades. En mayor o menor grado cuando a una persona se le comunica que tiene una enfermedad crónica va pasando por distintas etapas hasta que acepta la enfermedad y asume su control:

La persona se va haciendo a la idea, va comprendiendo y conceptualizando la enfermedad, va construyendo una representación, un modelo de lo que es y de lo que le supone, reconoce las emociones que le acompañan, etc. Requiere una elaboración cognitiva y emocional.

El diagnóstico provoca un impacto emocional. Al inicio surgen reacciones de perplejidad y desorientación, a veces con negación y miedo. Más tarde pueden aparecer la depresión y la ira. Puede ir pasando por diferentes fases (Assal, JPh): 1) reacción inicial de sorpresa o angustia, de corta duración. Quienes parecen poco afectados puede ser que no comprendan lo que les ocurre; 2) negación, como mecanismo de defensa, como rechazo a una realidad que se siente como amenaza. Se comportan como si la enfermedad no les plantease problemas; 3) rebelión. La enfermedad es una realidad y se manifiestan contra ella, contra lo que consideran su causa, contra el personal sanitario, etc.; 4) negociación o regateo, búsqueda de arreglos acordes con sus intereses; 5) tristeza o desmoralización como resultado de tomar conciencia de lo que hay que asumir y 6) aceptación, reequilibrio emocional, integración en su vida, afrontamiento activo de la situación, gestión de los aspectos relacionados, etc.

No es una elaboración lineal, a veces se vuelve a etapas anteriores, un 50% pasa sólo por algunas fases, un 30% pasa todas y una minoría muestra un duelo crónico o diferido (4 - 18%). Las reacciones emocionales, su duración e intensidad, dependen de los recursos personales y del entorno de la persona enferma.

Para elaborar el diagnóstico, cada persona utiliza: 1) las experiencias corporales, los síntomas; 2) sus concepciones y creencias sobre la enfermedad; 3) las informaciones que obtiene de otras personas (grupo familiar, amigos y amigas, compañeros de trabajo, vecindario...) y de las y los profesionales de salud y 4) las experiencias personales con la enfermedad, etc.



También se suele tener en cuenta el tipo de enfermedad, las causas, las consecuencias, la gravedad, duración, responsabilidad personal, etc. Es importante la consciencia de los factores sociales y ambientales que influyen en cómo ven la enfermedad y en cómo la viven.

Otros factores personales relacionados con la elaboración del diagnóstico son: informaciones de distintas fuentes, y a veces contradictorias, sentimientos de autoestima, locus de control (alcance que cree tener la persona para controlar su vida), autoeficacia (sentimientos de que puede o no introducir cambios), creencia coste/beneficio, valoración de su propia independencia y su grado de autonomía, atribución de la causa de la enfermedad y los sucesos que les acontecen (factores internos o externos), habilidades para el autocuidado...

Algunos condicionantes ambientales que influyen en la situación son: Modelos socioculturales y significado social de la enfermedad de que se trate (es distinto un cáncer que una enfermedad del corazón...), entorno socio-familiar positivo (estímulo, apoyo, motivación o ayuda) o negativo (sobreprotección, actitudes negativas), tipos de trabajo, jornada laboral y condiciones de trabajo (esfuerzo físico, horario, comidas en la empresa, turnos, viajes,...), desempleo, servicios sanitarios...

Cuesta asumir la enfermedad. No es fácil ni agradable aceptar que se tiene para toda la vida una enfermedad que puede influir en múltiples aspectos de la vida, obligar a cambios, hacerte "diferente", implicar renunciadas continuadas, plantear otras pautas de relación social, influir en los procesos de autoafirmación, de realización personal, sobre todo de socialización, limitar el proyecto de vida, que conlleva visitas sanitarias, controles periódicos...

Tras una fase crítica inicial y un proceso de adaptación a la enfermedad, se puede lograr superar los distintos retos: recuperar el equilibrio emocional, conservar una autoimagen positiva, preservar sus relaciones, etc. y manejar la enfermedad. Para otras personas no es tan fácil. Además de las respuestas de convivencia con la enfermedad, parecen existir 3 tipos de respuestas globales de no aceptación: regresión de la personalidad (cierta infantilización, dependencia, engañan...), separación (saben de su enfermedad, creen saber lo que les conviene, son rebeldes al tratamiento prescrito...) y rechazo, no querer saber más (no se hacen cargo del diagnóstico ni del tratamiento, engañan y se autoengañan...).

Afrontar la situación y asumir el control de la enfermedad. Hacerse su propio plan.

Cada enfermedad requiere un tratamiento propio. Es importante conocer y comprender las medidas básicas, las dificultades y alternativas para llevarlas a cabo, los apoyos, la influencia del entorno y aprender y entrenarse en las habilidades necesarias para afrontar su situación y manejar su enfermedad.

La persona va adoptando distintas estrategias de afrontamiento (negar o minimizar el trastorno, buscar información y elaborar respuestas activas, buscar apoyo emocional de familiares, amistades y profesionales de salud...), va probando distintas respuestas para enfrentarse a la situación y a las reacciones emocionales que le produce, etc.

Una vez aceptada y asumida la enfermedad y su control, algunas personas ven ante sí un futuro incierto. Pueden producirse temor a las posibles complicaciones.

Otras veces se producen a lo largo del proceso nuevos problemas y dificultades como consecuencia de la propia enfermedad o de su control que requieren readaptaciones y apoyo.

EJEMPLO 2: EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA CON PERSONAS ADULTAS: CONTENIDOS



(Fuente Estilos de Vida. Educar en Salud I. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra)

La situación sociosanitaria y los planteamientos de las personas adultas hacen de esta etapa un momento adecuado para el desarrollo de estilos de vida saludables. Las principales áreas de necesidades que se detectan en las personas adultas, se pueden agrupar en torno a:

- *Cómo se vive la salud en esta etapa de su vida.* Necesitan ser más conscientes de su situación, de su propia actitud ante los riesgos y la salud, de la influencia de factores sociales, de entorno próximo y personales.
- *Cómo se puede avanzar en los autocuidados.* Necesitan conocer y manejar las medidas más útiles para cuidarse y prevenir riesgos: alimentación, ejercicio físico, control de la ansiedad, tabaco y alcohol.
- *Cómo aplicar el autocuidado a la vida.* Trabajadas las principales medidas de autocuidados, necesitan analizar más su situación concreta y elegir los cambios más factibles, más idóneos a su situación, a su forma de vida y a su manera de ser para prevenir riesgos y cuidarse mejor.

Cómo se vive la salud

Cuando se llega a la edad adulta existe ya siempre una importante experiencia previa. Se poseen preconceptos, formas de pensar, imágenes y representaciones de la realidad, de la salud, de las enfermedades y de los factores asociados a ellas, con emociones y sentimientos que las acompañan, etc. Además las personas han desarrollado recursos que pueden utilizar.

Desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida, a través de procesos de socialización y desarrollo, las personas van traduciendo condiciones macroestructurales en predisposiciones individuales, van interiorizando el sistema normativo que incluye las normas, valores y pautas sociales, desarrollan pautas personales de interpretación y de conducta, aprenden a comportarse, etc. lo que condicionan sus estilos de vida. Aunque se van construyendo nuevas identidades más amplias y equilibradas, aún se mantienen formas de socialización diferenciadas para hombres y mujeres, otorgando a unos y a otras capacidades naturales diferentes, desvalorizando algunas de las tareas que se asignan a las mujeres, etc.

Y todo ello se da en nuestra sociedad occidental actual caracterizada por cambios continuos y profundos: cambios en el modelo socioeconómico dominante (de una sociedad de producción que produce bienes y servicios a una sociedad de consumo que produce necesidades); gran importancia de la tecnología y los medios de comunicación social (aportan informaciones múltiples y contradictorias y presentan modelos y grupos de referencia en los que mirarse...), nuevos valores y modelos culturales (el individualismo, el culto al cuerpo, a la juventud y a la belleza, valores orientados hacia la ecología, la realización personal, la alegría, la libertad individual, la armonía familiar...); cambios en los roles sociales y sexuales, cambios demográficos, diversidad de formas familiares, nuevos modelos emergentes de ser padre y de ser madre, etc. La actual crisis económica y del estado de bienestar tiene una gran influencia en las condiciones y formas de vida.

Los hombres y las mujeres adultas no constituyen colectivos homogéneos. Poseen en común algunas características psicoevolutivas relacionadas con la madurez y los acontecimientos vitales que viven en esta etapa: inicio de los procesos biofisiológicos del envejecimiento con diferentes cambios hormonales y corporales, cambios familiares, confrontación con la enfermedad y la



muerte, distintas situaciones en el ámbito laboral (máxima competitividad, búsqueda de mayor rentabilidad y productividad empresarial, paro, introducción de nueva tecnología...). Existen diferencias de género, de edad y generación, clase social, etnia, forma personal de integrar los diferentes roles o papeles sociales, proyecto personal y organización de la propia vida.... Cada persona es única e irrepetible.

Suele darse una cierta acomodación: Con la edad se da una menor discrepancia entre aspiraciones y logros, hay un mayor ajuste a las situaciones, se reducen las diferencias de género, etc. A partir de los 40 las personas suelen hacer, en un momento u otro, un cierto balance de la vida y se suelen plantear que hacer con el resto de sus días.

Las mujeres adultas conciben la salud de forma más amplia, global y holística, como equilibrio dinámico, vinculando lo psíquico y lo físico, lo personal, lo familiar y lo social, con creciente importancia de la salud y los cuidados personales y de espacios marcados por los roles laborales del trabajo fuera del hogar. Las representaciones sociales masculinas son algo más reductoras, individualizantes y orgánico-físicas, es decir, la salud se concibe como fenómeno básicamente individual, de manera física y que se expresa como no-presencia de enfermedades orgánicas. (CIMOP, Madrid 2000).

El ideal de vida saludable, aparece en las mujeres de más de 50 años vinculado a lo afectivo-familiar-personal, y en las de menor edad con una idea de salud más personalizada y centrada en la búsqueda del equilibrio personal, muchas veces en el marco del espacio urbano y de la doble jornada que viven un amplio número de mujeres. Para los hombres este término tiene menos fuerza, la vida sana se vincula más al entorno y al medio ambiente; en cambio adquiere más presencia el de hábitos saludables.

Respecto a estudios anteriores en las mujeres crece la idea de la promoción del equilibrio integral y se mantienen la adhesión a campos amplios de intervención en la línea de la promoción de la salud y en los hombres permanece la idea de la prevención específica de enfermedades particulares.

Según los citados estudios, para los hombres el trabajo se coloca en el primer plano de preocupación y la situación socio-laboral condiciona cómo viven y se colocan frente a la salud. El miedo que provoca la presente situación de crisis económica, paro,... lleva a muchas personas de las clases medias y bajas a despreocuparse de la propia salud e incluso al ocultamiento de posibles problemas, así como al desarrollo de respuestas de estrés y ansiedad.

Además de los factores socioculturales y representaciones sociales ya citados, en el desarrollo de estilos de vida influyen otro tipo de factores:

- Factores del entorno próximo: lo que las demás personas esperan de mí, la influencia familiar, el tipo de trabajo que se realiza, las redes sociales existentes, los recursos disponibles: disponibilidad de alimentos, oferta de clases de gimnasia, aeróbic, yoga, etc., zonas verdes y caminos para pasear, oferta de actividades de ocio y tiempo libre, etc.
- Factores personales: los conocimientos generales sobre la salud y sobre temas específicos (alimentación, ejercicio...), la autoestima, capacidades de comunicación, los gustos de cada cual, el propio proyecto de vida...
- Factores relacionados con comportamientos concretos: consumo de tabaco, comportamiento alimentario, práctica de ejercicio físico, afrontamiento del estrés, consumo de alcohol, etc.



Las mujeres en estos grupos de edad manifiestan que el salir, el hablar con otras personas, el contar las cosas que les ocurren, el poder dedicar tiempo a sí mismas y poder hacerlo de forma placentera mejoran la sensación y la conciencia de bienestar y salud. Los hombres defienden las salidas, los escapes de fin de semana y las vacaciones como uno de los escasos medios de quitar el estrés y reencontrar el equilibrio personal.

Los hombres definen los hábitos saludables con elementos y dimensiones físicos como el deporte, la alimentación y el dormir y las mujeres a estos elementos añaden la dimensión más psíquica, más emocional y más relacional.

Todo ello en un marco de diversidad, con múltiples semejanzas y diferencias.

Avanzar en los autocuidados

Se trata de desarrollar estilos de vida saludables relacionados con la alimentación, el ejercicio físico, el estrés, las relaciones con una o uno mismo y con las otras personas, en el ocio...

Para introducir modificaciones en los estilos de vida es útil pensar y analizar la propia situación, cómo son los estilos de vida, con qué factores se relacionan, identificar las áreas que se pueden mejorar, buscar alternativas, elegir la alternativa más factible y que mejor encaje. Hacerse un plan y llevarlo a cabo.



EJEMPLO 3: EDUCACIÓN EN TRANSICIONES VITALES Y CRISIS PSICISOCIALES: CONTENIDOS

(Fuente Etapas vulnerables. Educar en Salud III. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra)

Como ya hemos comentado, hablar de transiciones y crisis vitales es hablar del recorrido de la vida. Desde el nacimiento vamos recorriendo diferentes etapas: niñez, adolescencia, juventud, madurez y senectud (OMS, Salud 21, 1999).

Cada una de estas etapas conlleva cambios y presenta un sinfín de situaciones y actividades, unas que producen sentimientos positivos, satisfacción y bienestar y otras que producen tensión, estrés y malestar.

Además se pueden producir acontecimientos y crisis psicosociales específicas que no ocurren a todas las personas (maternidad, separación, cuidar, reajustes en el trabajo, pérdida de un ser querido...) y pueden generar sobrecarga y estrés...

Adaptarse a los nuevos períodos y abordar de manera adecuada estas crisis de la vida y cuidarse en cualquier etapa proporciona salud y previene trastornos tanto físicos (cefaleas, dolores osteomusculares...) como psicológicos (ansiedad, estrés, depresión...).

A continuación se describen aspectos relacionados con algunas de las más influyentes transiciones y crisis:

Maternidad

En esta época, las mujeres en general, y cada una de las mujeres en particular, viven un período de cambio, de transición psicosocial con múltiples condicionantes ambientales, familiares y de entorno próximo y personales que influyen en ello. Para vivirlo de manera positiva y proyectar un futuro bueno y saludable necesitan ir introduciendo ciertos reajustes en su forma de vida previa e ir adaptándose a la nueva situación, elaborando e integrando cada uno de los distintos acontecimientos vitales que se van sucediendo:

- *El embarazo.* Se necesita comprender los cambios, reconocer y adaptar los sentimientos que le provoca y desarrollar capacidades para cuidarse.
- *El parto.* Se necesita prepararse para el parto, tanto física como emocionalmente.
- *El puerperio.* Se necesita comprender y manejar los cambios del puerperio.
- *El cuidado y la educación de su hija o hijo.* Se necesitan ser capaces de cuidar a su hijo e hija y también ir planteándose su papel de madres como educadoras, conjugando su proyecto personal de vida con la maternidad y paternidad.

Es preciso tener en cuenta que son acontecimientos vitales de particular importancia que producen una multitud de reacciones emocionales, muy distintas a veces de una persona a otra e incluso de un momento a otro.



Infancia y Educación Parental

Garantizar un comienzo sano de la vida y promover el desarrollo de recursos y capacidades sociales y sanitarias en la edad preescolar y escolar constituye un planteamiento básico de la Promoción de la Salud y hace parte de los objetivos de Salud para Todos en el siglo XXI, Salud XXI.

La promoción de salud en la infancia se suele trabajar desde los centros educativos, de ocio y tiempo libre, etc. Desde los servicios de salud se suele trabajar desde la perspectiva de Educación Parental.

La relación parental tiene una influencia decisiva en la salud y el bienestar de hijos e hijas. La maternidad y la paternidad implican cambios y reajustes, adaptaciones continuas. Requiere incorporar un nuevo rol, nuevas funciones y tareas. Las necesidades detectadas se pueden agrupar en torno a las siguientes áreas:

- *Ser padres y madres hoy (Maternidad/Paternidad):* Se necesita comprender el fenómeno global maternidad/paternidad, identificar los cambios que supone la situación de ser madre/padre y adaptación a los mismos buscando el equilibrio entre el cuidado de sí misma/o y de sus hijos/as, la redefinición de la pareja y unas relaciones de calidad con la familia y el entorno.
- *Conocer mejor a nuestros hijos e hijas:* Se necesita comprender las características psicoevolutivas en cada edad, reflexionar sobre la visión que tenemos sobre ellos y ellas y los factores que la condicionan, valoración del juego como instrumento para conocerles y relacionarnos mejor.
- *Cuidar a nuestras hijas e hijos:* Se necesita información útil, actitudes y capacidades respecto al cuidado de los hijos/as en las siguientes áreas: alimentación/chucherías, higiene/sueño/llanto, esfínteres, chupete/dedo, enfermedades y problemas más frecuentes: catarro vías altas, gastroenteritis, accidentes infantiles, fiebre... procurando mejorar el sentimiento de seguridad, legitimar las capacidades profanas, favorecer el apoyo social, el conocimiento de los recursos disponibles y la distribución equitativa de tareas en la pareja.
- *Educar a nuestras hijas e hijos:* Se necesita desarrollar el papel de madre y padre como educadores (reconocimiento de diferentes estilos educativos y reelaboración del suyo propio) y mejorar la relación educativa, desarrollo de capacidades: observación/escucha, expresión de afectos, comunicación, juego, manejo de conflictos/negociación.

Adolescencia

La adolescencia es una etapa de la vida difícil de definir en términos cronológicos, porque si bien sabemos que comienza con los cambios fisiológicos de la pubertad, no es fácil indicar cuando termina. Las áreas de necesidades educativas que se detectan se trabajan en la línea de salud y desarrollo personal:

- *Identidad personal,* el quien soy yo incluyendo por supuesto, los cambios fisiológicos profundos y rápidos, con gran afectación de la sexualidad y la figura corporal, los cambios en las capacidades mentales, la autoestima, la autonomía del sistema familiar, la relación con los iguales, el proyecto profesional de futuro.

- *Control de la vida*, teniendo en cuenta quien soy yo y también quienes son las otras personas e incluyendo algunas habilidades personales para afrontar la vida.
- *Las relaciones interpersonales*, con personas y grupos y de distintos tipos: familiares, amistad y afectivo-sexuales, integrando las habilidades sociales y teniendo también en cuenta quien soy yo y quienes son las otras personas.
- *La salud* incluyendo temas más clásicos de salud pero que se hacen relevantes en la adolescencia, como la alimentación, la actividad y el descanso, accidentes, embarazo no deseado, frustraciones relacionales, SIDA e infecciones de transmisión sexual, uso de sustancias, y aplicando a su afrontamiento todos los recursos y habilidades personales y sociales de los otros ejes.

Madurez y menopausia

En las mujeres en la edad adulta se produce el cese de la menstruación. Sin embargo sólo una parte de los fenómenos que ocurren en esta etapa se relacionan directamente con la menopausia. Como etapa la madurez es mucho más amplia, compleja y rica y puede resolverse de muy diferentes formas. Desde el punto de vista educativo las principales necesidades que se detectan pueden agruparse en torno a las siguientes áreas de necesidades:

- *La etapa vital*. Se necesita conocer más esta etapa, la madurez, y la menopausia como fenómeno biológico que se da en ella, analizar los cambios físicos y los acontecimientos vitales, elaborar los cambios, reconocer y aceptar los sentimientos que producen estos cambios, etc. siendo conscientes de la influencia en cómo la viven, de distintos factores sociales, de entorno próximo y personales.
- *Autocuidados*. Se necesita desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades prácticas de autocuidados, partiendo de una comprensión de salud y de autocuidados holística y global que integra:
 - Cuidados corporales: habilidades de alimentación saludable, ejercicio y relajación, higiene, aceptación de la imagen corporal, cuidado de los sentidos y sensaciones eróticas.
 - Cuidados emocionales: sentirse mejor consigo misma, mejorar su autoconcepto, su autoestima, sus capacidades de disfrute y de placer, etc.
 - Cuidado de sus relaciones: comprender mejor sus relaciones, disponer de más recursos y habilidades de escucha, comunicación, etc.
- *Proyecto de vida*. Se necesita pensar y decidir hacia dónde organizar su vida, cómo quieren que sea la segunda mitad de su vida esa nueva etapa en la que están entrando.

Inmigración

La experiencia de migrar es distinta para cada cual pero existen algunos elementos comunes que la caracterizan.

La migración suele plantearse como una transición vital, una crisis psicosocial en el sentido de que requiere un conjunto de cambios significativos en la forma de vida, incluso en la propia identidad.



Estos cambios se relacionan con la forma de vida que se llevaba en el país de origen, quién se era allí. Cómo se vivía, dónde, con quién, familia, relaciones, comunidad, etc.; con la forma de vida que se lleva en el país de destino; con los recursos y habilidades personales; con los acontecimientos vitales que se vivan; con los apoyos con los que se cuenten, etc.

Migrar plantea oportunidades y también implica pérdidas. Se trata de reconsiderar y avanzar en el propio proyecto personal de vida, protagonizando la propia vida, una vida valiosa e irrepetible. Entre quienes emigran suele darse un cierto balance entre aspiraciones y logros, sueños y realidades, entre lo que se quiere para sí y lo que se vive hoy.

Se plantea el duelo migratorio como conjunto de acontecimientos que implican pérdidas y necesitan reajustes. Suelen darse condiciones de vida difíciles y trabajo duro. Se producen separaciones, tensiones lingüísticas, nuevos modelos y valores socioculturales, nuevos recursos y servicios con distintas pautas de utilización, cambio de tierra, de clima, paisaje, temperatura, humedad, lluvia..., nuevas formas de convivencia, nueva vivienda...

Y todo ello en un contexto de globalización del mercado, de regulación de empleo, de cambios socioculturales, etc.

Las principales necesidades que se detectan se pueden agrupar en torno a las siguientes áreas de necesidades:

- *La experiencia de migrar.* Se necesita trabajar más la migración como transición vital y crisis psicosocial, los factores socioculturales, familiares y personales relacionados con la situación de quienes migran, los recursos existentes...
- *Autocuidados.* Se necesita desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades prácticas de autocuidados físicos, emocionales y relacionales útiles para afrontar esta etapa de su vida, y conocer los servicios de salud y la forma de utilizarlos:
- *Proyecto de vida.* Se necesita repensar y redefinir su proyecto personal de vida ahora que se van estableciendo en la nueva situación.

Cuidar y cuidarse

La experiencia de cuidar supone establecer una relación interpersonal de ayuda con otra persona que está viviendo la experiencia de la enfermedad y/o incapacidad. En su conjunto constituyen realidades humanas muy complejas y de una gran vulnerabilidad. Las principales necesidades que se detectan en las personas cuidadoras se pueden agrupar en torno a las siguientes áreas de necesidades:

- *La situación de la cuidadora y la situación de la persona cuidada.* Se necesita comprender, elaborar y aceptar las propias experiencias que van viviendo, reconciliarse con la situación de enfermedad y comprender la situación de la persona cuidada.
- *Cuidados a proporcionar.* Se necesita conocer y aprender detalladamente habilidades para proporcionar cuidados respecto a la alimentación, higiene, movilización,... entendiendo que estos son los cuidados más directos pero que realizan también cuidados instrumentales (cocinar, lavar, limpiar, etc.) y cuidados más emocionales, apoyo emocional, escucha,... para los cuales a veces también necesitan desarrollar recursos y capacidades.

- *Cómo cuidarse en esta situación de crisis.* Se necesitan reconocer y aceptar sus sentimientos, aumentar los recursos personales, quererse, mimarse, organizarse para sacar tiempo para sí, habilidades para relacionarse mejor, etc.

El duelo

Se entiende por duelo el proceso por el que pasa toda persona que sufre una pérdida.

Aunque muchos de los cambios que se producen a lo largo de la vida implican una pérdida y comportan un duelo nos referimos aquí a la muerte de un familiar o persona querida.

Los procesos emocionales y cognitivos puestos en marcha por una pérdida implican una afectación de toda la persona. Una pérdida bien elaborada promueve la salud mental y mejora la capacidad personal para afrontar siguientes duelos o problemas que surgen en la vida. Una elaboración inadecuada puede llegar a producir trastornos psicopatológicos.

Las necesidades que se detectan en relación al duelo se relacionan con las siguientes áreas de necesidades:

- La experiencia y vivencia del duelo. Tomar conciencia de la pérdida y de los sentimientos que le acompañan, darse permiso para sentir, expresarlos si así se desea, darse tiempo sobre todo al inicio cuando el ser querido acaba de morir.
- La elaboración del duelo. Comprender las fases que se suelen dar en el duelo: 1) shock, incredulidad, negación, 2) protesta, cólera, enfado, búsqueda de la figura perdida, 3) depresión, desesperanza reversible, 4) aceptación, reorganización, recuperación. Comprender también los síntomas físicos y emocionales que suelen aparecer.
- Cuidarse en esta situación tan difícil. Trabajar algunos temas importantes: 1) aceptar la irreversibilidad de la pérdida, 2) posibilidad de expresión emocional y apoyo, 3) adaptarse a la vida cotidiana sin la persona, 4) recuerdo y restablecer vínculos afectivos. Identificar y analizar los elementos de ayuda, ponerlos en marcha.

El envejecimiento

En un contexto social de cambio en los modelos y valores culturales sobre la vejez, las personas mayores constituyen hoy un colectivo muy heterogéneo con situaciones muy variadas que incluyen desde visiones muy optimistas y vivencias muy positivas de la etapa (con ganas de vivir, autonomía, satisfacción y disfrute) hasta visiones muy pesimistas, situaciones de deterioro y vivencias muy negativas. En general las necesidades que se detectan en las personas mayores se pueden agrupar en torno a las siguientes áreas:

- *La etapa vital.* Se necesita aceptar y asumir los procesos de envejecimiento y los acontecimientos vitales que se producen en esta época de la vida, reconociendo las emociones y siendo conscientes de los factores sociales, ambientales y personales que influyen en ello.
- *Manejo de las medidas de autocuidados.* Se necesita conocer y aprender detalladamente habilidades para alimentarse, practicar ejercicio físico y realizar otros cuidados (higiene personal, gimnasia respiratoria, gimnasia mental, relajación, etc.), para cuidarse también emocionalmente, habilidades para relacionarse, ocio y tiempo libre, etc.

Cómo trabajar: Metodología de la educación para la salud



3



Este capítulo se centra en el *Cómo trabajar*, es decir, en la Metodología de la Educación para la salud. Recoge las claves metodológicas del modelo de trabajo operativo en Educación para la Salud que sustenta y está detrás de las experiencias de Educación para la Salud realizadas por una amplia gamma de centros de salud y otros servicios y entidades de Navarra. Incluye algunos elementos teóricos y, sobre todo, un extenso abanico de instrumentos prácticos.

El capítulo incluye esta presentación y seis apartados:

- Información, educación y educación para la salud

Expone los conceptos y paradigmas de la educación y las características de la pedagogía activa e integradora de las que se parte.

- Aprendizaje significativo

Propone un proceso básico de enseñanza – aprendizaje que parte de la experiencia y posibilita a la persona o al grupo desarrollar capacidades para afrontar el o los temas de salud de que se trate.

- Métodos y Técnicas educativas

Presenta y desarrolla distintas Técnicas dirigidas a las Relaciones para el inicio y el final del proceso de enseñanza – aprendizaje y de cada consulta o sesión, otras de Información/Motivación especialmente útiles en intervenciones breves y, por fin, las dirigidas al aprendizaje de los contenidos en intervenciones más propiamente educativas:

Métodos y Técnicas Individuales dirigidas al Aprendizaje

Métodos y Técnicas Grupales dirigidas al Aprendizaje

- Rol educativo facilitador

Propone un enfoque de relación de ayuda y desarrolla, asociadas al rol educativo: Funciones, Actitudes, valores y sentimientos y Habilidades (La toma racional de decisiones, La comunicación y El manejo de emociones y sentimientos)

- Programación en educación para la Salud

Desarrolla las etapas de la programación educativa: Análisis de la situación, Objetivos y contenidos, Metodología y Evaluación.

- Ejemplos prácticos: Guiones de programaciones educativas

Presenta guiones – resúmenes de distintas intervenciones: tres de educación individual (alimentación saludable, educación en enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y educación en situaciones de duelo) y tres de educación grupal (curso sobre estrés y cómo manejarlo, curso sobre menopausia y madurez y taller de educación para la salud con madres y padres).

Entre los múltiples conceptos de educación existentes, en este Manual recogemos aquéllos que integran sus dos versiones etimológicas, tanto *educare* (conducir, guiar, orientar), como *educere* (hacer salir, dar a luz, desarrollar), conjugándolas en un concepto ecléctico que plantea que la educación es tanto intervención del educador como desarrollo de las potencialidades del educando.

Desde estos postulados, la educación se entiende como un “proceso intencional por el cual las personas son más conscientes de su realidad y del entorno que les rodea, ampliando sus conocimientos, valores y habilidades para desarrollar capacidades que les permitan adecuar sus comportamientos a la realidad”.

Algunas características globales de estos conceptos de educación son las siguientes:

- Supone una intervención humana; es intencional, es decir se trata de un proceso preparado, programado, orientado a la consecución de objetivos.
- Es un proceso integral que pretende desarrollar capacidades. Por ello alcanza a todas las áreas de la persona, tanto cognitiva como emocional y procedimental o de las habilidades, también llamadas del saber, saber ser y saber hacer. Hace referencia al desarrollo y perfeccionamiento de las personas.
- Es un proceso gradual, dinámico y continuado en el tiempo. Las personas aprendemos desde el nacimiento a lo largo de toda la vida.
- Es un proceso activo del sujeto que se educa. El educador promueve, e interviene, pero las decisiones son del educando.

Aunque educar no es sólo informar, la información es una parte importante de la educación. Cuando hablamos de Información nos referimos a proporcionar informaciones, que aportan a quien se educa una parte del área cognitiva, los conocimientos. Si sólo informamos, sólo las personas que disponen de mayores recursos personales en el área emocional y en la de habilidades, y que cuenten con contextos sociales más favorables, podrán desarrollar las capacidades y comportamientos de que se trate.

Educar no es pues sólo informar y tampoco es sólo motivar, aunque la motivación también hace parte de la educación. Por motivación se entiende el intentar generar actitudes positivas al cambio de comportamiento, desde el mayor respeto a las propias decisiones de las personas. Por fin, educar no es persuadir o coaccionar, es decir “prescribir” y pretender lograr comportamientos previamente definidos por el “experto”.

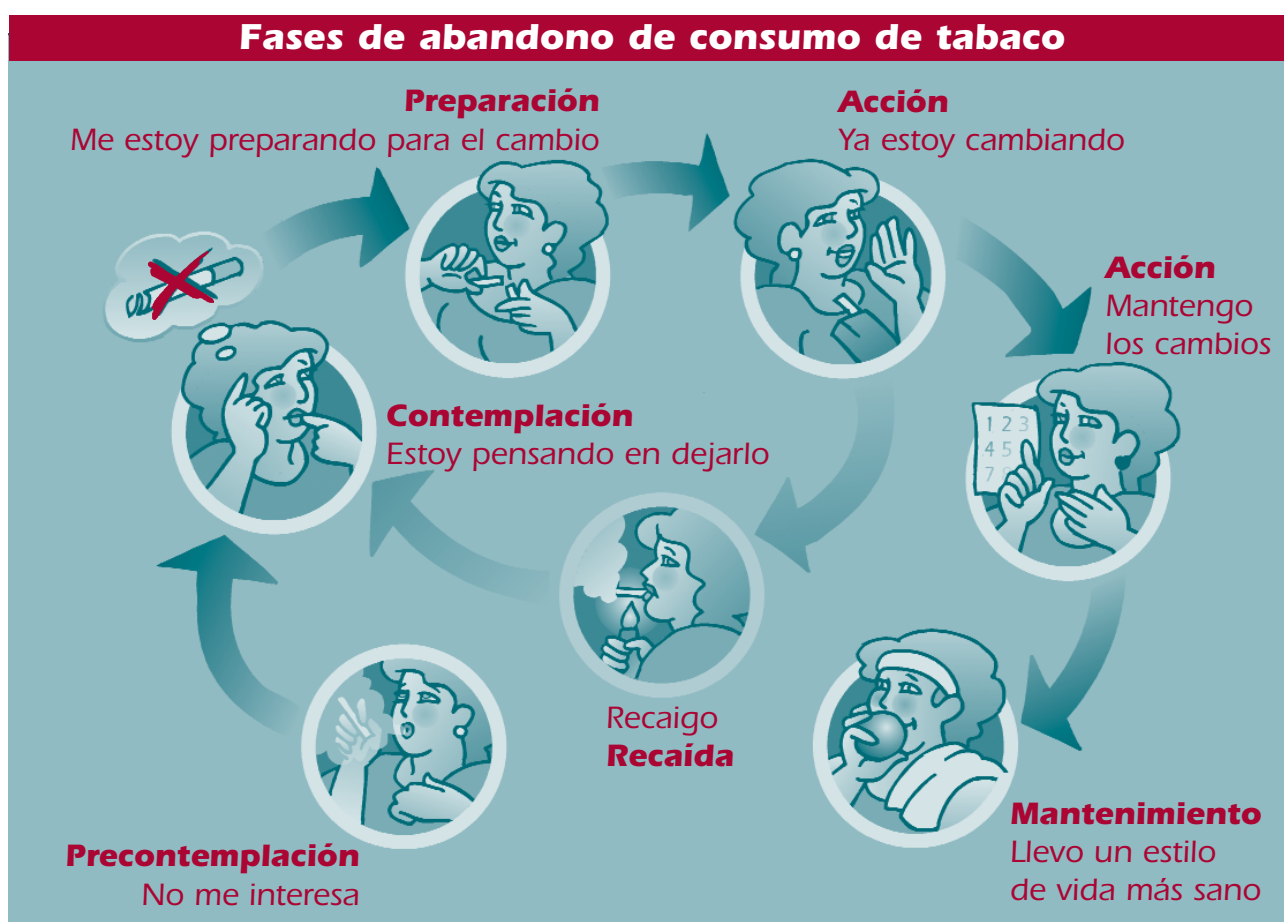
El objetivo básico de la información es generar conocimientos abordando el área cognitiva de la persona, el de la motivación se relaciona con el área emocional y el de la persuasión/ coacción va directamente al comportamiento, mientras que el de la educación es que las personas desarrollen capacidades para tomar decisiones libres y autónomas sobre sus comportamientos. Por ello, estos comportamientos o actuaciones pueden ser distintos en las diversas situaciones o escenarios en que el comportamiento puede darse, configurando así comportamientos estables pero, para que puedan mantenerse en el tiempo, también dúctiles.

En el cuadro que figura en el capítulo anterior sobre factores relacionados con los comportamientos humanos en salud, (página 34) se puede ver más gráficamente.

Decimos pues que las finalidades de la educación tienen que ver con las capacidades para decidir comportamientos. En este sentido, un aspecto importante a considerar en la educación, es cómo se producen los cambios de comportamiento. Algunos cambios son más costosos y largos que otros y esto es distinto para diferentes personas e incluso para la misma en distintos momentos o etapas de su vida.

Las expectativas de los y las profesionales respecto a los cambios de comportamiento de sus usuarios a menudo incluyen cambios instantáneos y radicales que no coinciden con las situaciones, planteamientos, expectativas y decisiones de los propios usuarios y usuarias, generando no pocas frustraciones.

La situación en la que se encuentran la persona o personas respecto al cambio de comportamiento incluye cinco etapas. Pero los cambios no se producen de manera lineal sino que progresan de diferentes maneras, avanzando por los diferentes estadios de cambio, con pasos hacia adelante y hacia atrás, siguiendo un modelo más bien en espiral. Prochaska y Di clemente plantean un modelo espiral del proceso de cambio de comportamientos:



1. Precontemplación: no hay ninguna intención de cambio en un futuro próximo. No es que no se vea la solución, es que no se ve el problema.
2. Contemplación: se tiene consciencia de que existe un problema y se piensa en superarlo, pero aún no se ha decidido a pasar a la acción.
3. Preparación: se combinan intención y toma de decisión; a veces se empiezan a introducir pequeños cambios.
4. Acción: modifica su comportamiento, su entorno... con el fin de superar lo que considera problema.
5. Mantenimiento: persisten y se consolidan los resultados obtenidos en su acción.

Respecto a los **enfoques o paradigmas educativos**, durante años, el paradigma educativo dominante ha sido (y en parte continúa siéndolo) el de la llamada "pedagogía tradicional".

Desde la mitad del pasado siglo diferentes autores y estudios de investigación van configurando nuevos paradigmas que, aunque con diferencias, comparten un tronco común en el llamado “pedagogía activa, interactiva o integradora”.

Los elementos fundamentales que caracterizan a los diferentes paradigmas educativos son: sus principios centrales, los planteamientos sobre el aprendizaje, objetivos y contenidos, su repertorio de métodos, técnicas y recursos didácticos, así como sobre el rol educador y las relaciones educativas y sobre programación/evaluación.

A modo de resumen breve, podemos decir que las características más importantes de los paradigmas de la pedagogía tradicional son: está básicamente centrada en la enseñanza, la información y el profesor, los objetivos y contenidos se relacionan fundamentalmente con el área cognitiva de la persona (conocimientos), los métodos más usados son los expositivos (la exposición teórica en la educación grupal y la información en la educación individual), el rol del educador es sobre todo “de experto”, la programación más allá de los contenidos es escasa y la evaluación es habitualmente final.

En cuanto a las características más importantes de los paradigmas de la pedagogía activa o integradora, también a modo de breve resumen y aún a riesgo de hacer afirmaciones demasiado rotundas, podemos citar: Su eje fundamental es el aprendizaje y el alumnado, ya que su teoría básica sobre el aprendizaje es la del aprendizaje significativo, los objetivos y contenidos tienen que ver con las tres áreas de la persona: cognitiva, emocional y de las habilidades, se utiliza una combinación de métodos y técnicas educativos activos, el rol educador es un rol de ayuda y apoyo al aprendizaje, las sesiones o consultas individuales o grupales se programan detalladamente y la evaluación es continuada y final.

En cuanto a la **educación para la salud**, la OMS en el glosario de promoción de salud la define como un conjunto de actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades que promuevan la salud.

Durante años los paradigmas de salud dominantes en ella eran más bien biologicistas y los de educación de pedagogía tradicional. A lo largo de los últimos decenios, se han ido clasificando distintos enfoques y modelos por autores como Vuori, Tones, Modolo, Green...

Algunos de los más relevantes enfoques y modelos han sido los siguientes: Preventivista (prescripción de comportamientos para el cambio de prácticas insanas individuales), Educativista (información y reflexión para motivar a una elección informada), Social (acción social para lograr cambios sociales relacionados con la salud), de Desarrollo personal (capacitación y desarrollo de recursos y habilidades para la vida), Unidireccional (usa los medios de comunicación, las consultas sanitarias y otros agentes para persuadir sobre comportamientos), Comunitario (promueve conciencia crítica y acciones sobre salud en una comunidad determinada)...

En los planteamientos de educación para la salud que proponemos en este Manual, como se ha dicho anteriormente, los paradigmas en cuanto a educación son los de la pedagogía integradora o activa y los paradigmas respecto a salud, los del modelo biopsicosocial y de desarrollo personal y social.

Integrando ambos paradigmas, hasta ahora descritos, sus principales características figuran en el cuadro siguiente. Todas ellas se amplían y detallan en este Manual, en el apartado anterior lo referente al qué trabajar, los Contenidos de la Educación para la salud, y en este apartado a continuación lo referidos a cómo trabajar, la Metodología de la educación en salud.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESDE LA PEDAGOGÍA ACTIVA Y LA SALUD BIOPSIICOSOCIAL

Aspectos generales
- Lo prioritario es el aprendizaje: desarrollo de las capacidades del educando. El eje fundamental es el alumnado. La teoría básica sobre el aprendizaje es la del “aprendizaje significativo - La salud es subjetiva, biopsicosocial y un recurso para la vida. Se afrontan las necesidades educativas de los temas o problemas de salud
Objetivos
- Se formulan respecto a las áreas de la persona: cognitiva, emocional y de las habilidades - Se refieren a aprendizajes del educando, están concretamente definidos y son evaluables, de manera cuantitativa o cualitativa
Contenidos
- El contenido es todo aquello sobre lo que se trabaja. En el caso de la EpS, tanto contenidos sanitarios o biológicos como psicosociales, tanto los comportamientos en salud como los factores con ellos relacionados: experiencias, habilidades, valores y creencias... - Una parte del contenido lo aporta pues quien educa y otra los educandos. Se centra en afrontar las situaciones reales en la práctica de los comportamientos en salud, que pueden tener varias alternativas de solución: no siempre existe una sola “respuesta correcta” - Se trabaja en temas objeto de la motivación y necesidades del educando
Métodos y Técnicas. Recursos didácticos
- Son métodos y técnicas inductivos (que parten de la experiencia de las y los discentes) y activos (con participación de quien se educa) - Existen varios grupos de métodos y técnicas didácticas según los objetivos de aprendizaje que se pretendan lograr: 1. De expresión o investigación en aula, 2. Expositivos, 3. De análisis, 4. De desarrollo de habilidades y 5. Otros - Se utiliza una combinación de métodos y técnicas de los distintos grupos para responder a los distintos objetivos y atender a los diversos “estilos de aprendizaje” de quien se educa - Se usan el máximo de recursos didácticos de apoyo (visuales, sonoros, audiovisuales...) útiles al aprendizaje y a las técnicas educativas - Se realizan varias sesiones o consultas educativas grupales o individuales de número y tiempo variable, según las necesidades educativas del alumnado
Rol educativo y Relaciones
- Básicamente se trata de un rol de ayuda, facilitación y apoyo, más que de experto, posibilitando al educando unas experiencias y un clima de relaciones, ambos útiles al aprendizaje. - Las relaciones educador / educando no son de autoridad ni de subordinación, sino de “autoridad de servicio o de apoyo” , como rol, y de paridad como personas - Se pretenden Climas de relación “tolerante” basados en actitudes de quien educa de aceptación, flexibilidad, cercanía y orientación (más que de juicio y control). Se requieren un conjunto de habilidades personales, sociales y de manejo de metodologías pedagógicas. - Las alumnas y alumnos son personas sociales que aprenden del resto del grupo. Se trabaja en diferentes agrupaciones. La comunicación es bidireccional y multidireccional

Programación y Evaluación

- Las sesiones educativas, (individuales o grupales) se programan, tanto sus contenidos como su metodología, para afrontar las necesidades de aprendizaje
- Las etapas de la programación educativa, provenientes de la educación y de la salud pública, son: 1. Análisis de las necesidades educativas 2. Objetivos y contenidos, 3. Metodología y 4. Evaluación
- Se evalúan los resultados educativos (objetivos específicos de aprendizajes en conocimientos, actitudes, habilidades...), así como los elementos relacionados con su logro: los procesos y la estructura desarrollados. Pueden evaluarse resultados en términos de salud a medio/largo plazo
- Se realizan evaluaciones tanto continuada como final, a través de técnicas e instrumentos tanto cuantitativos como cualitativos

Por otra parte, en las últimas décadas del pasado siglo, se va consolidando el cuerpo teórico y la experiencia práctica de la educación de adultos, que cobra sucesivamente importancia frente a la educación en la infancia (andragogía versus pedagogía) por diferentes razones, demográficas, sociales, económicas y de desarrollo de las ciencias psicopedagógicas y específicamente de la psicología evolutiva de la edad adulta y anciana.

La Educación en salud va incorporando también distintos aspectos a considerar en la educación de adultos. Los dos principales son:

- Características de las personas adultas. La persona adulta tiene múltiples experiencias, sentimientos, conocimientos... sobre la mayoría de los asuntos de la vida y se sitúa en una etapa vital determinada, caracterizada por la autonomía y la madurez, con sus roles y proyecto de vida propios. Además, su motivación al aprendizaje se basa generalmente en necesidades o problemas específicos y a corto plazo, requiere estima y valoración por parte de otras personas, tiene miedo al ridículo, resistencias al cambio, curiosidad limitada y mayor interés y responsabilidad sobre el tema objeto de su motivación respecto a la infancia....
- Cómo aprenden las personas adultas y ancianas. Las experiencias previas a cualquier intervención educativa en muchos aspectos de la vida y la salud hacen que los planteamientos del aprendizaje significativo, base de la pedagogía activa y que se describen a continuación, sean especialmente necesarios en estas etapas. En la edad anciana hay que considerar así mismo la situación cognitiva de las personas, la mayor eficacia de las técnicas activas y participativas así como una mayor resistencia al cambio.

Ya desde la mitad del siglo pasado distintos autores como Piaget, Gagné, Vygotsky, Freire, Bandura, Ausubel, Novak y otros muchos van investigando y construyendo las teorías del aprendizaje significativo.

Se puede hablar del aprendizaje en términos de proceso y también de resultado; aquí incluiremos ambos. Cuando nos referimos al aprendizaje significativo hablamos de aprendizajes eficaces, permanentes y reales, que la persona “se los quede”, que para ella tengan significado, que le sirvan para la vida y para afrontar el tema que se esté abordando, y también que sean procesos que se construyan por etapas, con secuenciaciones útiles y lógicas, de asimilación y construcción consciente, voluntaria y autónoma.

Existen hoy distintos planteamientos respecto al aprendizaje y a cómo se produce: planteamientos conductistas, cognitivistas, provenientes del humanismo, del aprendizaje social, de aportaciones neurofisiológicas, psicodinámicas, ecologico-contextuales...

Cada una de ellas da más importancia a distintos elementos y factores o a cómo interaccionan para generar aprendizajes. Existe, no obstante, cierto consenso sobre la influencia en el aprendizaje de múltiples elementos o factores: biología, inteligencia, estilo de pensamiento, personalidad, motivación, emociones, experiencias previas, contexto social y familiar...

Existen así mismo ciertos consensos sobre los procesos básicos del aprendizaje significativo y estos son los que en este Manual recogemos. El aprendizaje no ocurre por sumatoria de informaciones sino que se construye: la persona lleva a la situación de aprendizaje todas sus experiencias, vivencias, conocimientos y modelos cognitivos, sentimientos, habilidades y formas de actuar respecto al tema de que se trate, y aprende a partir de todo ello, consolidándolo, reorganizándolo y modificándolo ante las nuevas informaciones y variadas experiencias que se dan en el proceso educativo.

Por ello, para lograr aprendizajes significativos se trata de generar procesos que posibiliten a las y los educandos en primer lugar expresar y/o investigar su propia realidad (partir de su situación); después, profundizar en el tema que se está trabajando (reorganizar conocimientos, analizar la situación general y algunos temas específicos personales o sociales, reflexionar sobre aspectos del área emocional) y, por fin, afrontar su situación (decidir la acción sobre su realidad, desarrollar los recursos y habilidades necesarios, realizarla en la práctica y evaluarla).

Este proceso con estas etapas permite abordar los múltiples factores relacionados con los comportamientos en salud (ver esquema de la página 34) y secuenciarlos lógicamente para desarrollar procesos de enseñanza / aprendizaje en temas de salud eficaces y significativos, como se ve en el esquema siguiente:

PROCESO DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE

1. CONOCER Y EXPRESAR SU SITUACIÓN
 - Experiencias, conocimientos, valores, creencias, habilidades...
2. PROFUNDIZAR EN ELLA
 - Desarrollar conocimientos
 - Analizar diferentes aspectos
 - Reflexionar sobre el área emocional
3. ACTUAR
 - Desarrollar recursos y habilidades
 - Tomar decisiones
 - Experimentarlas en la realidad
 - Evaluarlas



En la práctica se trata de facilitar a la persona o grupo conocer su situación y hablar de ella en primer lugar, o sea, escuchar antes de dar “la charla”; ayudarles a pensar más que pensar por ellos y ellas y no “darles” soluciones sino facilitar que encuentren las suyas propias y tomen sus propias decisiones. No se trata de “prescribir” comportamientos sino de promoverlos.

Enseñar es, desde los enfoques de la pedagogía activa citados, centrados en el aprendizaje y el educando, ayudar a aprender; el objetivo fundamental de la educación es el aprendizaje.

Para lograr aprendizajes eficaces en cada una de estas etapas del proceso, son más útiles determinados tipos de métodos, técnicas y recursos pedagógicos, así como un determinado rol de educador. Todo ello se describe y detalla en los próximos apartados.

MÉTODOS Y TÉCNICAS EDUCATIVAS

Para avanzar pues en aprendizajes significativos se requiere el uso de métodos y técnicas educativas activas (con participación de quien se educa) e inductivas (que parten de su experiencia). En Educación para la Salud se utilizan múltiples tipos de técnicas educativas. Aquí presentamos unas dirigidas a las Relaciones, que se utilizan en cualquier tipo de intervención educativa, en su inicio y final, otras de Información / Motivación, especialmente útiles en intervenciones muy breves, y por fin las dirigidas al aprendizaje de los contenidos en intervenciones más propiamente educativas, individuales y grupales.

Entre las dirigidas a trabajar las relaciones, provenientes de planteamientos de la relación de ayuda y la dinámica grupal, se utilizan las relacionadas con la acogida, el contrato educativo y la despedida, que se abordan más adelante.

Otros tipos de técnicas específicamente dirigidas a la Información / Motivación se usan fundamentalmente en los tipos de intervención de Información / Consejo breve.

Las intervenciones de educación para la salud individual o grupal, que habitualmente suelen llevarse a cabo desde los Servicios y Entidades sociales a los que este Manual se dirige, suelen tener una duración menor de 20 horas. Su objetivo fundamental es aprender contenidos de salud y en tan corto tiempo suele bastar con manejar adecuadamente las Técnicas centradas en el aprendizaje de contenidos, desde un rol de ayuda generador de climas “tolerantes” en la relación (ver página 97).

Existen múltiples clasificaciones de métodos o técnicas educativas dirigidas al aprendizaje de los contenidos: Bidireccionales: diálogo, grupo... y Unidireccionales: folletos, cartas, radio, vídeo... (Trilla, Planas y Espulga. En Martín Zurro. Atención Primaria), Directos: diálogo y consejo educativo, clase o aula, charla, discusión en grupo e Indirectos: Visuales: carteles, vallas, folletos, cartas circulares, prensa, internet; Sonoros: radio y Mixtos: cine, vídeo, televisión (Salleras L. En Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública, 2000).

En este Manual, desde un planteamiento operativo, ofrecemos una clasificación de estos Métodos y técnicas educativos adaptada de R. Vaccani de la Universidad de Bocconi de Milan que relaciona distintos tipos de métodos y técnicas con los diferentes objetivos y contenidos de las distintas etapas del aprendizaje significativo. Cada tipo de método incluye un repertorio de variadas técnicas. Los recursos didácticos de apoyo a las diferentes técnicas se definen y describen en el apartado siguiente.

A continuación presentamos un esquema de la citada clasificación, que más adelante se desarrolla detalladamente.

MÉTODOS Y TÉCNICAS INDIVIDUALES Y GRUPALES ACTIVAS DIRIGIDOS AL APRENDIZAJE

Proceso de aprendizaje	Métodos y técnicas individuales	Métodos y técnicas grupales
Expresar su situación	MÉTODO DE EXPRESIÓN TÉCNICAS Escucha Preguntas	METODO DE INVESTIGACION EN AULA TECNICAS Tormenta de ideas Rejilla Cuestionarios
Reorganizar informaciones	METODO INFORMATIVO TECNICAS Información con discusión Lectura con discusión	METODO EXPOSITIVO TECNICAS Exposición Lectura

Analizar y reflexionar	METODO DE ANALISIS TECNICAS Resumir y ordenar Ejercicios	METODO DE ANALISIS TECNICAS Casos Análisis de textos
Desarrollo y entrenamiento en habilidades	METODO DE DESARROLLO DE HABILIDADES TÉCNICAS Demostración con entrenamiento Ayuda para decidir Simulaciones	METODO DE DESARROLLO DE HABILIDADES TÉCNICAS Demostración con entrenamiento Ayuda para decidir Simulaciones

Durante el desarrollo del proceso educativo se consigue una combinación de distintos tipos de técnicas más útiles a los diversos procesos y estilos de aprendizaje de las y los educandos.

Para el desarrollo de las técnicas educativas activas se utilizan diferentes **recursos didácticos de apoyo**. Se consideran recursos didácticos de apoyo al conjunto de medios materiales que intervienen y facilitan el proceso enseñanza-aprendizaje. Existen diferentes tipos de recursos didácticos:

- Material impreso: emplea en mayor proporción la comunicación escrita (ejemplo: folletos, revistas, artículos...)
- Material visual: expresa mensajes a través de imágenes, incluido los que se combinan con la palabra escrita y con objetos reales (posters, dibujos, esquemas...)
- Material sonoro: apela en forma predominante al sentido del oído de las y los destinatarios, transmitiendo un mensaje o contenido educativo (ejemplo: radio, grabaciones,...).
- Material audiovisual: combina la proyección de imágenes con estímulos auditivos (ejem-
Otros: objetos reales, materiales con soporte computarizado, material deportivo,...)

A continuación desarrollaremos los diferentes tipos de Métodos y Técnicas. Primero describiremos las dirigidas a las Relaciones para lograr climas útiles al aprendizaje en cualquier tipo de intervención, después las técnicas de Información / Motivación para utilizar en intervenciones mínimas o breves y, al final las educativas, centradas en objetivos y contenidos de aprendizaje para usar, entre otras, en intervenciones de Educación en Salud individual y grupal.

TÉCNICAS DIRIGIDAS A LAS RELACIONES

Las Técnicas educativas dirigidas a las relaciones que aquí desarrollamos se usan para lograr climas en la consulta o grupo útiles al aprendizaje. Sus objetivos son la acogida y contrato al inicio del proceso educativo, individual o grupal, y la despedida al final del mismo, así como el inicio y final de cada una de las consultas o sesiones.

Pueden usarse en todos los tipos de intervención, facilitan la configuración de un adecuado encuentro profesional educador-usuario/a o grupo decisivo para la relación de ayuda, favorecen la motivación y la implicación de la persona en su propio proceso educativo y constituyen el inicio y el final de la relación y de la intervención educativa.

TÉCNICAS DIRIGIDAS A LAS RELACIONES

Técnica	Descripción	Observaciones
Acogida	Conjunto de conductas verbales y no verbales que transmiten a la persona o grupo, interés, confianza y calidez humana.	Traduce el interés y las actitudes personales del profesional educador. Incluye el contexto físico, la distancia, la posición y movimientos del cuerpo, la expresión del rostro, el saludo inicial y otras expresiones de acogida y la despedida.
Presentación	Presentación de profesional o profesionales y del usuario, usuaria o grupo si no se conocen.	Es importante que la persona o personas con las que trabajamos sepan quiénes somos. Y también darles voz.
Contrato	Se pactan los contenidos a desarrollar, los compromisos, el tiempo y secuenciación de las consultas, los plazos, etc.	Se utiliza el consenso y, si hay diferencias, la negociación: Identificar lo que quiere cada cual y las discrepancias, buscar y analizar distintas alternativas y elegir la más útil para ambos.
Despedida	Se trata de resumir y evaluar los aprendizajes logrados, y de subrayar y positivizar los procesos y experiencias desarrollados y de despedirse. Cabe una intervención del educador o educadores en este sentido, así como posibilitar el feedback del educando o del grupo (con el educador o entre el propio grupo).	Pueden aparecer fenómenos de duelo positivo, pero también de regresión, de evitación de la separación, de afecto que ya no puede materializarse...

Ejemplos de Acogida verbal y no verbal:

- Conductas de acogida no verbales (las conductas de acogida se expresan fundamentalmente a través de ellas):
 - Silencio atento*
 - No interrumpir. Permitir expresiones iniciales.*
 - Movimientos corporales (especialmente de la cabeza)*
 - Dirección del cuerpo*
 - Expresión del rostro y contacto visual*
- Expresiones de acogida verbales (son expresiones breves frecuentemente de una sola palabra): *comprendo...ya...ciertamente...claro...sí...mmhumm...ajá...* y de algunas frases que puedan constituir Estímulos a la comunicación.

TÉCNICAS DIRIGIDAS A LA INFORMACIÓN / CONSEJO

Como ya hemos comentado la información es indispensable para una buena salud. Se puede centrar en un amplio abanico de temas, según la situación y necesidades de cada persona o grupo y la evidencia de las recomendaciones. Pueden utilizarse los medios de comunicación social, las consultas, entrevistas, puntos de información...

El centro de salud y otros centros de la comunidad, el grupo familiar, las asociaciones de mujeres, vecinos y vecinas, de autoayuda, etc. son importantes agentes de información sanitaria.

Aquí nos centramos en la información/consejo que se aporta en las consultas en un centro de salud, pero también en cualquier otro tipo de encuentro interpersonal en diversos Servicios y Entidades sociales. Algunas de estas técnicas pueden usarse también en intervenciones más largas de educación individual y grupal.

La práctica de la atención a la salud, fundamentalmente en la consulta a demanda, a veces sólo permite una intervención muy breve: aportar poca información, de manera respetuosa, animando a plantearse el tema (los riesgos del estrés, los beneficios del dejar de fumar...) o tratando de estimular un cambio (hacer ejercicio físico, alimentarse de manera más saludable...).

El consejo educativo es una intervención mínima o breve (entre 2 y 10 minutos hasta 20 - 30) de información, motivación y propuesta de cambio respecto a un determinado comportamiento en salud. Su eficacia es entre el 5 y 10 % según distintas investigaciones.

El consejo sistematizado resulta más eficaz. La sistematización incluye el desarrollo de cuatro pasos, cada uno con su metodología propia. En el esquema siguiente figuran los pasos del consejo sistematizado y después algunas técnicas para cada uno de ellos:

PASOS DEL CONSEJO SISTEMATIZADO

- Se pregunta sobre el comportamiento a trabajar y se registra
- Se aconseja cambio: **Información + Motivación**
- Se entrega Material informativo educativo
- Se oferta apoyo si lo necesita

Pregunta y Registro

Las preguntas posibilitan que la persona, antes de recibir la información, piense un poco sobre sí misma y su situación (lo cual facilita la asimilación de la información) y permite al educador o educadora ofrecer una información más personalizada, precisa y adecuada a las necesidades.

Las preguntas pueden ser abiertas (dejan margen amplio de respuesta): ¿cómo llevas la alimentación?, ¿cómo ves el cuidado de tu salud este verano? ¿cómo te planteas la prevención de las enfermedades de transmisión sexual?, ¿qué cosas son las que más te preocupan ahora respecto a? o cerradas (limitan la respuestas): ¿cuántos cigarrillos fuma?, ¿conoces los métodos anticonceptivos?, ¿sabes que el nudo en el estómago puede ser una señal de estrés?

El Registro permite conocer a posteriori cuándo y cómo se ha llevado a cabo el Consejo. Es importante desde el punto de vista educativo, entre otras razones porque no está indicado repetir el Consejo antes de un tiempo prudencial (seis meses – un año) ya que podría producirse un efecto de motivación negativa.

Información + motivación

El Consejo es más eficaz si la información y motivación reúnen las siguientes características:

Información

Exactitud, veracidad y adecuación a la evidencia científica del momento.

Flexibilidad acorde con los cambios en las “verdades científicas”, resultado de las investigaciones que se van desarrollando a lo largo de los años. Baste como ejemplo la evolución de la “bondad o maldad” del aceite de oliva, el pescado azul, el vino, la postura de los recién nacidos para dormir....

Expresada de forma práctica. Por ejemplo, resulta más útil al aprendizaje recomendar comer una ración de verdura, una ensalada y dos piezas de fruta al día que recomendar 400 gramos de vegetales diarios. Así mismo es una información más práctica y comprensible la recomendación poblacional de “30 minutos de ejercicio todos o casi todos los días en el que notas que empiezas a sudar pero te permite mantener una conversación” que recomendar ejercicio de intensidad moderada.

Centrada en el usuario o usuaria: en sus conocimientos previos, nivel sociocultural, situación, necesidades, decisiones...

Comprendida, bidireccional, participada, verificando su claridad y comprensión. Se trata de establecer un feed-back que permita partir de lo que la persona ya conoce “*si te parece primero comenta lo que sabes o lo que te preocupa y luego te comento yo algunas cosas más*”, proporcionar espacio para las dudas “*¿quieres que comentemos algo más?*” “*Piensa si tienes alguna duda y la vemos*”, verificar si la explicación profesional ha sido adecuada, etc.

Biopsicosocial. Proporcionar las informaciones necesarias relacionadas con el área biológica: qué es el colesterol, cuáles son los alimentos menos grasos...y también las relacionadas con el área emocional: puedes hacerlo, puede serte útil plantearte primero el cambio más fácil y que te compense más y luego pensar en el resto... o con las habilidades: relacionarse, apoyarse en la gente y no aislarse puede ser otra alternativa para controlar el estrés.

Motivación

Propuesta de cambio concreta y personalizada.

Se plantea desde la orientación, la aceptación y el respeto a su decisión más que desde la prescripción. Se realiza desde el interés o la preocupación del profesional por el paciente/usuario, por su salud, por la evolución de su enfermedad....

Es muy importante la motivación positiva: valorar, animar, reforzar, reconocer, estimar... así como expresar confianza en su decisión y sus capacidades y posibilidades de cambio.

Relación de ayuda (ver página 95)

Por otra parte existe evidencia de que la información/consejo es más eficaz si se desarrolla en un marco de relación con el usuario de respeto, aceptación y empatía y estableciendo un proceso de comunicación: escuchando y emitiendo, y siendo conscientes de que siempre se emiten, mensajes verbales y no verbales.

Esto permite que el usuario movilice sus propios recursos y tome sus decisiones. Es necesaria la participación activa de quien aprende y para ello es más útil un rol profesional de ayuda, apoyo, facilitador más que un rol diagnóstico - terapéutico, prescriptivo o directivo, siempre dentro del estilo personal de cada profesional.

Una herramienta básica para el rol de ayuda es la comunicación. Existen al menos dos elementos básicos en el proceso de comunicación:

Recoger mensajes. Escucha, recepción y comprensión de la situación del usuario, necesidades, demandas, intereses, emociones...

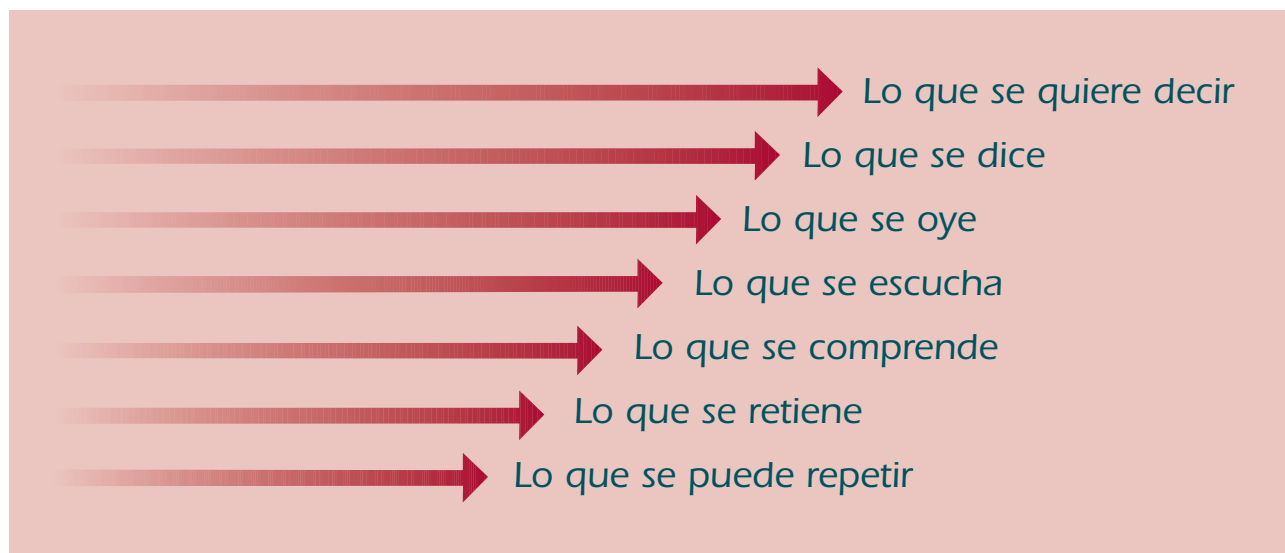
Emitir mensajes. Aportarle la información que necesite, conectando con él o ella.

Entrega de folleto u otro material informativo

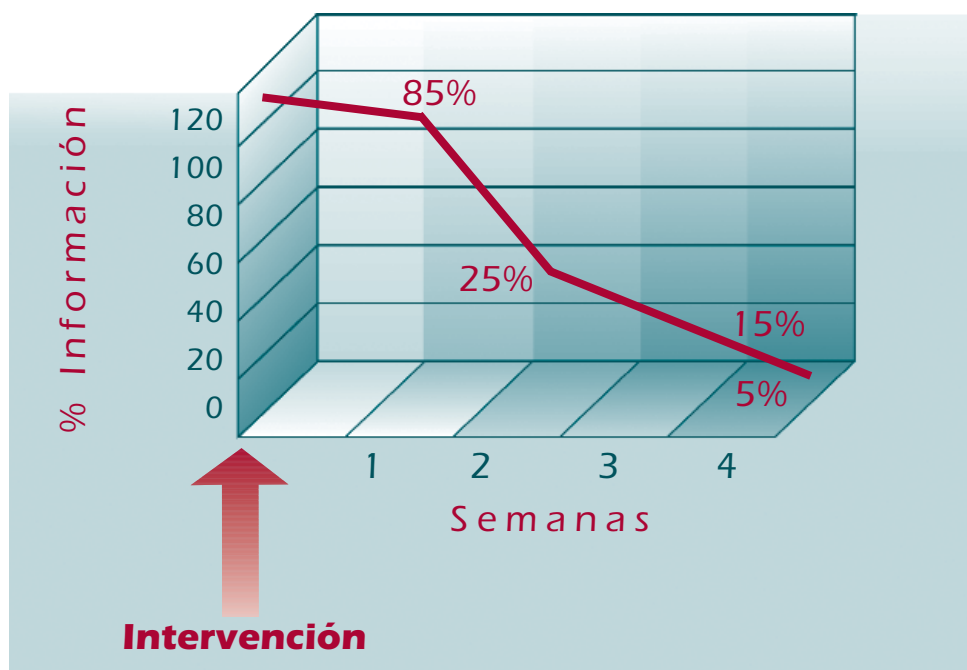
Dada la brevedad del Consejo, la entrega de un folleto, tríptico u otro tipo de Material informativo - educativo, facilita el aumento del tiempo de contacto entre la información y el usuario o usuaria, al permitir retomarla fuera de la consulta, en tiempos propios, por si hay dudas, necesidad de verificaciones a medio o largo plazo...

El tipo de material más frecuentemente utilizado es el escrito pero también pueden utilizarse otros medios (soporte informático, grabación...) según el tema de que se trate. El Material puede únicamente entregarse, pero resulta más eficaz explicarlo, manipularlo (señalar la información más importante para su situación, añadir información escrita...), etc. Es también más eficaz la coherencia y homogeneidad entre la información oral y la escrita.

La entrega de un Material permite así mismo reducir la pérdida de información que por distintas razones (tiempo, dificultades del profesional, situación de ansiedad del usuario...) puede producirse en la emisión y recepción del mensaje durante la consulta como se ve en la figura...



Por otra parte, la entrega de algún tipo de Material informativo – educativo puede favorecer la elevación de la curva estándar del olvido de información, muy habitual en intervenciones como el Consejo, de tiempo de contacto tan reducido de la persona con la información:



Oferta de apoyo

La persona incorpora información, cambia, aprende desde sus experiencias, vivencias y conocimientos previos, reorganizándolos y modificándolos ante nuevas informaciones o experiencias educativas.

Si la persona siente la necesidad de cambio, lo ha pensado, tiene recursos, etc. un consejo puede conducir al cambio. En otras ocasiones es necesario ofertar apoyo para profundizar y ampliar las actividades de información / consejo, proponiendo intervenciones más intensivas, de educación individual o grupal.

MÉTODOS Y TÉCNICAS INDIVIDUALES DIRIGIDAS AL APRENDIZAJE

Como ya se ha comentado, para promover en la consulta individual procesos educativos que favorezcan aprendizajes significativos se requiere el uso de métodos y técnicas educativas activas y diversas, según los objetivos y contenidos que pretendemos y los procesos y estilos de aprendizaje del educando.

Aquí se plantea la clasificación de Métodos y técnicas educativas según sus objetivos de aprendizaje ya citada y se detallan diversos tipos de técnicas dentro de cada método.

CLASIFICACIÓN DE METODOS Y TÉCNICAS EDUCATIVAS INDIVIDUALES

PROCESO DE APRENDIZAJE	MÉTODOS Y TÉCNICAS INDIVIDUALES
Expresar su situación: preconceptos, experiencias, vivencias, creencias...	METODO DE EXPRESIÓN
Aumentar o reorganizar informaciones	METODO INFORMATIVO
Analizar y reflexionar sobre causas, factores relacionados, área emocional...	METODO DE ANÁLISIS
Desarrollar habilidades	METODO DE DESARROLLO DE HABILIDADES
Otros objetivos	OTRAS TÉCNICAS

El proceso educativo se inicia con las técnicas de encuentro (acogida, presentación, contrato). Después en su transcurso se van incorporando nuevas técnicas pero sin abandonar totalmente las anteriores. Se van acumulando las técnicas utilizadas, siempre en un proceso de interacción continuado, de feed-back enriquecedor que no tiene un esquema fijo ni permite una aplicación rígida.

Técnicas de Expresión

Facilitan a la persona conocer su situación y cómo la vive, hablar de ella, expresar, reflexionar y organizar sus sentimientos, conocimientos, su experiencia, definir más el problema si procede. Abordan el área emocional y también el área cognitiva y la de las habilidades.

TÉCNICAS DE EXPRESIÓN

Técnica	Descripción	Observaciones
Preguntas	Abiertas: Dejan margen amplio para contestar. Animan a pensar. Cerradas: Limitan las posibilidades de respuesta. Obtiene información específica	Si son demasiadas preguntas puede ocurrir: Educando papel pasivo, no se implica, sentimientos de intromisión, patrón de relación Yo pregunto/Tú respondes

Escucha activa	Ponerse en su lugar (partir de su punto de vista), Recoger el mensaje completo (lo que dice y el estado de ánimo) y Comunicárselo (verbalizar la comprensión de la situación y de la carga emotiva).	Implica saber escuchar y saber contestar. Es fácil confundirse con lo que cada cual hubiese sentido, dicho o hecho en su situación. Se trata de devolverle lo que le he entendido con mis palabras
Repetición	Repetir una parte de lo que dice para animarle a continuar: una frase clave “estás muy preocupada”, una parte de una frase “no sabes si...”, una palabra o expresión ambigua “muy chungo...”	Es importante hacerlo con respeto para que sirva de estímulo y no cree resistencias
Citación	Llamar la atención sobre algún aspecto que la persona no expresa o no lo expresa claramente	Requiere hacerse de modo respetuoso
Técnicas estructuradas	Material escrito estructurado (rejilla, frases incompletas...) con cuestiones para pensar sobre su situación.	A usar como estímulo cuando con las técnicas anteriores no se consigue el objetivo o para completar el proceso de consulta, etc. Se plantean en consulta o como tarea para casa.

Ejemplos de Técnicas de Expresión

“¿Cómo ves la alimentación de tu bebé?” “¿Qué te planteas en este tema?” (Preguntas abiertas).

“¿Cuál es tu experiencia respecto al tema del ejercicio físico?” (Preguntas abiertas).

“Hablemos, si te parece, de este momento de tu vida. ¿Cómo estás? ¿Qué es lo que más te preocupa?” (Preguntas abiertas).

“¿Has pensado algo en relación con la anticoncepción?” (Preguntas abiertas).

“¿Cuál es tu experiencia respecto al parto?” (Preguntas abiertas).

“Entiendo que el ejercicio es para ti una agradable experiencia de juventud y que ahora se te hace un poco cuesta arriba porque te parece que requiere más vitalidad, esfuerzo y energía del que tú sientes que tienes ahora. ¿Es así? ¿Te he entendido bien?” (Escucha activa).

“Si entiendo bien, te sientes mal y lo que más te preocupa ahora es que sientes que la situación te supera un poco y no sabes bien qué decisión tomar. ¿Es así?” (Escucha activa).

“Has comentado que has decidido varias veces usar preservativo y has argumentado por qué. Creo que entiendo qué beneficios esperas obtener al utilizarlo pero no se bien qué beneficios obtienes no habiéndolo” (Citación).

Técnicas de Información

Ayudan a la persona a aumentar conocimientos que le permitan profundizar en la situación, verla de otra manera... Abordan fundamentalmente el área cognitiva.

TÉCNICAS DE INFORMACIÓN

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>	<i>Observaciones</i>
Información con discusión	Aportar información oral sobre un tema, facilitando las preguntas y la discusión	Es más eficaz si se utilizan recursos didácticos (esquema, lámina que facilite la comprensión, folleto...).
Repetición	Repetir los contenidos esenciales para su mejor comprensión y fijación	Seleccionar las informaciones más útiles y adecuadas a su situación. Repetir pero sin redundancia.
Verificación	Verificar la comprensión de los puntos claves del contenido	Requiere un clima muy tolerante para que no suene a examen.
Información participada	Preguntas abiertas para conocer sus puntos de partida y luego completar con información	Necesita un clima muy tolerante para que no suene a examen. Necesita más tiempo.
Lectura con discusión	Material escrito (folleto, artículo, ficha...) para leer y comentar	Usar dentro de la consulta o como tarea para casa y que plantee sus comentarios y dudas en la siguiente consulta.

Ejemplos de Técnicas de Información

Se aporta información sobre qué ejercicio físico hacer y se le pregunta si necesita más información o tiene alguna duda (Información con discusión).

Se le informa sobre prevención de accidentes domésticos y se le pregunta si quiere comentar algo (Información con discusión).

Se aporta información sobre señales de estrés y se le pregunta si la información está clara o quiere saber más (Información con discusión).

Información sobre qué es el alcohol y recomendaciones sobre el consumo de alcohol en adolescentes repitiéndola final los puntos clave; De lo que hemos comentado me gustaría que te llevases tres cosas: 1) Esta etapa suele ofrecer muchas oportunidades para beber alcohol, 2) El consumo de alcohol tiene riesgos y riesgos especiales en la adolescencia y 3) La decisión es tuya (Repetición)

Le preguntamos primero qué cambios está notando en esta etapa, explicamos los porqués de estos cambios y completamos la información (Información participada).

Se entrega una hoja informativa sobre salud y viajes y se le pide que la lea. Cuando la haya leído se le pregunta si tiene alguna duda o necesita alguna información más (Lectura con discusión).

Técnicas de Análisis

Ayudan al educando a pensar y facilitan que encuentre sus propias soluciones: analizar su situación y las posibles causas, cuestionar valores, actitudes y sentimientos, etc. Abordan sobre todo las habilidades cognitivas (de análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.) y también el área emocional, contribuyendo a trabajar actitudes, valores y sentimientos.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS

Técnica	Descripción	Observaciones
Resumir y ordenar	De lo que cuenta seleccionar los elementos que tengan una cierta hilazón y devolvérselos ordenadamente	Se ordena según criterios (los distintos tipos de factores implicados, aspectos que facilitan y dificultan el cambio, relaciones entre diferentes aspectos...) que ayuden a reelaborar la visión sobre tema.
Confrontar incongruencias	Manifestarle las discrepancias que se observan entre lo que piensa, siente, dice y hace el interlocutor.	Se requiere un clima especialmente cálido. Describir, no enjuiciar ni etiquetar.
Focalizar	Señalar algún elemento que parece estar jugando un papel importante en la situación.	Se señalan de manera respetuosa, como propuesta, no a modo de diagnóstico certero.
Personalizar	Proponerle que se centre en él o ella.	Se centra en lo que él o ella piensa, siente o hace, sin generalizar ni abstraer.
Ejercicios	Material escrito estructurado (casos, análisis de texto...) con cuestiones para reflexionar y profundizar sobre un tema.	A usar como estímulo cuando con las otras técnicas no se termina de profundizar suficiente sobre el tema o como tarea para casa para completar el trabajo de la consulta.

Ejemplos de Técnicas de análisis

"Bien, si te parece voy a intentar hacer un resumen de lo que dices para ver si he entendido bien. De las cosas que más te afectan hay algunas que tienen que ver con tu enfermedad (no es fácil hacerse a la idea, te cambia la vida...), otras que se relacionan con tu trabajo y tu grupo familiar (jornada continua, terminas tarde, a veces continuas y comes cerca del trabajo, otras comes corriendo para ir a buscar a tu hija, a veces comes sola y otras veces con tu pareja...) y otras que tienen que ver con tu forma de alimentarte (poco tiempo para comprar y cocinar, prisas, comida preparada, mucha ensalada y carne...) ¿He incluido todo? ¿Es esto?". (Resumir y ordenar).

"Entonces de lo que hemos visto hasta ahora podríamos decir que encuentras dificultades en relación con: a) el esfuerzo que te supone acudir a clase a una hora en la que ya acusas el cansancio b) mantener siempre libre esa hora, es decir que no aparezcan otras cosas también importantes, que tu pareja pueda acudir, etc." (Resumir y ordenar).

"Entiendo que las cosas que más te preocupan hay algunas que tienen que ver con el parto (temes no saber cuando llega la hora, te da miedo no responder, que le pase algo a la criatura o a ti), y otras que se relacionan con el después (la nueva vida, cómo será la criatura, si sabrás cuidarla y educarla...) ¿Es esto?". (Resumir y ordenar).

“Si he captado bien podríamos decir que respecto a la utilización del preservativo encuentras dificultades a) para obtenerlo: te da vergüenza comprarlo, te parece caro; b) para llevarlo: piensas que si te lo caza tu madre se va a armar una gorda, te preocupa que pensarán de ti...;c) para utilizarlo: no sabes cuando sacarlo, como proponerlo, te sientes inseguro...” (Resumir y ordenar).

“Dices que estas cuidando mucho tu alimentación y que ves que para ti es importante. Sin embargo comentas que cada vez tienes más celebraciones y que en éstas te permites siempre comer de todo sin ningún orden”. (Confrontar incongruencias).

“Si te entiendo bien, dices que para ti es la mejor hora para hacer ejercicio y a la vez que no crees que vas a poder ir, no sé hay algo que no concuerda ¿Puedes hablarme un poco más de ello?”. (Confrontar incongruencias).

“Dices que estas cuidando mucho y que ves que para ti cuidarte es importante. Sin embargo comentas que cada vez te dedicas más a tus hijos, hijas y nietos y eso te resta demasiado tiempo. No termino de ver si esto concuerda muy bien, ¿puedes hablarme un poco más de ello?”. (Confrontar incongruencias).

“Si te parece podemos analizar más el tema de los sofocos”. (Focalizar).

“Dices que te sientes vacía. Hablemos, si te parece, un poco más de ello” (Focalizar).

“Si te parece podemos analizar más el tema del picoteo”. (Focalizar).

“Dices que vives demasiado deprisa. Hablemos, si te parece, un poco más de ello” (Focalizar).

Técnicas de Desarrollo de habilidades

Ayudan a la persona a desarrollar habilidades concretas que le sirvan para actuar sobre su situación e introducir en ella los cambios que haya decidido. Trabaja fundamentalmente el área de las habilidades o aptitudes psicomotoras, personales y sociales.

TÉCNICAS DE DESARROLLO DE HABILIDADES

Técnica	Descripción	Observaciones
Demostración con entrenamiento	Explicar y hacer la habilidad de que se trate (preparación del biberón, relajación, respiración, ejercicio físico, colocación del preservativo, manejo de inhaladores) y pedirle que lo haga.	Es útil sobre todo para desarrollar habilidades psicomotoras.
Ayuda a la toma racional de decisiones	Ayudarle a dar los pasos de la toma racional de decisiones: Definir y analizar el problema Buscar y analizar alternativas Tomar la decisión más adecuada Programar la acción y practicarla	A utilizar sobre todo para desarrollar la habilidad personal de analizar situaciones y tomar decisiones.
Simulaciones operativas	Explicar el desarrollo de la habilidad de que se trate, plantear de forma oral o escrita alguna situación en la que esté implicada la habilidad y pedirle que piense y diga como lo haría.	Se usan sobre todo para desarrollar habilidades sociales.

Ejemplos de Técnicas de Desarrollo de Habilidades

Se explica y realiza la higiene postural y se le pide que la haga en la consulta verificando si la realiza conforme a lo propuesto y animando a las modificaciones necesarias (Demostración con entrenamiento).

Se explica cómo se coloca un preservativo a la vez que se desenrolla y coloca en un modelo. Se le pide que lo practique en el modelo verificando que si se realiza de manera adecuada y comentando si hay que introducir algún cambio (Demostración con entrenamiento).

"Has decidido como alternativa sacar tiempo para ti. Si te parece vamos a analizar las posibilidades que se te plantean". Se le pide primero que enumere todas las posibilidades de sacar tiempo para sí, comentándole que cuántas más se le ocurran mejor, le parezcan posibles o irreales. Después se le plantea analizar las distintas alternativas, señalando los cambios que tendrían que darse. Luego se le pide que analice las dificultades par introducir esos cambios y alternativas a las dificultades. Después se le pide que elija una que le guste y que piense que pueda ser factible para experimentarla entre consulta y consulta. (Ayuda a la toma de decisiones)

"De lo que hemos comentado entiendo que tu elección es practicar ejercicio físico. Si te parece vamos a ir por partes. Primero comentas posibles alternativas y luego las dificultades para ponerlas en marcha. Si te parece puedes elegir la que tenga o menos dificultades o más posibilidades de vencer las existentes. Luego si te parece la llevas a la práctica y me comentas cómo te ha ido." (Ayuda a la toma de decisiones).

Se plantea la comunicación yoica (desde el yo, desde lo que se piensa y vive) como herramienta para controlar la hipertensión dado que el usuario expresa como barrera el que su pareja no le deja vivir, no hace más que darle recomendaciones y no considera su situación. Se explica en qué consiste: Describir brevemente la situación o el comportamiento que te gusta, te molesta o te crea problemas, etc. describiendo (y no enjuiciando) el comportamiento de que se trate y las consecuencias que tiene para ti y comentando también los sentimientos que te provoca. Se le pide que piense y diga como se lo comunicaría a su pareja desde los mensajes yo. Se analiza la comunicación. (Simulación operativa).

Se explica y practica la comunicación yoica como respuesta a una situación que plantea una usuaria: Su pareja le dice que cada día le desea más y quiere tener relaciones sexuales más a menudo pero a ella cada día le apetece menos (Simulación operativa).

Otras técnicas

Otras técnicas que se usan a lo largo de todo el proceso educativo, especialmente en situaciones que conlleven fuerte carga emocional, situaciones de cambio, etc.

- **Apoyo emocional:** Reconocer explícita y claramente los sentimientos manifestados, hablar en plural del problema, vislumbrar el futuro, suyo o de otras personas en su situación, ofrecerle ayuda. Es muy importante la empatía.
- **Connotación positiva:** Puede utilizarse a lo largo de todo el proceso de relación de ayuda. consiste en 2 aspectos: 1) animar, demostrarle a la persona que le creemos capaz de afrontar su situación y reforzarle positivamente, 2) destacar aspectos positivos de las distintas cosas que comenta, que a veces la persona ve y vive más en negativo que en positivo.

Como apoyo a todos los tipos de técnicas es útil el uso de recursos educativos de distintos tipos: visuales, sonoros, audiovisuales, impresos y otros (objetos reales que facilitan el aprendizaje...), como se ha dicho anteriormente.

MÉTODOS Y TÉCNICAS GRUPALES DIRIGIDAS AL APRENDIZAJE

Al igual que para la educación individual, para promover procesos de educación grupal que favorezcan aprendizajes significativos, se requiere el uso de métodos y técnicas educativas activas y diversas, según los objetivos y contenidos que pretendemos y los procesos y estilos de aprendizaje del educando. Aquí se plantea la clasificación de Métodos y técnicas educativas según sus objetivos de aprendizaje ya citada y se detallan diversos tipos de técnicas dentro de cada método.

CLASIFICACIÓN DE METODOS Y TÉCNICAS EDUCATIVAS GRUPALES

PROCESO DE APRENDIZAJE	MÉTODOS Y TÉCNICAS GRUPALES
Expresar su situación: preconceptos, experiencias, vivencias, creencias...	METODO DE INVESTIGACIÓN
Aumentar o reorganizar informaciones	METODO EXPOSITIVO
Analizar y reflexionar sobre causas, factores relacionados, área emocional...	METODO DE ANÁLISIS
Desarrollo o entrenamiento en habilidades	METODO DE DESARROLLO DE HABILIDADES
Otros objetivos	OTROS MÉTODOS DE AULA Y FUERA DE AULA

Técnicas de Investigación en aula

Se utilizan fundamentalmente al inicio de una actividad educativa y al comenzar un nuevo bloque de contenidos.... Facilitan al grupo la expresión, organización y colectivización de sus puntos de partida: experiencias, vivencias y conocimientos previos.

Sirven en general como punto de partida para trabajos posteriores de análisis, contrastar con otras informaciones, etc. Abordan sobre todo los objetivos y contenidos del área emocional de la persona, aunque también la cognitiva (conocimientos, creencias...) y la de habilidades.

Tipos

Tormenta de ideas, Phillips 66, rejilla, cuestionarios (abiertos, cerrados, de frases incompletas), foto-palabra...

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN EN AULA

Técnica	Descripción	Observaciones
Tormenta de ideas	Se pide al grupo que en una o dos palabras expresen una idea o significado que para ellas y ellos tiene una palabra o frase dada: "parto", "cuidarse". Se recoge fielmente y se devuelve al grupo un resumen.	Permite expresar sólo 1 idea. Es la que menos tiempo utiliza.
Phillips 66	Se propone al grupo que se divida en grupos pequeños de 6 personas y que durante 6 minutos expresen ideas sobre un tema: el estrés, la menopausia... Alguien del grupo las recoge y las presenta al intergrupo. Se recoge y se devuelve al grupo un resumen de las aportaciones.	Permite expresar algunas ideas. Utiliza más tiempo que la tormenta de ideas y menos que la rejilla.

Rejilla	Se propone que, en grupo grande o en pequeños grupos y con la rejilla diseñada (un enunciado y dos o tres partes: Cambios que se están produciendo: en ti, en tu vida...), expresen sus experiencias, vivencias... Se recoge y devuelve al grupo un resumen.	Permite mayor profundidad de expresión que las anteriores. Se utiliza más tiempo.
Cuestionario	Se les pide que en trabajo individual, en parejas o en grupos pequeños trabajen un cuestionario de respuestas abiertas o cerradas. Se pone en común, si procede. Se sistematiza y devuelve al grupo lo trabajado.	Se centra en los aspectos que plantea el cuestionario.
Fotopalabra	Sobre un tema dado, en grupos pequeños o grupo grande cada persona escoge una foto entre las que se presentan explicando por qué la ha elegido.	Favorece la expresión de emociones y vivencias. Puede resultar más difícil de gestionar para el educador o educadora.

Preparación

1. Selección y preparación del tipo de técnica.
2. Definir los objetivos didácticos (expresar y compartir experiencias previas...o conocimientos previos o vivencias...) y la técnica a utilizar (tormenta de ideas, rejilla, phillips 66...).
3. Preparar la técnica: pregunta (si es una tormenta de ideas), el encabezamiento y las partes (si es una rejilla), el tema sobre el que hablar (en el phillips 66)...
4. Tener en cuenta el vocabulario (cercano a la experiencia del grupo, adecuado a su práctica...)
5. Considerar el tiempo necesario para la tarea que se propone: la reflexión individual, la expresión en el grupo, el intergrupo...

Realización

El rol del educador o educadora se centra en:

- a) Proponer al grupo la Actividad: Se presenta y pacta la tarea (el tipo de técnica seleccionada y el tema), el tiempo, los recursos didácticos a utilizar, su papel, lo que le pide al grupo y los procedimientos de trabajo.
- b) Facilitar al grupo la tarea prevista, es decir, la comunicación y colectivización de experiencias o vivencias previas:

Posibilitar la participación de todos los miembros del grupo (proponer una ronda, invitar al grupo a hablar en el orden que quieran, invitar con la mirada a participar a quien todavía no lo ha hecho...), validando todos los puntos de partida y evitando discusiones (las experiencias pertenecen a cada persona y todas son válidas para el aprendizaje).

Recoger todas las informaciones que aporte el grupo por sumatoria y fielmente. Se puede recoger la información en la pizarra, en el papel, etc.

Tanto si esto se realiza en grupo grande directamente o primero en grupo pequeño y después se pone en común, se trata al final de ordenar, resumir y devolver al grupo un resumen de la información compartida, así como explicar el trabajo posterior a realizar en relación con esta información previa.

- c) Posibilitar un clima de aula tolerante, útil al aprendizaje.

Ejemplos de Técnicas de Investigación en aula

Ejemplo 1

Rejilla: Hablando de la diabetes.

Se trata de una *Rejilla*, una técnica de investigación en aula que se puede utilizar al inicio del trabajo educativo en Diabetes para facilitar que el grupo exprese, reorganice y comparta, en la medida que lo desee, las vivencias y experiencias personales en relación con el diagnóstico de esta enfermedad y a partir de ahí avanzar en su elaboración y asunción.

Se propone al grupo subdividirse en grupos pequeños y trabajar el material 1ª sin discutir. Las experiencias son las que son. Todas las experiencias son válidas. Se pone en común. Se recoge lo trabajado y se devuelve al grupo un resumen: *"De lo que decís entiendo que estamos personas con múltiples y diversas experiencias. Comentáis que en general la diabetes ha producido algunos cambios en nuestras vidas: a) personalmente: cuesta mentalizarse; es duro cuidarse; es difícil saber exactamente lo que hay que hacer; hay que pensar todo más; a veces nos sentimos limitados y limitadas, como con menos vitalidad, más sensibles a todo; b) en el entorno: a la familia también le cuesta, a veces nos ayuda y a veces sentimos que no quieren saber nada; en la vida social te hace ser protagonista, dificulta las relaciones, hay que decir no, no es fácil arreglarse con el trabajo, etc."*

MATERIAL 1: Hablando de la diabetes

(Fuente: Educar en salud II. Procesos crónicos. Experiencias de Educación para la Salud en atención Primaria. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra)

El diagnóstico de una enfermedad crónica siempre crea una cierta ansiedad y nos provoca reacciones de distinto tipo: desorientación, rabia, tristeza, angustia, incomodidad... Después la vamos encajando y logramos un cierto reequilibrio.

Si os parece y en la medida que le salga a cada cual, vamos a reflexionar y compartir algunos aspectos de nuestra experiencia para partir y avanzar desde ella. Comentad algunas cosas de cómo habéis vivido, cómo os ha afectado, lo que os cuesta y qué ha cambiado:

- Fuera de casa

- En casa

Ejemplo 2

CUESTIONARIO DE FRASES INCOMPLETAS. Nuestra situación respecto al tabaco.

Se trata de una técnica de investigación en aula que se puede utilizar en los inicios del trabajo educativo de Ayuda a Dejar de Fumar para que el grupo exprese, organice y colectivice sus experiencias y vivencias y a partir de ellas profundice en su situación (aumentar conocimientos, analizar las dificultades y apoyos, buscar alternativas...), cese y se mantenga sin fumar.

Se les propone que primero de forma individual y luego en pequeños grupos trabajen el Material 2. Se pone en común y se devuelve un resumen de lo trabajado.

MATERIAL 2: Nuestra situación respecto al tabaco. Frases incompletas

Fuente: Ayudar a Dejar de Fumar: Protocolos de actuación para profesionales de salud. Instituto de Salud Pública.
Gobierno de Navarra)

Fumar es para mí

Encenderme un cigarrillo me supone

El fumar me ayuda a

Creo que el tabaco

Cuándo fumo siento

Cuándo llevo un tiempo sin fumar

Pensar en dejar de fumar

Ejemplo 3

CUESTIONARIO. La experiencia de cuidar

Se trata de una técnica de investigación en aula que se puede utilizar en los inicios del trabajo educativo con un grupo de personas cuidadoras para favorecer que el grupo exprese, reorganice y comparta sus vivencias y experiencias y a partir de ellas trabajar el "Cuidar Hoy".

El material procede del cuadernillo Cuidar y Cuidarse (Instituto de Salud Pública, Gobierno de Navarra).

Se les pide que en grupos pequeños trabajen el Material. Se pone en común contando una persona de cada grupo lo han trabajado. Se recoge y devuelve lo que dicen.

Para pensar...

Cuidar a otra persona supone.....

Me resultan cosas positivas y satisfacciones.....

Vivo como cosas negativas o dificultades.....

Qué tipos de cuidados realizas: (marca con una cruz):

▪ Generales:

Compras

☐

Limpieza

☐

Cocina

☐

Traslados

☐

Ropa

☐

Gestiones

☐

▪ Cuidado personal:

Alimentación

☐

Vestido

☐

Aseo

☐

Movilidad

☐

▪ Cuidados sanitarios:

Medicación

☐

Acompañar en
hospitalizaciones

☐

Curas

☐

o consultas

☐

Rehabilitación

☐

▪ Cuidado y apoyo emocional:

Escucha

☐

Consolar, animar

☐

Dar cariño

☐

Compañía

☐

▪ Cuidado del ocio y relaciones:

Entretenimiento

☐

Ayuda a tareas escolares

☐

(leerle, jugar..)

Favorecer relaciones sociales

☐

Dar conversación

☐

▪ Otros.....

▪ Vigilancia

.....

▪ Responsabilidad

.....

▪ Cuidados del ambiente

.....

Técnicas expositivas

Son útiles fundamentalmente para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías o estudios. Abordan sobre todo los conocimientos, hechos y principios dentro del área cognitiva, aunque también, en parte, las habilidades cognitivas.

Tipos

Distintos tipos de exposiciones teóricas, lectura con discusión, vídeo con discusión...

Técnica	Descripción	Observaciones
Exposición con discusión	Se presenta y expone un tema, teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo. Se discute de forma libre o estructurada (las y los participantes a nivel individual, parejas, grupos... piensan y plantean dudas, comentarios, etc)	Es importante la selección de contenidos y también los procesos de comunicación: como se cuentan los contenidos y la relación con la persona y el grupo.
Lectura con discusión	Se les propone que de forma individual lean un documento escrito (folleto, artículo, fichas...) con información sobre un tema y luego, si procede, discutan en pequeños grupos sobre dicha información. Puesta en común y discusión en grupo grande.	Requiere material escrito comprensible y que se adapte al grupo. Es recomendable leerlo antes desde la perspectiva de las personas a las que va dirigido.
Vídeo con discusión	Se les pide atención a un vídeo que expone información sobre un tema. A continuación o a intervalos se plantea un coloquio sobre lo que se ha escuchado.	A veces es difícil encontrar un vídeo que se adapte al grupo. Es útil usar una guía de preguntas para facilitar la discusión.
Lección participada	Primero se les plantea que expresen sus conocimientos previos sobre un tema y posteriormente se realiza una exposición sobre el mismo, completando la información que ha salido. Se finaliza con una discusión, dudas...	Necesita más tiempo. Requiere un clima tolerante y que no suene a examen.

Preparación

1. Preparar el contenido y seleccionar la técnica:

Preparar: a) Definición inicial del objetivo, el tema y el esquema o partes de la exposición... y el tiempo; b) Coherencia y lógica del contenido. Seleccionar contenidos útiles y adecuados al grupo y organizarlos con un itinerario lógico tendente a maximizar su comprensión; c) Resumen final

Selección de la técnica: exposición con docente, exposición en vídeo...

2. Preparar los Procesos de comunicación entre educador/a y grupo:

- Equilibrar el tiempo palabra/tiempo escucha. El tiempo palabra que utiliza el educador o educadora para exponer (el educador/a tiene el contenido estructurado y organizado) es siempre más breve que el que utiliza quien la escucha para incorporar la información. Para equilibrarlos:

Distribución de resúmenes.

Mensajes permanentes que estabilicen visualmente los puntos importantes.

Vocabulario adecuado a las y los oyentes.

Poner ejemplos.

Pararse y retomar puntos clave o esclarecer puntos de difícil comprensión.

- Compensar la unidireccionalidad del método. Favorecer espacios de interacción en el grupo: discusión final o por partes, interrupciones funcionales..., además de la disposición del espacio (ver más adelante).

3. Recursos didácticos: visuales, sonoros, audiovisuales...y otros, como objetos reales. Cartel con dibujo, resumen o índice... rotafolios, transparencias, diapositivas...

4. Espacio. Es útil que el espacio posibilite comodidad al educador/a y también una mayor interacción en el grupo. Una disposición cuadrada, circular, en semicírculo... es más favorable.

Realización

El trabajo de la educadora o educador se centra en:

a) Proponer al grupo la Actividad, presentarla y pactarla.

b) Facilitar al grupo la tarea prevista, es decir, la comprensión de la información:

Exponer según lo preparado.

Favorecer y gestionar la discusión y centrarla en contenidos útiles.

Procurar espacios de bidireccionalidad y multidireccionalidad

c) Posibilitar un clima de aula tolerante, útil al aprendizaje.

Ejemplos de Técnicas expositivas

Ejemplo 1

LECTURA CON DISCUSIÓN ¿Qué es la Diabetes?

Material escrito (del Folleto La Diabetes, Instituto de Salud Pública, Gobierno de Navarra) que se puede entregar al grupo con el que se está trabajando en Educación en Diabetes y pedirles que lo lean de forma individual y que, en pequeños grupos, destaquen los aspectos que les han resultado más interesantes y las dudas.

¿Qué es la Diabetes?



Todos los alimentos mediante la digestión se deshacen en sus componentes básicos. Uno de ellos es el "azúcar" o glucosa.

La glucosa va a la sangre y se introduce en todas las células del cuerpo para proporcionarnos la energía necesaria para vivir y hacer cualquier actividad...

Quien introduce la glucosa de la sangre en las células como si fuese una llave es la insulina. La insulina la produce el páncreas, un órgano del cuerpo situado un poco más abajo del estómago.

La cantidad de glucosa que hay en la sangre se regula de manera automática. Cuando hay mucha glucosa en la sangre, el páncreas fabrica más insulina, manteniendo la cantidad estable.

En la diabetes la insulina no funciona bien (el páncreas no la fabrica o fabrica poca o la que fabrica no puede hacer su función adecuadamente...) y falla esta regulación automática de la glucosa.

Por ello en la diabetes ocurren dos cosas. Por una parte en la sangre hay demasiada glucosa. Si esto ocurre durante mucho tiempo puede dañar algunas partes del cuerpo como los ojos, los pies, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos. Este daño se llama "complicaciones" de la diabetes.

Por otra parte, llega poca glucosa a las diferentes partes del cuerpo donde se necesita... y la energía es necesaria para vivir.

Hay dos tipos de diabetes, tipo 1 y tipo 2. En este folleto encontrará informaciones principalmente sobre la diabetes tipo 2 y cómo controlarla para sentirse mejor y prevenir sus complicaciones.

En la Diabetes hay demasiado "azúcar" o glucosa en la sangre, pero no puede usarse para darnos la energía para vivir.

Esto ocurre porque la insulina (que se encarga en el cuerpo de esa tarea) no funciona bien.

Ejemplo 2

EXPOSICIÓN CON DISCUSIÓN. Beneficios de dejar de fumar.

Material escrito con un esquema para apoyar la información oral que se está aportando sobre el tema.

Beneficios de dejar de fumar

- En 8 horas, los niveles de CO y nicotina se reducen a la mitad
- En pocas semanas el gusto, olfato y tos matutina mejoran. Los pulmones se limpian.
- La función pulmonar se aproxima a la de quien nunca ha fumado tras 3 - 4 años.
- El riesgo de cardiopatía isquémica se reduce a la mitad tras un año
- El riesgo de cáncer de pulmón se reduce a la mitad tras 10 años
- El riesgo de mortalidad total se aproxima al de quien nunca ha fumado tras 10 - 15 años

Ejemplo 3

LECTURA CON DISCUSIÓN

Cuidados emocionales y de las relaciones

Material escrito (del Cuidar y Cuidarse, Instituto de Salud Pública, Gobierno de Navarra) que se puede entregar al grupo de personas cuidadoras con el que estamos trabajando, pedirles que lo lean y que, en pequeños grupos, lo comenten y , si existen, planteen dudas.

CUIDADOS EMOCIONALES Y DE LAS RELACIONES

Los cuidados emocionales impregnan al resto y son el lado humano de la atención a la persona: facilitarle información sobre su proceso, potenciar su autoestima y autonomía, acompañarle en la elaboración de sus pérdidas, programar con ella sus metas y disfrutar de los éxitos...

Otra cosa importante para el bienestar emocional de la persona cuidada es potenciar su ocio y disfrute, así como ayudarle a mantener relaciones personales con familiares, amistades, asociaciones y grupos...

A continuación se describen algunas situaciones, que suelen resultar difíciles para la persona cuidada y para quien cuida. En todas ellas, es útil preguntar y pedir ayuda profesional.

Agresividad. Los comportamientos agresivos suelen ocurrir como consecuencia de sentimientos de incapacidad, de dependencia, de estorbo, depresión, cambios inesperados o algunos medicamentos. Para prevenirlos puede ser útil hacer el menor número posible de cambios en su vida diaria, fomentar su independencia, elogiarle cuando se comporte positivamente, intentar que realice cosas que le dificulten o impidan esos comportamientos, no prestarle atención cuando se comporta de modo agresivo...

Tristeza. La adaptación a las pérdidas, los sentimientos de soledad, la preocupación y la inactividad... pueden generar tristeza. La tristeza y la inactividad frecuentemente son un círculo vicioso. Para prevenirla son importantes la actividad, una relación que potencie su autoestima y autonomía y apoyarle emocionalmente.

Agitación, deambulación . En los comportamientos de agitación la persona manifiesta, de modo continuado, desasosiego y actividades repetitivas que no puede controlar. En la deambulación, andan por el mismo lugar repetidas veces, sin un motivo u objetivo concreto, son incapaces de permanecer sentadas o acostadas y están inquietas.

Se suelen producir en demencias, trastornos mentales y cuando se toman algunos medicamentos. Para prevenir estos comportamientos y daños asociados, es útil un ambiente tranquilo y una casa segura, mantener las rutinas, ayudarle a orientarse y que lleve alguna identificación.

Alucinaciones. En las alucinaciones se ven u oyen cosas que no son reales o se tienen ideas erróneas sobre la realidad. Suelen ocurrir en personas con enfermedades mentales.

Técnicas de análisis

Se utilizan sobre todo para analizar la realidad y sus causas, cuestionar valores, actitudes y sentimientos, etc. Abordan sobre todo las habilidades cognitivas (de análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.) y también el área emocional, contribuyendo a trabajar actitudes, valores y sentimientos.

En este grupo se incluyen distintos tipos de casos, así como análisis de textos (paneles, frases, refranes, canciones o publicidad), análisis de problemas y de alternativas de solución, discusiones de distintos tipos: en grupo pequeño o grande, abiertas o estructuradas, discusión en bandas (el grupo se divide en dos subgrupos y discuten entre ellos), ejercicios diversos, etc.

Tipos

Casos, discusiones de distintos tipos (en grupo pequeño o grande, abiertas o estructuradas, discusión en bandas), análisis de textos (texto, frases, testimonios, canciones, publicidad), ejercicios diversos, etc.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS

Técnica	Descripción	Observaciones
Caso	Historia con preguntas. Se pide al grupo que analice el caso (de forma individual, agrupaciones más pequeñas...) guiándose con las preguntas. Puesta en común y discusión. Resumen y conclusiones.	Se analiza y discute sobre la historia. Puede ser una historia escrita, escenificada, en vídeo...
Análisis de texto	Texto con preguntas. Generalmente se realiza en agrupaciones más pequeñas. Se pide al grupo que analice el texto guiándose con las preguntas. Puesta en común y discusión. Resumen y devolución al grupo de las conclusiones.	Se analiza y discute sobre lo que las personas o agrupaciones establecidas piensan en relación con el texto. El texto debe ser adecuado al grupo.
Discusión	Se plantea al grupo una discusión (libre, estructurada, en bandas...), centrada en cuestiones o preguntas y generalmente en agrupaciones más pequeñas. Puesta en común y discusión. Resumen y conclusiones.	Se analiza y discute sobre lo que las personas o agrupaciones establecidas piensan sobre el tema. A veces se llega a menor profundización que con las anteriores.
Ejercicios	Estímulos diversos para reflexionar y discutir sobre distintos aspectos de un tema. Puede realizarse de forma individual, en tríos, grupos pequeños... con intergrupo y resumen final.	Ayuda a reflexionar sobre las propias actitudes, valores y sentimientos o a la reflexión y análisis de un tema.

Preparación

1. Selección y preparación del tipo de técnica

- Definir los objetivos y seleccionar el tipo de técnica a utilizar (caso, análisis de texto...).
- Conocer el tema que se trate (lo que ya sabemos, bibliografía...).
- Definir las áreas, factores, actitudes, valores, modelos socioculturales... que se pretenden analizar y reflexionar, introducirlos en el tipo de técnica seleccionada y darle una coherencia narrativa.

2. Preparación de las preguntas

Procurar la coherencia de las preguntas con el objetivo y los factores o áreas de análisis; preguntas que favorezcan la reflexión, el relacionar diferentes aspectos, la búsqueda de soluciones...

3. Tener en cuenta en el vocabulario (adecuado al grupo, a su práctica...).

4. Considerar el tiempo necesario para la lectura, reflexión individual sobre las preguntas, discusión y contestación a las mismas...

Realización

El rol del educador o educadora se centra en:

a) Proponer al grupo la Actividad: Se presenta y pacta la tarea (el tipo de técnica seleccionado y el tema), el tiempo, los recursos didácticos, el papel del educador o educadora y lo que se le pide al grupo, los procedimientos...

b) Facilitar al grupo la tarea prevista, es decir la reflexión, el análisis:

- Se lee, cuenta, visualiza, dramatiza... la historia, texto... y se da un tiempo para pensar individualmente sobre las preguntas o cuestiones.
- Se facilita la discusión en el grupo, favoreciendo el análisis con la mayor profundidad posible:

Facilitar la expresión de lo que cada cual ha pensado sobre las preguntas (ronda ó no).

Centrar la discusión en el tema Coordinar la discusión: proponer procedimientos, facilitar la participación de todos...

Favorecer la profundización en el análisis a través de preguntas que ayuden a la reflexión.

Sintetizar y devolver un resumen de lo expresado y discutido: hacer de memoria del grupo.

c) Posibilitar un clima de aula tolerante, útil al aprendizaje.

Como ya se ha citado, para el apoyo a todos los tipos de técnicas es útil el uso de recursos educativos de distintos tipos: visuales, sonoros, audiovisuales, impresos y otros, como objetos reales que facilitan el aprendizaje.

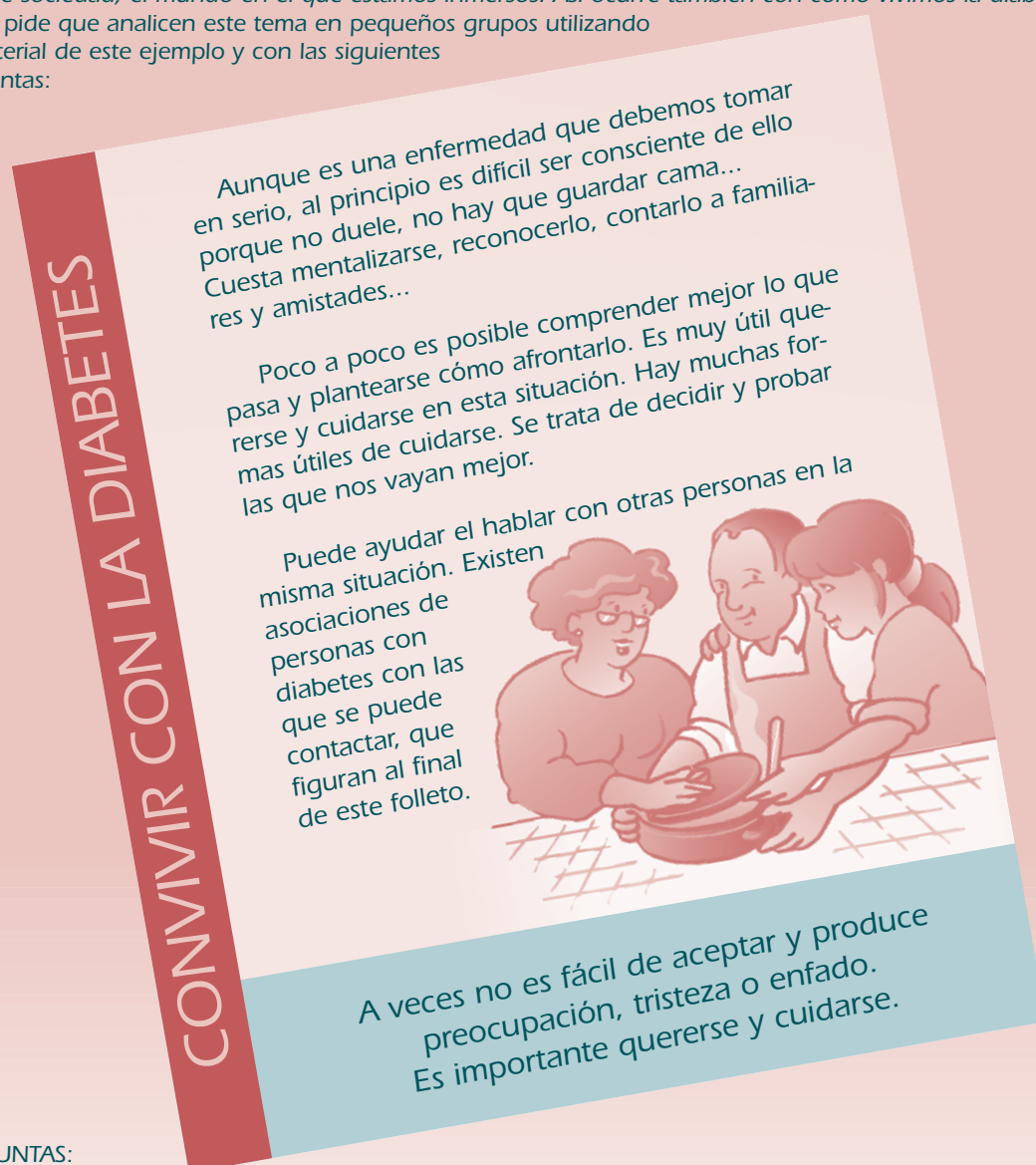
Ejemplos de Técnicas de análisis

Ejemplo 1

ANÁLISIS DE TEXTO. Convivir con la diabetes.

Material (del folleto La Diabetes, Instituto de Salud Pública, Gobierno de Navarra) que se puede entregar al grupo con el que estamos trabajando la diabetes para analizar y reflexionar sobre qué supone tener diabetes y frecuentes reacciones frente al diagnóstico.

En el grupo planteamos: *“En cómo vivimos y sentimos las cosas que nos pasan en la vida influyen nuestras características personales, el entorno próximo en que vivimos (el grupo familiar, el trabajo, el barrio...) y el tipo de sociedad, el mundo en el que estamos inmersos. Así ocurre también con cómo vivimos la diabetes”*. Se les pide que analicen este tema en pequeños grupos utilizando el Material de este ejemplo y con las siguientes preguntas:



CONVIVIR CON LA DIABETES

Aunque es una enfermedad que debemos tomar en serio, al principio es difícil ser consciente de ello porque no duele, no hay que guardar cama... Cuesta mentalizarse, reconocerlo, contarlo a familiares y amistades...

Poco a poco es posible comprender mejor lo que pasa y plantearse cómo afrontarlo. Es muy útil quererse y cuidarse en esta situación. Hay muchas formas útiles de cuidarse. Se trata de decidir y probar las que nos vayan mejor.

Puede ayudar el hablar con otras personas en la misma situación. Existen asociaciones de personas con diabetes con las que se puede contactar, que figuran al final de este folleto.



A veces no es fácil de aceptar y produce preocupación, tristeza o enfado. Es importante quererse y cuidarse.

PREGUNTAS:

¿Qué dice el texto respecto a lo que suele pasar cuando te dicen que tienes diabetes?

¿Qué otras reacciones pueden darse?

¿Qué plantea el texto respecto a aceptar que se tiene diabetes? ¿Qué lo hace más fácil y más difícil?

¿Merece la pena “tomar en serio la diabetes”?

En los grupos identifican factores de todo tipo y discuten sobre ellos. Lo ponemos en común profundizando en el análisis, cuando sea necesario. Se realiza un resumen.

Ejemplo 2

CASO. Factores relacionados con el dejar de fumar.

Historia con preguntas que se puede utilizar para trabajar los factores relacionados con el dejar de fumar con un grupo de personas que ha decidido hacerlo. Se propone al grupo que en pequeños grupos analice el caso siguiendo las preguntas. Se pone en común lo trabajado en los grupos. Se les devuelve un resumen:

“En todos los grupos encontráis cosas que os parece que le facilitan a Pedro dejar de fumar y otras que creéis que le dificultan llevar a cabo esta decisión. Entre las cosas que consideráis como dificultades hay algunas que pertenecen al medio, en este caso a la sociedad en que vivimos (el que sea muy fácil encontrar los cigarrillos y los veas en todas partes, la vida social asociada al tabaco) y otras que son también más personales (le encanta el cigarro después de comer, la dependencia a la nicotina y el miedo que tiene a ponerse de genio, a no poderse controlar). Entre las cosas que pensáis que le pueden ayudar a dejarlo hay unas que pertenecen al entorno en el que vive (algunos amigos no fuman) y otras que son más personales (no le sientan bien los cigarrillos, les preocupan posibles consecuencias como el cáncer, sabe que suele lograr lo que se propone, piensa que sabrá recurrir a sus amistades). ¿Os parece que esto resume un poco lo que habéis trabajado en los grupos?”

MATERIAL 2: Factores relacionados con el dejar de fumar. El caso de Pedro (Fuente modificada: Ayudar a Dejar de Fumar: Protocolos de actuación para profesionales de salud)

Pedro tiene 32 años y se crió en un barrio de unos 6.000 habitantes, en una cuadrilla con gente distinta. Empezó a fumar hace 15 años, en una época en la que no había tanto lío con esto de fumar, a su alrededor mucha gente fumaba y nadie se planteaba las consecuencias negativas del consumo.

En su zona, la vida social gira en la calle y alrededor de los bares. Allí está la gente, parte de ella fuma, está bien visto fumar y el tabaco tiene presencia: las amistades invitan, la publicidad lo promociona, en muchos sitios está disponible, comprarlo es fácil...

Para él fumar es todo un rito, hacerse uno más entre todos, compartir, relacionarse. Antes el fumar sólo tenía ventajas, pero ahora ve que el tabaco también le da problemas. Nada más levantarse fuma y enseguida empiezan las toses y además le entran ganas de vomitar. Luego ya le sientan mejor. Sobre todo el de después de comer que le encanta.

Varias veces ha intentado dejar de fumar (una vez estuvo incluso mes y medio sin fumar), pero, como él dice, al final la nicotina le atrapa y ante su mal humor y las ganas de fumar, cede.

Ahora ha decidido dejarlo definitivamente. No solo le sienta peor que antes sino que además le preocupan las cosas que se dicen: cáncer, morir del corazón..., sobre todo la idea del cáncer de pulmón le horroriza. Además él cuando se ha empeñado en algo, casi siempre lo logra, aunque tiene miedo a estar irritable e insoportable, a no conseguirlo, etc.

Sus amigos, unos fuman y otros no. Piensa que en un momento dado, sabrá recurrir a ellos: pedir ayuda si la necesita, hacer oídos sordos a sus bromas, etc.

Cree que la marcha sin fumar no será lo mismo, pero en cambio piensa que para otras cosas le vendrá mejor.

CUESTIONES:

1. ¿Piensas que éste es un caso real?
2. ¿Qué factores pueden facilitarle y cuáles dificultarle a Pedro el proceso de dejar de fumar?

Ejemplo 3

ANÁLISIS DE FRASES. Cuidar en nuestra sociedad.

Es un tipo de Análisis de texto que se puede utilizar para trabajar los factores relacionados con el cuidar hoy en nuestra sociedad con un grupo de personas cuidadoras.

Se introduce el tema: “La experiencia de cuidar que comentábamos el otro día es una experiencia compleja en la que intervienen factores de todo tipo: socioculturales, familiares y personales, que influyen tanto en la persona cuidadora como en la persona cuidada”. Se les propone analizar esta realidad compleja. Se les pide que en pequeños grupos y con el Material 3 identifiquen y analicen la visión que da el texto sobre el cuidar siguiendo las preguntas. Se pone común lo trabajado y se les ayuda a profundizar en el tema. Se les devuelve un resumen de lo analizado.

MATERIAL 3: Cuidar en nuestra sociedad. Análisis de frases.

(Fuente: “Cuidar y Cuidarse”, Instituto de Salud Pública, Gobierno de Navarra)

Estas son algunas frases sobre el cuidar que se comentan en nuestra sociedad.

Nuestra sociedad ha asignado a las familias y más a las mujeres el cuidado de las personas.

El cuidado de las personas no es una obligación familiar sino de los Servicios públicos.

Cuidar a alguien es un trabajo no pagado...y se valora muy poco en nuestra sociedad.

Las mujeres tienen más capacidades naturales para cuidar.

En la vida actual hay muchas maneras de organizarse para cuidar.

PREGUNTAS:

Respecto al cuidar, el texto:

¿Qué idea da del cuidar?

¿Qué papel atribuye a la sociedad?

¿Qué papel atribuye al grupo familiar?

¿Qué papel atribuye a las mujeres? ¿y a los hombres?

¿Qué otros factores influyen en el cuidar?

Técnicas de desarrollo de habilidades

Son esencialmente útiles para entrenarse en habilidades concretas (psicomotoras, personales y sociales) y para desarrollar la capacidad de actuar, de comportarse en situaciones reales. Trabajan fundamentalmente el área de las habilidades o aptitudes, psicomotoras, personales y sociales.

Tipos

Demostración con entrenamiento y ejercitaciones de distintos tipos, análisis de situaciones y toma de decisiones, simulaciones operativas, rol-playing, juegos, etc.

TÉCNICAS DE DESARROLLO DE HABILIDADES

Técnica	Descripción	Observaciones
Demostración con entrenamiento	Se explica y a la vez se realiza una determinada habilidad psicomotora. Posteriormente se pide al grupo que la realice. El docente monitoriza su realización.	El desarrollo de la habilidad precisa de varias sesiones de entrenamiento (En aula o fuera del aula).
Simulación operativa	Se explica una habilidad social. Se trabaja su aplicación en una o varias situaciones reales o ficticias, valorando su realización conforme a los criterios explicados	Trabaja a nivel inicial o superficial las habilidades sociales.
Rol playing	Se explica una habilidad social. Una pareja o una parte del grupo trata de aplicarla en una escenificación de roles. El resto observa su desarrollo, generalmente con un guión. Puesta en común, sobre lo observado respecto al modelo teórico y su aplicación real.	Trabaja las habilidades sociales a un nivel más profundo. Requiere formación del docente. Necesita más tiempo que la anterior.
Ayuda a la toma racional de decisiones	Se explica la habilidad de toma de decisiones. Se plantea su aplicación en diferentes situaciones.	La toma de decisiones caracteriza a la edad adulta. Cada persona es protagonista de sus propias decisiones. Cada profesional también.

Preparación

1. Seleccionar y preparar el tipo de técnica.

- Definir el objeto de trabajo (habilidad psicomotora, toma de decisiones, habilidad de comunicación...) y la técnica a utilizar (demostración con entrenamiento, toma de decisiones, role playing...).
- Preparar la exposición sobre la técnica.
- Preparar la práctica que se propone al grupo: demostración, role playing, simulación operativa...

2. Considerar el tiempo necesario para la exposición y para el desarrollo de la técnica.

Realización

El trabajo del educador o educadora se centra en:

a) Proponer al grupo la Actividad prevista.

b) Facilitar la tarea del grupo, en este caso el desarrollo de la habilidad:

Explicar la teoría (a veces a la vez se realiza) y pedir al grupo que la practique

Observar la práctica del alumnado y analizarla desde los modelos y criterios planteados en la exposición teórica, pero no de forma rígida sino valorando la multiplicidad de alternativas útiles para afrontar cualquier tema en la realidad y analizando sus ventajas e inconvenientes.

Utilizar actitudes especialmente empáticas, de descripción y orientación más que de juicio y control, así como de valoración positiva y de refuerzo del grupo. Es importante también el uso de habilidades de escucha y comunicación.

c) Resumir y exponer las conclusiones al grupo.

d) Posibilitar un clima de aula agradable, útil al aprendizaje.

Ejemplos de Técnicas de desarrollo de habilidades

Ejemplo 1

DEMOSTRACIÓN CON ENTRENAMIENTO. Relajación.

Material que puede utilizarse para explicar y a la vez realizar la relajación para que el grupo la conozca, pedirles que la hagan y monitorizar su realización, evaluando los desajustes que se producen respecto a su realización.

MATERIAL: Relajación

Hay muchas técnicas de relajación. Una de las más sencillas es la relajación rápida. Para aprenderla se necesita al principio varias sesiones de 10 minutos y practicarla todos los días. Después, unos pocos minutos bastan. Se trata de tensar todos los grupos de músculos a la vez durante 5 segundos:



*Cerrar los puños
Doblar los brazos por los codos intentando tocarse los hombros con los puños
Encoger los hombros
Apretar la cabeza hacia atrás y tensar la nuca
Cerrar los ojos y apretarlos con fuerza, los dientes y los labios
Extender las piernas y tensar los músculos de la tripa y el estómago*

Después, dejarse caer en el sillón permitiendo que todo el cuerpo se relaje lo más posible y concentrarse en una imagen mental relajante: un río, un paisaje, una playa...



Ejemplo 2

SIMULACION OPERATIVA. Habilidades de comunicación.

Material que puede utilizarse para explicar la habilidad de comunicación con un grupo de personas con enfermedades crónicas y trabajarla en la situación concreta que ofrece el texto.

MATERIAL: Habilidades de comunicación 1

Juana tiene cita para acudir el viernes a consulta médica al Centro de Salud. No se encuentra muy bien físicamente y tiene una situación de vida complicada, lo que le hace sentirse más triste e insegura. Quiere que su marido le acompañe.

Posibles formas de pedirselo:

1. Postura agresiva:

El viernes tengo que ir a consulta. Cuando te toca a ti siempre te acompaño. Estoy harta de que tú nunca me hagas caso.

2. Postura pasiva:

Me han dado hora para la visita para el viernes por la mañana, a la hora del paseo... Bueno, ya iré yo sola.

3. Postura asertiva:

El viernes me toca revisión en el Centro de Salud. Me gustaría que me acompañases. Últimamente no me encuentro muy bien y me siento más sensible e insegura, como con más miedos. En esta ocasión creo que me ayudaría ir contigo, ¿cómo lo tienes?

Ejemplo 3

ROL PLAYING. La escucha.

Se explican los pasos de la escucha activa y empática y sus efectos positivos en la relación parental. Pasos: a) ponerse en la situación del hijo o de la hija y conectar con su punto de vista, b) recoger el mensaje completo, es decir, lo que dice y el sentimiento que le acompaña y c) comunicarle la comprensión de su situación y su carga emotiva. Se prepara y realiza un teatrillo: una persona hace de hija de 13 años que está muy preocupada por su peso y está intentando adelgazar pero le gustan mucho los dulces y no puede contenerse. Otra persona hace de padre o madre que trata de aplicar en esa situación la habilidad de escucha. El resto del grupo observa cómo se desarrolla el rol playing y si se cumplen o no los pasos de la escucha.

Ejemplo 4

AYUDA A LA TOMA RACIONAL DE DECISIONES.

Los primeros días sin fumar.

Material (de Ayudar a Dejar de Fumar: Protocolos de actuación para profesionales de salud; Instituto de Salud Pública, Gobierno de Navarra) que puede utilizarse para que el grupo con quien se trabaja se plantee dificultades y alternativas y tome decisiones para Dejar de Fumar.

MATERIAL: Los primeros días sin fumar

1. Comenta los síntomas experimentados durante estos días y los recursos utilizados para superarlos o controlarlos.

Síntomas
• Irritabilidad • Aumento de apetito

Forma de afrontarlo

2. ¿Qué otras cosas podríamos hacer para llevar mejor estos días?. (Reorganizar un poco la vida social, consumir más frutas y verduras, beber abundantes líquidos, reducir el consumo de café, controlar el alcohol, pasear, leer, realizar ejercicios de respiración o relajación, aumentar las actividades que me gustan...).

3. ¿Qué dificultades tendríamos para ello?

4. Piensa algunas alternativas para estas dificultades

Otras técnicas de aula y fuera de aula

Se pueden utilizar también otras técnicas de aula y de fuera de aula: investigaciones realizadas fuera del aula, distintos tipos de trabajos en grupo pequeño o grande, ejercicios, tareas para casa, etc.

Recordemos que como apoyo a todos los tipos de técnicas es útil el uso de recursos educativos de distintos tipos: visuales, sonoros, audiovisuales, impresos y otros, como objetos reales.

En el trabajo en educación para la salud, las y los profesionales que educan desempeñan un rol de facilitación, de ayuda y apoyo. En los paradigmas de la pedagogía activa es la o el educando quien aprende y el educador o la educadora quien ayuda, facilita y orienta desde enfoques de relación de ayuda.

El enfoque de relación de ayuda

Por relación de ayuda se entiende un planteamiento de fondo y un conjunto de conocimientos, valores, sentimientos, actitudes y habilidades del educador o educadora que se despliegan en determinadas situaciones, en este caso de información y educación para la salud, para acompañar a la persona o el grupo y favorecer su proceso educativo y, en definitiva, su salud y desarrollo personal.

El siguiente cuadro presenta un esquema con los diferentes elementos que configuran la relación de ayuda:

A QUÉ LE AYUDO			CÓMO LE AYUDO	
OBJETIVOS FINALES	CONTENIDOS	PROCESO DE APRENDIZAJE	MÉTODOS	ROL
DESARROLLAR CAPACIDADES	COMPORTAMIENTOS Y FACTORES PERSONALES Y SOCIALES RELACIONADOS	ENCUENTRO, CONTRATO Y DESPEDIDA CONSCIENCIA PROFUNDIZACIÓN AFRONTAMIENTO	DE RELACIONES DE EXPRESIÓN/DE INVESTIGACIÓN EN AULA DE INFORMACIÓN/ EXPOSITIVAS DE ANÁLISIS DE DESARROLLO DE HABILIDADES	FUNCIONES. Preparación y gestión de: Actividades educativas Tiempos y Espacios Clima y relaciones ACTITUDES BÁSICAS Congruencia Aceptación Empatía Valoración positiva HABILIDADES BÁSICAS: Toma racional de decisiones Comunicación Manejo de emociones y sentimientos

De entre las diversas aportaciones y perspectivas que se plantean respecto al rol del educador/a presentamos las que nos parecen más operativas que se centran en: a) las funciones, b) las actitudes y c) las habilidades. Describimos aquí algunos puntos – clave de estos tres apartados.

Funciones

Respecto a las funciones asociadas al rol del educador o educadora en educación de adultos, se describen como funciones: la preparación, antes de la intervención educativa, y la gestión, en la propia intervención, de las actividades educativas (contenidos, técnicas y recursos didácticos), así como del tiempo y las condiciones físicas en que se desarrolla el proceso de enseñanza - aprendizaje y del clima, como producto de las relaciones entre educador o educadora y educando o grupo de educandos. En la consulta habrá que personalizar los objetivos y contenidos preparados.

Actitudes, Valores y sentimientos

En cuanto a las actitudes más útiles para desempeñar el rol, se puede hablar de algunas actitudes básicas, generales, y otras más concretas.

Entre las *Actitudes básicas generales* están:

Congruencia. Rogers entiende la congruencia como genuinidad, ser uno mismo o una misma, coherencia, autenticidad.

Aceptación. Consiste en aceptar a cada persona o grupo como es, única, aquí y ahora, teniendo en cuenta diferentes aspectos: edad, sexo, físico, opiniones, valores, limitaciones y cualidades.

No se trata de estar de acuerdo ni compartir todas las ideas u opiniones de alguien; se trata de relacionarse desde como es cada cual y desde el rol de ayuda a través de actitudes y comportamientos de: escucha, invitar a hablar, preguntar...

Valoración positiva. Consiste en considerar al usuario o usuaria o al grupo como gente valiosa y con capacidad para actuar de una manera constructiva, otorgarle valor, confiar en él o ella.

Empatía. Se denomina empatía a: ponerse en el lugar de la otra persona, conectar con sus sentimientos, comprenderle y manifestar deseo de ayuda... Se considera como la interacción de procesos cognitivos (habilidades para reconocer e interpretar los sentimientos, pensamientos y puntos de vista de los demás) con procesos emocionales, tanto afectivos (conectar con lo que siente) como motivacionales (preocupación por ella y deseo de ayudarle).

En esta misma línea, ROGERS habla de 10 puntos ("The characteristic of a Helping Relationship", 1958, Conferencia de San Luis) como características de la "relación de ayuda" educador o educadora/educando:

1. ¿Tengo voluntad como individuo de ser percibido por la otra persona como congruente?
2. ¿Soy capaz de expresarme de forma suficientemente clara con la otra persona?
3. ¿Sé experimentar actitudes positivas respecto a otras personas?
4. ¿Soy suficientemente fuerte para mantener mi individualidad y estar separado de la otra persona?
5. ¿Me siento suficientemente segura o seguro como para permitir al usuario/a una existencia suya separada?
6. ¿Soy capaz de adentrarme en su mundo privado tan completamente que pierdo cualquier deseo de evaluar y juzgar tal mundo?
7. ¿Soy capaz de aceptar todos los aspectos de la otra persona y recibirla como es?
8. ¿Sé actuar en la relación interpersonal con suficiente sensibilidad para que mi comportamiento no sea percibido como una amenaza?
9. ¿Soy capaz de liberar a la otra persona del miedo de la evaluación externa?
10. ¿Sé valorar a la otra persona como una entidad que está viviendo un proceso de desarrollo, o en cambio no sé distanciarme de su y mi pasado?

En resumen, plantea Rogers “Si llego a considerar al otro o a la otra como una persona que vive un proceso de desarrollo, soy también capaz de confirmar o realizar sus potencialidades; soy capaz de ser un poderoso agente educativo de apoyo”.

En cuanto a las *Actitudes más concretas*, suelen relacionarse con el *Clima de la consulta o del grupo*. Green define el clima con un reflejo de la relación y comunicación del educador/educandos y de los educandos entre sí. Puede observarse y medirse, pero también describe los aspectos subjetivos e intangibles de la relación.

Diferentes autoras y autores describen diversas tipificaciones de climas en educación: centrado en la o el docente y centrado en la o el discente, climas autoritarios, laissez faire y democráticos...

Vaccani se refiere a que, dado “el mayor poder” al menos inicialmente, del educador o educadora, es él o ella quien determina fundamentalmente el clima de las relaciones que se dan en los procesos educativos. Relaciona el clima con los procesos de comunicación entre educadores y educandos y dice que lo más adecuado como rol educador es crear un clima tolerante útil al aprendizaje, frente a un clima defensivo. Algunas actitudes que se relacionan con estos climas son:

CLIMAS DEFENSIVOS Y TOLERANTES

<i>Climas defensivos</i>	<i>Climas tolerantes</i>
Juicio Control Rigidez Certeza Distancia Superioridad Subordinación	Descripción Orientación Flexibilidad Problematicidad Relación Paridad Autoridad “de servicio”

Algunos ejemplos sobre estas actitudes:

Juicio / Descripción, que suele darse en relación con preguntas o aclaraciones de información: intentar no entrar a determinados temas, responder a una pregunta despreciando su contenido por no coincidir con el del educador o por no saber responderla, expresar conductas no verbales positivas (sonrisa, asentimiento...) a quien opina como nosotros y lo contrario a quien no..... son actitudes de juicio frente a describir y situar cualquier tema, sin enjuiciar el tema ni a la persona.

Control / Orientación, en relación por ejemplo a las actitudes o decisiones de los educandos: decirles lo que tienen que pensar, sentir o hacer, frente a decir tus planteamientos, respetando lo que piensen, sientan o actúen la persona o grupo.

Rigidez / Flexibilidad, que suele darse por ejemplo con el control del tiempo de la consulta o los grupos, al plantearse que sean exactamente como los habíamos programado o dar márgenes de flexibilidad a los intereses y motivaciones de la persona o grupo.

Certeza / Problematicidad, que ocurre frecuentemente respecto a la evidencia o exactitud de las informaciones sanitarias o con los comportamientos a poner en marcha. Puede haber muchas opiniones y alternativas “útiles”. Se trata de situarlas, más que definir que haya una única manera “cierta” de entender las cosas o de actuar.

Distancia /Relación, Superioridad / Paridad y Subordinación / Autoridad de servicio:

Educador y educandos somos pares como personas, aunque desempeñamos un rol diferente en la actividad educativa. Al educador le toca asumir responsabilidades de gestión del proceso, que se expresan desde la cercanía en la relación y, como rol, en la autoridad de servicio al logro de los objetivos y contenidos pactados, sin autoritarismo ni distancia, acercándose con autenticidad a lo que a la persona o grupo le ocurre respecto al tema.

Habilidades

Para finalizar, las habilidades personales y sociales así como educativas necesarias para desempeñar un rol de educador o educadora incluyen algunas más generales y otras más concretas. Entre las primeras destacan: el análisis racional de situaciones y toma de decisiones, la comprensión empática, la escucha activa, la comunicación interpersonal, el autocontrol emocional, el manejo de conflictos y la negociación. Entre las segundas se podrían reseñar: resumir y devolver cuestiones, ayudar a pensar, conducción de reuniones, reforzar positivamente, manejo de grupos, manejo de discusiones y manejo de distintos tipos de técnicas y recursos educativos.

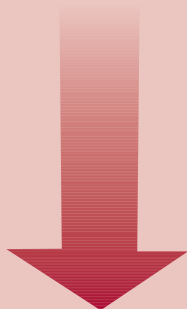
Las actitudes y habilidades de quien educa, así como las técnicas utilizadas deben adaptarse a la dinámica y etapas de evolución de un grupo. Entre las aportaciones de múltiples autores sobre este tema, las etapas que suelen definirse son: 1. Inseguridad al inicio, 2. Exposición, empezar a comunicarse, opinar y a “exponerse” al grupo, 3. Participación, con profundidad, arriesgándose a la confrontación, 4. Pertenencia, encontrar el espacio de cada cual en el grupo, gestionando así el poder, y 5. Por fin, Despedida.

Describimos a continuación las habilidades generales. Las habilidades de gestión de las técnicas y recursos educativos se han descrito en apartados anteriores (ver Métodos y Técnicas, páginas 60 - 94).

La toma racional de decisiones

El análisis de situaciones y toma de decisiones constituye una habilidad personal básica para la educación en consulta o en grupo. Favorece un planteamiento racional de las situaciones, tanto relacionadas con el aprendizaje de los contenidos como con las relaciones, en lo que afecta al educador o educadora y previene el sufrimiento y la frustración.

Para analizar las situaciones desde una perspectiva racional, son útiles los siguientes pasos, según Davis y otros:



0. Actitud positiva ante la situación y afrontamiento del problema.
1. Identificación y conocimiento del problema.
2. Análisis y valoración del problema.
3. Buscar y analizar alternativas.
4. Tomar la decisión más adecuada.
5. Programar la acción y ponerla en marcha

Un criterio básico para analizar situaciones y tomar decisiones útiles al aprendizaje es ¿de quién es el problema? ¿a quién causa problema la situación?. Según eso, las alternativas más útiles a poner en práctica serán diferentes:

- La situación causa problema al educando (no usa el preservativo, tiene dificultades para introducir el ejercicio físico de manera regular, está embarazada sin desearlo, llora en la consulta o en el grupo...). Alternativas a poner en práctica son la escucha y la comunicación, con respuestas que impliquen aceptación, escucha y comprensión. La responsabilidad de la solución y el cambio corresponden al educando.
- La situación tiene algún efecto sobre quien educa o sobre el grupo (llega reiteradamente tarde, acude a la consulta frecuentemente sin cita, interrumpe constantemente cuando hablas, habla constantemente con otra persona del grupo, molesta al resto, centra excesivamente los temas en su situación o su persona, acapara el tiempo de comunicación...). Alternativas a poner en práctica son: comunicación asertiva y desde el yo (qué situación y cómo afecta y sentimientos que produce), cambios en la organización de las consultas o del grupo, cambios en la ordenación de los contenidos, o en la comunicación y relaciones (proponer turnos de palabra, rondas...) etc.

Las decisiones que se toman tanto en educación individual como en grupal suelen tener que ver con el modelo de profesional y de usuario que se maneje, el rol que se les atribuye a ambos, con cómo se concibe la relación, etc. (profesional/ educador ideal, cliente o grupo ideal, qué me toca a mí, qué le toca a él, normas no explícitas sobre lo que puede pasar o no pasar en la consulta o en un grupo, sobre cómo hay que comportarse...).

La comunicación

La comunicación constituye una herramienta básica para la educación en salud, tanto individual como grupal. Es un elemento inherente a la relación educativa y también asistencial. Específicamente la comunicación constituye una habilidad básica de la relación educativa posibilitando el proceso educativo a través de la interacción y el intercambio entre el o los educandos y la o el profesional educador y facilitando la comunicación entre ellos en el caso de la educación grupal.

Se consideran elementos del proceso de comunicación: a) la creación y transmisión de mensajes; b) la escucha y recepción de mensajes y c) la respuesta.

Algunas características de una comunicación interpersonal útil para educar se detallan en el siguiente cuadro.

CARACTERÍSTICAS DE UNA COMUNICACIÓN EDUCATIVA EFICAZ

PREPARAR LA SITUACIÓN
Lugar y momento adecuado: <i>Preparo un espacio acogedor, controlo las interrupciones y ruidos.</i> <i>Dispongo del tiempo necesario.</i>
Estado emocional favorable a la comunicación y consenso para la relación: <i>Me siento en disposición de desarrollar una comunicación educativa.</i> <i>Te valoro como persona o grupo con posibilidades y recursos que puedes utilizar.</i>
RECOGER EL MENSAJE
Conciencia de los propios filtros para captar y enviar mensajes: <i>Soy consciente de que me relaciono con la persona o grupo desde mi propia visión de la realidad, que no es la misma que la suya</i> <i>Interpreto lo que se dice con filtros biológicos (sólo capto una parte), socioculturales (el valor que mi cultura otorga a la belleza, al cuerpo, a la vida activa, al hombre y a la mujer, etc.) e individuales (mi propia experiencia, lo que yo pienso, etc.).</i>
Escuchar activa y empáticamente a la otra persona: <i>Intento captar más y comprenderte mejor.</i>
Ponerse en su lugar, partir de su punto de vista (no de lo que yo hubiera pensado o hecho): <i>¿Qué me quieres decir? ¿Qué significado tiene para ti?</i>
Recoger el mensaje completo (lo que dice y su estado de ánimo): <i>Decís que la alimentación os parece importante y os sentís animados y perezosos a la vez.</i>
Comunicárselo, verbalizar la comprensión de la situación y la carga emotiva: <i>De lo que dices entiendo que te sientes confusa y preocupada porque no sabes bien que te pasa y sientes que no puedes controlar bien tu vida ¿es así?</i>
Escuchar su demanda: <i>¿Qué me pide? ¿Qué quiere de mí?</i>
Hacer preguntas abiertas: <i>¿Qué se te ocurre que podrías hacer?</i> <i>¿Qué alternativas veis para afrontar esta situación?</i>

EMITIR MENSAJES

Utilizar mensajes claros, precisos y útiles:

Selecciono y proporciono información útil a la situación y necesidades

Comunicar de forma asertiva y desde el yo:

Comunico desde la persona que soy y desde el rol profesional de ayuda

Comunico describiendo más que enjuiciando la situación, el comportamiento, la persona o grupo:

Me gustaría que hablemos más de las situaciones en que surgen los nervios.

Esta pregunta sobre la alimentación macrobiótica tiene que ver con planteamientos que en el centro de salud no manejamos..

La medicación concreta que cada cual toma no podemos abordarla en el grupo porque no quedaría tiempo para abordar otros temas que hemos acordado.

Creo que vamos avanzando en lo que nos habíamos propuesto

Aceptar argumentos, objeciones o críticas, incorporando los mensajes de la otra persona:

Entiendo que no es buen momento para plantearte dejar de fumar. Seguro que habrá otro mejor.

El manejo de emociones y sentimientos

Determinados aspectos de la relación de ayuda y de los temas que en ella se trabajan producen un determinado impacto emocional sobre la o el profesional que educa. Manejar las propias emociones y sentimientos permite controlar mejor la situación y desarrollar una intervención más eficaz.

El impacto emocional incluye sentimientos y emociones consideradas tradicionalmente positivas (alegría, valoración, aprobación..) o negativas (ira, hostilidad, culpa, enfado...). Partimos de una consideración positiva de todas las emociones. La emoción es un sentimiento humano por excelencia que proporciona al profesional de salud una información muy útil sobre cómo le está repercutiendo la situación “algo está pasando”, “me siento bien con el proceso de ayuda” “es necesario que controle más esta situación”, etc. Es importante reflexionar sobre la propia emoción.

Reducir o controlar las reacciones asociadas a escenas temidas (miedo a entrar a los sentimientos del o los educandos, temor a ayudar a tomar decisiones difíciles...), los pensamientos de generalización (nunca cambiará nada, es un inútil...), sobreimplicación o sobreexigencia, etc. ayuda a prevenir el desgaste profesional, la pérdida de interés y el síndrome de agotamiento o “burnout”.

Es importante el manejo de sus propias emociones y sentimientos. Para ello figuran algunas orientaciones en la tabla a continuación, aunque el educador o educadora puede utilizar también otras técnicas de control emocional: Relajación, respiración, técnicas de imaginación y visualización...

ORIENTACIONES PARA MANEJAR LAS PROPIAS EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

Darse permiso para sentir. Vivir los propios sentimientos: Siento lo que siento:

Reconozco y acepto las emociones que siento, aprovecho lo que de maravilloso tienen o la información que me da sobre lo que me afecta.

Intentar definir el tipo de emoción o sentimiento básico que experimento: Miedo, Alegría, Enfado, Tristeza, Cansancio:

Soy consciente de que esta situación me entristece

Este tema me pone de los nervios, Me da miedo, Ojalá no venga a consulta.

Me siento fatal en este grupo, no me respetan, me agreden.

Analizar los sentimientos. Confrontar el sentimiento con la situación:

¿Hago una interpretación objetiva de la situación? ¿Qué parte añado de mi propia cosecha?

1. Describir la situación, sólo los hechos objetivos, no impresiones subjetivas ni juicios de valor. Racionalizar y objetivar en lo posible la "lectura" de la situación:

Habíamos acordado una tarea para casa y no la ha realizado.

Ha hecho un planteamiento sobre el estrés distinto del que yo proponía.

2. Identificar los pensamientos, el lenguaje interior utilizado, confrontándolos con los datos reales de que se disponen:

Nunca lo logrará (Hoy no ha bajado de peso)

Lo hacen para fastidiarme, Me quieren desacreditar (quizá hablan entre sí en el grupo porque tienen mucho interés en el tema o las preguntas son para evidenciar sus preconceptos previos)

3. Identificar los sentimientos y emociones que se producen, así como los comportamientos:

Me enfado, me siento dolida y agredida, me siento triste, estoy preocupada .

No quiero saber nada de este tema, Le chillo al usuario, Agredo al grupo o me defiendo, Lo comento en el equipo

4. Sustituir el lenguaje interior utilizado por otro más acorde con la realidad objetiva analizada en el punto anterior, tendiendo a eliminar los mecanismos o pensamientos irracionales y claramente no objetivos:

Desconozco por qué ha vuelto a fumar, se estaba esforzando en este tema,

Tendrá sus motivos, esto es cosa suya, yo he desempeñado mi rol...

Decidir qué hacer con las propias emociones y sentimientos: expresarlos o no, cómo lo hago, hacerlo según se haya decidido

El modelo de trabajo educativo que plantea este Manual recoge las bases de la planificación sanitaria y educativa, con la especial colaboración de la profesora Anna Ferrari, del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria de la Universidad de Perugia, Italia.

La actividad educativa no es improvisada sino intencional, es decir, hay que prepararla y programarla tanto si se trata de educación individual como grupal. Ello permitirá obtener mejores resultados y utilizar los recursos de forma más adecuada.

En la programación educativa se contemplan las clásicas etapas de la programación: *Análisis de la situación, Objetivos y Contenidos, Metodología y Evaluación*. A partir de las necesidades educativas detectadas en el análisis de la situación, se trata de plantear objetivos para abordar esas necesidades y definir qué hacer para alcanzar los objetivos propuestos y cómo hacerlo y evaluarlo.

Análisis de la situación

Antes de plantear cualquier tipo de intervención educativa individual o grupal, es necesario conocer la situación de partida. Esto permite plantear objetivos y actividades lo más adecuadas posible a las necesidades y a la realidad de la persona o colectivo con el que se trabaje. Al plantearla es útil conocer algunos datos e informaciones en las siguientes áreas:

- La persona o el grupo diana. Se puede partir de algunos datos generales o sobre la persona o el grupo que va a acudir a las consultas o sesiones en particular: intereses y motivaciones, participación en asociaciones, lugares de encuentro, nivel de instrucción, características culturales y nivel socioeconómico, etc.

Estas informaciones van a ayudar a definir la necesidad o no de actividades previas de sensibilización, la forma de captación, los métodos y técnicas más adecuados al grupo, los recursos y materiales didácticos más convenientes, selección de contenidos, lenguaje, etc.

- Comportamientos y factores personales y sociales relacionados con esos comportamientos. Se trata de algunos datos sobre conocimientos, creencias, valores, actitudes, habilidades, comportamientos y los factores que se relacionan con ellos.

Estas informaciones permitirán priorizar los objetivos y contenidos a trabajar con la persona o el grupo para que se ajusten a sus necesidades y también la preparación de actividades adecuadas a su realidad.

Para la recogida de datos se pueden utilizar distintos métodos y técnicas, tanto cuantitativas como cualitativas: revisión bibliográfica, encuesta, entrevista, grupo de discusión, grupo de debate, grupo nominal, técnica de elaboración de la escucha, técnica delphi, etc.

En general, no se trata de realizar una costosa investigación que proporcione una información exhaustiva, sino de un diagnóstico inicial que sirva de base para la programación educativa.

Con todos estos datos e informaciones sobre los comportamientos del grupo diana se trata de identificar y priorizar áreas de necesidades educativas, que son las que se tratará de afrontar mediante los objetivos y actividades de aprendizaje.

Hay que tener en cuenta que la utilización de una metodología educativa activa y participativa a lo largo del proceso educativo proporciona una información continua sobre los comportamientos de la persona o grupo y los factores que con ellos se relacionan. El análisis de la situación está, por tanto, reelaborándose día a día y la programación debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las necesidades de la persona o grupo en cada momento.

Objetivos y contenidos

Existen diferentes propuestas de formulación de objetivos según el nivel desde el que se fijen (estratégico, táctico u operativo), según el grado de concreción de los mismos (generales, intermedios, específicos, didácticos), según se centren en los resultados, en los contenidos o en los procesos de aprendizaje, etc.

Se opte por un tipo u otro de formulación, a la hora de plantear la programación educativa hay que tener presentes las siguientes cuestiones:

- Se trata de responder a las necesidades detectadas en el análisis de la situación y de indicar la nueva situación que se pretende conseguir con la intervención educativa.
- Es necesario atender a todos los ámbitos de aprendizaje, se formulen en forma de objetivos o de contenidos:
 - Área cognitiva (conceptos, hechos, principios).
 - Área emocional (valores, actitudes, normas).
 - Área procedimental o de las habilidades (psicomotoras, personales y sociales).
- Es útil concretar los procesos de aprendizaje que se pretenden, en forma de objetivos o de proceso de enseñanza-aprendizaje.

En cualquier caso, los objetivos se van a ir concretando y definiendo más a lo largo de las consultas o sesiones según los intereses y motivaciones que la o las personas participantes vayan expresando.

Los contenidos no son sólo informaciones a transmitir, sino que incluyen, además de los conceptos y sistemas conceptuales, las actitudes, valores y normas y las estrategias y procedimientos de todo tipo. Contenido es todo aquello sobre lo que versa el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Los contenidos no los aporta sólo el educador o la educadora, sino también el grupo o la persona participante.

Es fundamental que los contenidos a trabajar respondan a las necesidades, problemas, intereses y motivaciones priorizados a partir del Análisis de la Situación y que se vayan delimitando más a lo largo de las sesiones educativas. Para ello, se identifican bloques de contenidos que respondan a las áreas de necesidades detectadas en el análisis de la situación.

Para secuenciar los objetivos y contenidos, o sea ordenarlos en las distintas sesiones pueden tenerse en cuenta muchos criterios. Los más útiles son dos: 1. Seguir las etapas del proceso de aprendizaje significativo y 2. Partir siempre que sea posible de la situación y experiencias de la persona o grupo.

Metodología

Las actividades educativas constituyen experiencias concretas de aprendizaje a llevar a cabo por las participantes sobre uno o varios contenidos. En ellas pueden darse diferentes procesos de aprendizaje y utilizarse uno o varios métodos y técnicas educativas.

Las actividades educativas se agrupan en consultas o sesiones educativas. Para diseñarlas es útil seleccionar el método y técnicas educativas más útiles para cada objetivo de aprendizaje definido, así como el tiempo y los recursos didácticos. La clasificación antes citada (ver págs. 60 - 61) permite identificar fácilmente el Método más adecuado para trabajar los diferentes objetivos de aprendizaje. También en los apartados sobre técnicas educativas se han citado diferentes criterios para seleccionar entre las distintas técnicas.

Objetivos/contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos didácticos

En el caso de la educación grupal es necesario también tener prevista la agrupación en la que se van a realizar las actividades. Existen diferentes tipos de agrupación: grupo grande, grupo pequeño, parejas, trabajo individual, etc. Se suele hablar de grupo grande cuando nos referimos a la totalidad del grupo, en general entre 13 y 30 personas, a veces se considera incluso hasta 40, y de grupo pequeño cuando nos referimos a fragmentar el grupo grande. Pueden ser parejas, trios, en general lo componen de 4 a 8 personas, a veces hasta 12.

Evaluación

Hablamos aquí de la evaluación educativa operativa, centrada en el seguimiento de los procesos concretos de enseñanza – aprendizaje que se van desarrollando.

La investigación evaluativa de la eficacia, efectividad... de las Intervenciones de educación para la salud requiere Estudios de investigación exhaustivos, con poblaciones amplias, en ocasiones multicéntricos, realizados desde perspectivas tanto pedagógicas como epidemiológicas, conjugando enfoques e instrumentos cuantitativos y cualitativos. Este tipo de estudios de investigación suele trascender la dimensión de un centro de salud y suele realizar desde otros niveles y estructuras (Agencias de evaluación, Universidades, Servicios autonómicos, estatales o europeos de Educación para la Salud...).

La finalidad principal de la evaluación educativa operativa es obtener información que permita adecuar el proceso de enseñanza al progreso real en la construcción de aprendizajes, adecuando el diseño y desarrollo de la programación establecida a las necesidades y logros detectados.

La evaluación educativa se entiende fundamentalmente como una función pedagógica, como parte intrínseca y central del proceso de enseñanza-aprendizaje: contextualizada, estructural, asequible y realista, útil, atenta a los procesos y no sólo a los resultados, sensible a los valores, etc.

En relación con esta evaluación hay que considerar distintos aspectos:

¿Quién evalúa? La evaluación se realiza tanto por las y los educadores como por la o las personas participantes, así como por observadores externos en algunos casos.

¿Qué se evalúa?. Se evalúan:

- Los resultados: grado de consecución de los objetivos y efectos no previstos.
- El proceso: idoneidad de las actividades (asistencia, participación, grado de consecución de las actividades previstas, adecuación a la persona o al grupo de los objetivos y contenidos, actividades y tareas, etc.), así como de la programación de las mismas.
- La estructura o adecuación de los recursos: local, duración de las consultas o sesiones y del curso, horario, recursos didácticos y personales (educadoras o educadores).

¿Cómo se evalúa? Se suelen utilizar procedimientos muy variados que permitan evaluar los distintos tipos de objetivos y contenidos y contrastar datos de los mismos aprendizajes obtenidos a través de distintos instrumentos tanto cuantitativos como cualitativos: observación sistemática con guión, análisis de tareas, análisis de materiales, registro, cuestionario, etc.

¿Cuándo se evalúa? Se evalúa de forma continuada, a lo largo de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, destacándose la evaluación de algunas de las actividades educativas durante o al final de la consulta o sesión, la evaluación al final de cada una de las sesiones educativas y la evaluación al final del conjunto de sesiones. A veces se realizan evaluaciones a medio y largo plazo.

Un guión para programar las consultas y sesiones educativas es la siguiente:

ETAPAS DE LA PROGRAMACIÓN DE LAS CONSULTAS O SESIONES EDUCATIVAS

Análisis de la situación.

Recopilar, y si es necesario incrementar, Las informacione ssobre la persona o el grupo, sobre sus comportamientos respecto al tema de que se trate y de los factores relacionados con esos comportamientos
Definir áreas o bloques de necesidades educativas

Identificar objetivos y contenidos (se pueden formular de muy distintas maneras):

Definir Bloques de contenidos para abordar las necesidades educativas detectadas
Formular objetivos de aprendizaje.
Definir contenidos del Área cognitiva, del Área emocional y del Área procedimental o de las habilidades
Procesos de enseñanza-aprendizaje más adecuados.

Definir la metodología

Nº de consultas o sesiones y diseñar cada una de ellas incluyendo:
Técnicas educativas diversas adecuadas a los objetivos y contenido
Si se trata de educación grupal, Agrupación: grupo grande, grupos pequeños, parejas...
Tiempos
Recursos

Prever la evaluación (cómo detectar el progreso real, los logros y necesidades para adecuar a ellos el proceso de enseñanza)

Quién va a evaluar. La o el educador y la persona o personas participantes.
Qué se va a evaluar. Se suelen evaluar los Resultados, el Proceso y la Estructura.
Cómo se va a evaluar. Seleccionar, según los enfoques definidos, los, procedimientos e instrumentos más adecuados (observación sistemática, análisis de tareas, análisis de materiales, registros, cuestionarios, etc.)

Cuándo se va a evaluar. De forma continuada, a lo largo de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, durante o al final de cada consulta o sesión y al final del conjunto de sesiones. A veces se realizan evaluaciones a medio y largo plazo.

Ejemplo de cuestionario de evaluación (a cumplimentar por el o los educandos)

MATERIAL: Cuestionario de evaluación

1. Por favor, señala con una X el número que consideres en relación con el trabajo realizado:

1=muy mala / 5=muy buena

Opinión general	1	2	3	4	5
Los temas trabajados	1	2	3	4	5
La forma de trabajo	1	2	3	4	5
Adecuación a tus necesidades	1	2	3	4	5
Utilidad para tu vida	1	2	3	4	5
Tu implicación	1	2	3	4	5
Grado de satisfacción	1	2	3	4	5

2. Di 3 cosas que te han gustado

3. Di 3 cosas que añadirías o cambiarías

Ejemplo de guión de observación (a cumplimentar por educadores y observadores si los hay)

MATERIAL: Guión de observación

OBJETIVOS Y CONTENIDOS:

PROCESO:

¿Se han realizado las actividades en la forma y tiempo previsto?

¿Las técnicas utilizadas han sido útiles?, ¿eran adecuadas al grupo?, ¿se han presentado y gestionado adecuadamente?

Clima (tipo de comunicación / estilo personal / técnicas de gestión por parte del educador/a)

Participación (nº y tipo)

ESTRUCTURA:

Espacio

Horario

Materiales

OBSERVACIONES:



Se presentan a continuación algunos guiones/resúmenes de intervenciones de Educación para la Salud: tres de educación individual en consulta (Educación en Alimentación saludable, Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas y Situaciones de Duelo) y tres de educación grupal (Curso sobre Estrés y cómo manejarlo, Curso sobre Menopausia y Madurez y Taller con Padres y Madres de escolares en etapa infantil).

Son programaciones diseñadas por diferentes estructuras y centros de Salud de Navarra que se presentan aquí de manera resumida, a modo de ejemplos prácticos.

Otros materiales del Instituto de Salud Pública del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra que pueden aportar informaciones teóricas y resultados de análisis de situación (ver www.cfnavarra.es/isp/promocion) para el trabajo educativo son:

- Ayudar a crecer. Guía educativa para trabajar con grupos de padres y madres
- Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes
- En la madurez. Guía educativa para promover la salud de las mujeres
- Carpeta Estilos de vida
- Estilos de vida. Protocolos para profesionales. Educación y Comunicación en consulta individual
- Estilos de Vida. Educar en salud I. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria
- Estilos de vida. Promoción de Salud. Acciones colectivas y comunitarias
- Cómo Ayudar a su paciente a Dejar de Fumar. Guía para profesionales de salud
- Ayudar a dejar de fumar. Protocolos de actuación para profesionales de salud
- Educar en salud II. Procesos crónicos. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria
- Educar en salud III. Etapas vulnerables. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria

Además existe otra amplia gamma de recursos de apoyo. Entre ellos pueden consultarse:

<http://sipes.msc.es>: Sistema de información en promoción y educación para la salud, del Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con la Comunidades Autónomas

www.msc.es: Ministerio de Sanidad y Consumo, con enlaces con otras estructuras del propio Ministerio, Comunidades Autónomas y Organismos Internacionales

www.who.ch: Organización Mundial de la Salud

www.semfyec.es: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

www.papps.org: Programa de actividades de prevención y promoción de la salud, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

www.pacap.net: Programa de actividades comunitarias en atención primaria, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

www.enfermeriacomunitaria.org: Asociación de Enfermería Comunitaria

www.iuhpe.org: Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud

Introducción/justificación

La alimentación sana y equilibrada contribuye a sentirnos bien física y mentalmente, bien con nuestro cuerpo, con nuestro peso...

Una alimentación no saludable se relaciona con enfermedades del corazón, cánceres, obesidad, diabetes...

Nos planteamos ofrecer un servicio de educación individual estructurado, ampliando la oferta y el trabajo que ya se viene realizando desde enfermería.

Análisis de la situación

El servicio se va a ofertar a personas con problemas alimentarios ligados o no a problemas diagnosticados de salud.

En cada caso se tendrán en cuenta la edad, nivel socioeconómico, nivel de instrucción... Se trabaja entendiendo que existen múltiples factores relacionados con los comportamientos alimentarios:

FACTORES RELACIONADOS CON LOS COMPORTAMIENTOS ALIMENTARIOS

Factores ambientales	Entorno próximo		Entorno social	
	▪ Quién cocina y cómo se come ▪ Horarios laborales y escolares		▪ Producción y comercio de alimentos ▪ Culto al cuerpo y a la juventud ▪ La comida como acto social	
Factores personales	Área cognitiva	Área emocional		Área Habilidades
	▪ Conocimientos sobre los alimentos, la alimentación, la dieta equilibrada y la salud. ▪ Factores relacionados.	▪ Sentimientos frente al cuerpo, la comida y la alimentación. ▪ Locus de control: ¿Siento que puedo controlar lo que como?. ▪ Autoeficacia: ¿Siento que soy capaz de introducir cambios en la alimentación?. ▪ Coste-Beneficio de cada cambio. ▪ Expectativa de resultado: ¿Siento que lo voy a lograr? ▪ Expectativa de otros: ¿Qué creo que va a pensar mi familia o mis amistades?. ▪ Actitud ante modelos estéticos dominantes, medios de comunicación y publicidad.		▪ Habilidades para elaborar una dieta variada y equilibrada ▪ Habilidades de toma de decisiones ▪ Habilidades de comunicación

Decidimos los recursos que vamos a utilizar: Humanos, materiales y de tiempo.



Objetivos y contenidos

Objetivo general: Contribuir al desarrollo de capacidades para realizar una alimentación sana y equilibrada y prevenir enfermedades asociadas a una alimentación no saludable.

Bloques de contenido:

- La alimentación y cómo la llevo.
- Los grupos de alimentos.
- Alimentarme mejor.

Objetivos específicos educativos de aprendizaje. Que las personas participantes:

Expresen sus vivencias y experiencias respecto a la alimentación.

Reorganicen sus conocimientos respecto a la alimentación, los grupos de alimentos y la dieta variada y equilibrada.

Reflexionen sobre los factores que influyen en la alimentación.

Analicen dificultades y busque alternativas para alimentarse mejor.

Elabore su propio plan de alimentación.

Metodología

Se realizarán 3 - 4 consultas de 20' de duración cada una.

El primer bloque incluye 1 sesión:

La alimentación y cómo la llevo

El segundo incluye 1-2 sesiones:

Los hidratos de carbono. Las grasas y aceites.

Las proteínas. Las frutas y verduras.

El tercero incluye 1 sesión:

Alimentarse mejor.

En cada consulta se trabajan algunos contenidos utilizando técnicas educativas de educación individual y un rol profesional de ayuda. Inicialmente se pacta la implicación de ambas partes, número, duración y horario de consultas... que se va adaptando y reajustando.

Diseño orientativo de consultas:

Objetivos/Contenidos	Técnica
La alimentación y cómo la llevo	
1ª consulta: La alimentación Recepción y contrato Expresar su experiencia respecto a la alimentación Expresar y aumentar sus conocimientos respecto a la alimentación, los grupos de alimentos y la dieta equilibrada Clasificar los alimentos en los distintos grupos Tarea para casa	Técnicas de Encuentro Técnicas de expresión Técnicas de información Técnicas de análisis
Los grupos de alimentos	
2ª consulta: Los hidratos de carbono. Las grasas y aceites. Retomar la sesión anterior y consensuar ésta Expresar sus creencias y su experiencia y aumentar sus conocimientos respecto a los alimentos energéticos: Los hidratos de carbono y las grasas y aceites. Tarea para casa	Técnicas de Encuentro Técnicas de expresión Técnicas de información Técnicas de desarrollo de habilidades
3ª consulta: Las proteínas. Las Frutas y verduras. Retomar la sesión anterior y consensuar ésta Expresar sus creencias y su experiencia y aumentar sus conocimientos respecto a las proteínas y a las frutas y verduras Tarea para casa	Técnicas de Encuentro Técnicas de expresión Técnicas de información Técnicas de desarrollo de habilidades
Alimentarme mejor	
4ª consulta: Factores que me influyen. Me hago un plan. Retomar la sesión anterior y consensuar ésta Analizar los factores que influyen en la alimentación Analizar las dificultades y alternativas para alimentarnos mejor Elaborar su plan personal Evaluación	Técnicas de Encuentro Técnicas de información y análisis Técnicas de análisis Técnicas de desarrollo de habilidades

Evaluación

Se realizará una evaluación educativa continua.

EJEMPLO 2: EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRÓNICAS



Introducción/justificación

La educación en enfermedades pulmonares obstructivas crónicas – EPOC - es de gran importancia tanto en la asunción de la enfermedad como en su control y en la prevención de complicaciones. Hace parte esencial del tratamiento.

Nos planteamos ofrecer un servicio de educación individual estructurado como un espacio nuevo para trabajar este tema, ampliando la oferta y el trabajo que ya se viene realizando desde enfermería.

Análisis de la situación

El servicio se va a ofertar a personas con enfermedades obstructivas crónicas recién diagnosticadas.

En cada caso se tendrán en cuenta la edad, nivel socioeconómico, nivel de instrucción... Se trabaja entendiendo que existen múltiples factores relacionados con la situación y necesidades de la persona con EPOC:

Factores ambientales	Entorno próximo		Entorno social
	- Contaminación urbana, ambiente de trabajo (polvos como los del carbón, silicio, asbesto o algodón, emisiones de metal o vapores químicos, granjas, piensos, molineros...) - Conocimientos, actitudes, creencias de las personas convivientes, amistades... - Condiciones para paseos, ejercicio físico...		- Concepción social del enfermar - Valores y costumbres socioculturales - Valoración social del fumar - Significado social de los síntomas (falta de aire, cansancio, tos, dificultad para respirar...).
Factores personales	Área cognitiva	Área emocional	Área Habilidades
	- Conocimientos sobre la enfermedad y su control, los beneficios de dejar de fumar... - Factores relacionados.	- Vivencias, creencias y experiencias personales. - Autoestima y autoconcepto. - Locus de control: Controlar la enfermedad en parte depende de mí. - Autoeficacia: Siento que puedo introducir en mi vida los cambios que necesite para vivir mejor. - Coste-beneficio: Balance beneficios/pérdidas del control. - Expectativa de resultados: Siento que puedo controlarla. - Expectativa de otros: Reacciones que se esperan de personas cercanas. - Grado de adhesión a las normas	- Habilidades psicomotoras: ejercicio físico y ejercicios respiratorios, manejo de inhaladores, relajación... - Habilidades personales. Análisis de situaciones y toma de decisiones, organización del tiempo, manejo de emociones... - Habilidades sociales: escucha, comunicación, manejo de conflictos...

Decidimos los recursos que vamos a utilizar: Humanos, materiales y de tiempo.



Objetivos y contenidos

Objetivo general: Contribuir a la asunción y el control de la enfermedad y prevenir o retrasar complicaciones.

Bloques de contenido:

- Elaboro y asumo que tengo EPOC. La enfermedad.
- Me preparo para controlar la EPOC y favorecer la función pulmonar
- Controlo mi EPOC. Decido mi propio plan. El plan personal de autocuidados.

Objetivos específicos educativos de aprendizaje. Que las personas participantes:

Expresen sus vivencias y experiencias respecto a la EPOC.

Reorganicen sus conocimientos en relación la enfermedad y las medidas para controlarla.

Reflexionen sobre los factores que influyen en su situación y en sus decisiones.

Analicen problemas y busquen soluciones para su autocuidado.

Desarrollen habilidades necesarias para manejar su situación: dejar de fumar, evitar irritantes y prevenir infecciones, ejercicio físico y ejercicios respiratorios, medicación, manejo de inhaladores, relajación y control del estrés...

Elabore su propio plan de autocuidado.

Metodología

Se realizaran 4 - 6 consultas de 20' de duración cada una.

El primer bloque incluye 1-2 sesiones:

- La EPOC y como la llevo
- Cosas que influyen

El segundo incluye 1-3 sesiones:

- Dejar de fumar
- Medicación y manejo de inhaladores
- Otras medidas

El tercero incluye 1 sesión para elaborar su propio plan.

En cada consulta se trabajan algunos contenidos utilizando técnicas educativas de educación individual y un rol profesional de ayuda. Inicialmente se pacta la implicación de ambas partes, número, duración y horario de consultas... que se va adaptando y reajustando.



Diseño orientativo de consultas:

Contenido	Técnica
La enfermedad: elaboro y asumo que tengo EPOC 1ª sesión: Esta enfermedad y cómo la llevo Presentación y contrato educativo Cómo llevamos la enfermedad Las enfermedades pulmonares obstructivas 2ª sesión: Cómo la llevo. Relajación, respiración y tos Presentación Vivencias respecto a la enfermedad. Cosas que influyen	De Encuentro e Información De Expresión De Información De Encuentro e Información De análisis
Favorecer la función pulmonar Favorecer la función pulmonar Dejar de fumar 3ª sesión: La medicación Presentación Favorecer la función pulmonar La medicación Manejo de inhaladores 4ª sesión: Otras medidas Presentación Favorecer la función pulmonar Ejercicio físico y ejercicios respiratorios Relajación y control de estrés	De Información De análisis De Encuentro e Información De Información De Expresión/De Información De Desarrollo de habilidades De Encuentro e Información De Información De Desarrollo de habilidades De Desarrollo de habilidades
Controlo mi enfermedad 5ª sesión: Plan de cuidados Presentación Alternativas para cuidarse Plan personal de autocuidado Evaluación	De Encuentro e Información De análisis De Desarrollo de habilidades Ronda de palabras

Evaluación

Se realizará una evaluación educativa, continua, a lo largo de las consultas y al final, por ambas partes (educador o educadora y persona con EPOC), a través de feed – back, análisis de tareas, cuestionario final, etc.

Introducción/justificación

El duelo es una de las transiciones psicosociales de gran influencia que afecta a las personas a lo largo de la vida. Atendemos a muchas personas en situación de duelo y a las consultas acuden múltiples quejas somáticas y psíquicas relacionadas con este proceso.

La educación en situaciones de duelo ayuda a la elaboración y manejo de la situación, a la capacitación en autocuidados físicos y emocionales y a la prevención de trastornos mentales.

Frente al abordaje espontáneo, el centro se plantea una experiencia de educación individual estructurada.

Análisis de la situación

El servicio se va a ofertar a personas en situaciones de duelo especialmente a aquellas con factores de riesgo o vulnerabilidad para el duelo patológico.

En la preparación y realización de las consultas se tendrán en cuenta la edad, nivel socioeconómico, nivel de instrucción... Se trabaja entendiendo el conjunto de factores relacionados con la elaboración y manejo del duelo:

Factores ambientales	Entorno próximo		Entorno social	
	- Trabajo, familia amplia, amistades - Condiciones de la vivienda - Recursos		- Representaciones y modelos socioculturales de la muerte, el duelo y otras pérdidas - Representaciones y modelos socioculturales de la edad, etapa y situación vital de la persona fallecida y de la doliente.	
Factores personales	Área cognitiva	Área emocional	Área Habilidades	
	- Conocimientos sobre el duelo, fases del duelo, sentimientos y reacciones habituales, duración, manejo y resolución... - Factores relacionados.	- Vivencias, creencias y experiencias personales. - Autoestima y autoconcepto. - Sentimientos de pérdida: negación/incredulidad, enojo, insensibilidad, rabia, tristeza, miedo, angustia, culpa, soledad, alivio, ambivalencia... - Expectativa de otros: Reacciones que se esperan de personas cercanas. - Grado de adhesión a las normas sociales	- Habilidades psicomotoras: ejercicio físico, relajación... - Habilidades personales. Análisis de situaciones y toma de decisiones, organización del tiempo, manejo de emociones... - Habilidades sociales: escucha, comunicación, manejo de conflictos...	

Decidimos los recursos que vamos a utilizar: Humanos, materiales y de tiempo.



Objetivos y contenidos

Objetivo general: Contribuir a la elaboración, manejo y resolución de la situación de duelo y a la prevención de trastornos mentales.

Objetivos específicos educativos de aprendizaje. Que la personas en situación de duelo:

- Expresen sus vivencias y experiencias, sentimientos...
- Reorganicen sus conocimientos en relación con el proceso de elaboración del duelo.
- Analice su situación y reflexionen sobre los factores que influyen en su situación y en sus decisiones.
- Desarrolle habilidades para sentir y aceptar la pérdida y aprender a vivir sin el ser querido.

Bloques de contenido:

- La experiencia y vivencia del duelo. Tomar conciencia de la pérdida y de los sentimientos que le acompañan.
- La elaboración del duelo. Comprender las fases que se suelen dar en el duelo: 1) shock, incredulidad, negación. 2) protesta, cólera, enfado; búsqueda de la figura perdida. 3) depresión, desesperanza reversible. 4) aceptación, reorganización, recuperación. Comprender también los síntomas físicos y emocionales que suelen aparecer.
- Cuidarse en esta situación tan difícil. Identificar y analizar los elementos de ayuda, ponerlos en marcha.

Metodología

Se realizarán 2- 3 consultas de 20' de duración cada una. En cada consulta se trabajan algunos contenidos utilizando técnicas educativas de educación individual y un rol profesional de ayuda, cuidando especialmente el apoyo emocional. Inicialmente se pacta la implicación de ambas partes, número, duración y horario de consultas... que se va adaptando y reajustando.

Diseño orientativo de consultas:

Contenido	Técnica
1ª sesión: La experiencia y vivencia del duelo: La pérdida Encuentro La experiencia personal de la pérdida Las fases del duelo	De Encuentro De Expresión De Información
2ª sesión: Cómo la llevo: Cuidarse. Encuentro Vivencias y experiencias Cuidarse	De encuentro De análisis De análisis De desarrollo de habilidades

Evaluación

Se realizará una evaluación educativa, continua, a lo largo de las consultas y al final, según número y duración de las consultas.

Introducción/Justificación

El estrés es una reacción normal y sana para afrontar los retos y situaciones difíciles de la vida. Es necesario en su justa medida. Pero se convierte en un problema cuando surge sin haber situaciones excepcionales, cuando dura demasiado tiempo, si aparece ante situaciones que aún no han ocurrido o si es insuficiente para manejar la vida...

Identificar cómo estamos de estrés, reconocer las fuentes y manejarlo es importante para mantener el bienestar físico y emocional y para prevenir algunas enfermedades relacionadas (problemas musculares, de la piel, digestivas, dolores de cabeza, insomnio...)

Análisis de situación

El curso se oferta a personas en las que se detectan señales de tensión física o malestar emocional, a través de las consultas y de carteles en el centro. Tendrá en cuenta los datos concretos del grupo: edad, nivel de instrucción, etc.

Responde a un planteamiento del estrés relacionado con múltiples factores:

FACTORES RELACIONADOS CON EL ESTRÉS

Factores ambientales	Entorno próximo		Entorno social	
	- Situaciones vitales. - Tipo de vida. - Vivienda, estructura y clima familiar, ruidos, tráfico, tipo de barrio, tipo de trabajo y clima laboral.		- Modelos de desarrollo y urbanización. - Estilos de vida agobiantes, solitarios y sedentarios. - Valores sociales: éxito, posesión, velocidad, competitividad...	
Factores personales	Área cognitiva	Área emocional		Área Habilidades
	- Conocimientos sobre el estrés: fuentes, señales, signos, cómo controlarlo. - Factores relacionados.	- Formas de pensar y sentir respecto a sí, a otras personas y a las situaciones de la vida. - Actitud hacia el cuerpo y el autocuidado. - Locus de control: ¿Siento que puedo controlar el estrés y la propia vida? - Autoeficacia: ¿Siento que soy capaz de introducir cambios positivos? - Coste-Beneficio de cada cambio. - Expectativa de resultado: ¿Siento que voy a lograr manejar la situación? - Expectativa de otros: ¿Qué creo que va a pensar mi familia o mis amistades? - Actitud crítica ante la presión social a estilos de vida "estresantes".		- Habilidades para controlar la tensión física: relajación, masaje, respiración, ... - Habilidades de control de pensamientos estresantes. - Habilidades de análisis de situaciones y toma de decisiones. - Habilidades de comunicación.

Utiliza recursos: Humanos, materiales y de tiempo.



Objetivos y Contenidos

Trabajaremos:

- El estrés. Cómo me encuentro, qué es el estrés, con qué se relaciona.
- Cómo se puede controlar. Conocer cómo se puede controlar el estrés y la ansiedad y desarrollar habilidades para utilizar estrategias y técnicas concretas.
- Plan personal. Elaborar un plan factible para manejar mejor el estrés y adecuado a sus necesidades y a su situación personal, llevarlo a la práctica y reajustarlo según cómo le vaya.

Con los siguientes objetivos educativos específicos. Que las personas del grupo:

Expresen y reorganicen sus vivencias y experiencias.

Incrementen sus conocimientos sobre el estrés, señales y fuentes.

Analicen factores que influyen en el estrés.

Desarrollen más recursos y habilidades para manejar el estrés: descargar la tensión física, afrontar mejor las situaciones de la vida, pensar distinto y sentirse mejor, disfrutar cada día, apoyarse en la gente, llevar una vida sana.

Identifiquen problemas para reducirlo, controlarlo o compensarlo y busquen alternativas de solución.

- Elaboren un plan personal de control de estrés.

A quien se dirige

Personas con señales de estrés.

Metodología

Realizaremos 1 sesión centrada en Mi situación y el estrés

1ª Sesión: El estrés: qué me produce tensión y cómo manejarlo

Otras 3 sesiones sobre en El manejo del estrés

2ª Sesión: Descargar la tensión física y otros cuidados

3ª Sesión: La vida que estoy viviendo

4ª Sesión: La forma de verme y de ver la vida

Otra sesión centrada en la elaboración del Plan personal

En cada sesión trabajamos varios contenidos.

Para cada contenido elegimos la técnica y agrupación adecuada.

Calculamos el tiempo que nos va a ocupar trabajar cada contenido.

Diseño orientativo de sesiones:

Objetivo	Técnica	Agrupación	Tiempo
El estrés: qué nos produce tensión			
1ª sesión: Mi situación y el estrés Presentación y contrato educativo ¿Qué nos produce tensión y cómo se manifiesta? Estrés, ansiedad y tensión Fuentes de estrés	De Encuentro y Expositiva De investigación en aula Expositiva De Análisis	GG TI/GP/GG GG GP/GG	20' 40' 30' 30'
Nos preparamos para controlar el estrés			
2ª sesión: Descargar la tensión física Repaso. Presentación sesión El ejercicio físico, respiración, relajación, masaje...	De Encuentro y Expositiva Expositiva De desarrollo de habilidades De análisis	GG GG GG GP/GG	15' 15' 60' 30'
3ª sesión: La vida que estoy viviendo Repaso. Presentación sesión Las situaciones de la vida Disfrutar cada día Vida sana	De Encuentro y Expositiva Expositiva De Análisis De Análisis De Análisis	GG GG GP/GG GP/GG GP/GG	15' 20' 30' 30' 25'
4ª sesión: La forma de verme y de ver la vida Repaso. Presentación sesión Formas de pensar y sentir Pensamientos y sentimientos negativos Pensamientos, sentimientos y actividades agradables	De Encuentro y Expositiva De Investigación en aula Expositiva De Análisis De Análisis	GG GP/GG GG GP/GG GP/GG	15' 30' 15' 30' 30'
Plan personal para control de estrés			
5ª sesión: Plan personal Repaso. Presentación sesión Cómo afrontar el estrés Plan personal Relajación rápida y profunda Evaluación	De Encuentro y Expositiva De Análisis Expositiva De desarrollo de habilidades De desarrollo de habilidades Cuestionario	GG GP/GG GG TI GG TI	15' 30' 15' 20' 20' 20'
GG—> Grupo Grande GP—> Grupo Pequeño TI—> Trabajo Individual			

Evaluación

Realizaremos una evaluación educativa continua, a lo largo de las sesiones y al final, por parte de educadoras, educadores y participantes, a través de distintos instrumentos: observación con guión, análisis de tareas y cuestionario final.

EJEMPLO 5: CURSO MENOPAUSIA Y MADUREZ. OTRA ETAPA DE NUESTRA VIDA

Introducción/Justificación

La menopausia como fenómeno biológico de cese permanente de la menstruación se inscribe en una etapa vital, la madurez, con determinadas características evolutivas, cambios vitales, demandas y exigencias sociales, etc. Este taller se plantea responder a la dimensión educativa de las necesidades de salud de las mujeres en esta etapa de la vida como fuente de salud y prevención de diversos trastornos.

Análisis de situación

El curso se oferta a mujeres en el climaterio, priorizando a quienes presentan síntomas de malestar emocional, través de las consultas y de carteles en el centro. Se tiene en cuenta los datos concretos del grupo: edad, nivel de instrucción, diversidad cultural, etc.

Trabajaremos considerando la menopausia desde una perspectiva amplia relacionada con múltiples factores y contextualizada en la etapa vital de la madurez.

FACTORES RELACIONADOS CON LA MENOPAUSIA / MADUREZ

Factores ambientales	Entorno próximo		Entorno social	
	- Tipos de vida. - Tipos de trabajo y clima laboral. - Repartos de trabajos y de cuidados. - Vivienda, estructura, clima y características de la vida familiar - Barrio, infraestructuras, servicios, redes sociales		- Condiciones de vida. - Incorporación de la mujer al trabajo. - Modelos socioeconómico de consumo - Modelos socioculturales: patrones de masculinidad y feminidad, convivencia de viejos y nuevos roles de género, menopausia como etapa de la vida o como histeria, libertad y realización personal como valores, culto al cuerpo, la juventud y la belleza... - Procesos de socialización más igualitarios pero aún diferenciados	
Factores personales	Área cognitiva	Área emocional		Área Habilidades
	- Conocimientos sobre climaterio y menopausia, características psicoevolutivas, cuidados corporales, emocionales y relacionales... - Factores relacionados.	- Formas de pensar y sentir respecto a sí, a otras personas y a las situaciones de la vida. - Actitud hacia el cuerpo y el autocuidado. - Locus de control: ¿Siento que puedo controlar los acontecimientos de la vida? - Autoeficacia: ¿Siento que soy capaz de introducir cambios positivos? - Coste-Beneficio de cada cambio. - Expectativa de resultado: ¿Siento que voy a lograr manejar mi salud? - Expectativa de otros: ¿Qué creo que va a pensar mi familia o mis amistades? - Actitud crítica ante la presión social. - Actitud crítica ante la presión social a estilos de vida “estresantes”.		- Habilidades psicomotoras: relajación, masaje, respiración... - Habilidades de manejo de emociones, organización del tiempo. - Habilidades de análisis de situaciones y toma de decisiones. - Habilidades de comunicación.

Recursos humanos, materiales y de tiempo.



Objetivos y Contenidos

Trabajaremos:

- Esta etapa de mi vida: Cómo me encuentro, qué es el estrés, con qué se relaciona.
- Autocuidados. Cuido mi cuerpo, mi bienestar emocional y mis relaciones.
- Mi vida futura: Organizo mi vida desde mí.

Con los siguientes objetivos educativos específicos. Que las participantes:

Expresen y analicen algunos aspectos de esta etapa de la vida, los factores que influyen en ellas y los cambios que se producen, desvelando dudas, mitos e inquietudes respecto a ella.

Reconozcan los elementos que influyen en su autocuidado, favoreciendo el desarrollo de valores positivos y habilidades para ello.

Busquen como afrontar los cambios producidos desde sí y desarrollando actitudes positivas de autoestima y asertividad.

Desarrollen vivencias positivas en relación consigo misma y con su sexualidad.

Desarrollen sus recursos personales para afrontar esta época y descubran otros nuevos.

Inicien el aprendizaje de la habilidad de relajación.

A quien se dirige

Mujeres en la menopausia y el climaterio.

Metodología

Realizamos:

- 1 – 2 sesiones centradas en Esta etapa de mi vida.
- 3 – 5 sesiones sobre Autocuidados
- 1 – 2 sesiones centradas en la vida futura: retomar el proyecto personal de vida



Diseño orientativo de sesiones:

Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo
Esta etapa de mi vida			
1ª sesión: Vivencias y experiencias Presentación de participantes, del curso y de la sesión Vivencias y experiencias Cambios que se producen	Expositiva De investigación en aula Expositiva	GG GP/GG GG	20' 50' 50'
2ª sesión: Factores relacionados Presentación Factores que influyen Recursos existentes	Expositiva De análisis/Expositiva Expositiva	GG GP/GG GG	10' 70' 40'
Autocuidados. Cuido mi cuerpo			
3ª sesión: Cuidados básicos 1 Presentación Alimentación El ejercicio Relajación	Expositiva Expositiva/De Análisis De Investigación en aula/Expositiva De Investigación en aula/De desarrollo de habilidades	GG GG/GP/GG GG GG	10' 50' 30' 30'
4ª sesión: Cuidados básicos 2 Presentación Medicamentos y otras medidas Autocuidados: problemas y soluciones Relajación	Expositiva Expositiva De Análisis De desarrollo de habilidades	GG GG GP/GG GG	10' 40' 50' 20'
Autocuidados. Bienestar emocional			
5ª sesión: Autoestima Presentación Autoestima Relajación	Expositiva De Investigación en aula Expositiva/De Análisis De desarrollo de habilidades	GG TI/GG TI/GP/GG GG	10' 40' 50' 20'
Autocuidados. Cuido mis relaciones			
6ª sesión: Escucha y comunicación Presentación Autoestima Relajación	Expositiva De Análisis/Expositiva Expositiva/De análisis De desarrollo de habilidades	GG TI/GG GG/GP/GG GG	10' 30' 60' 20'
7ª sesión: Sexualidad Presentación Sexo, sexualidad y erótica La sexualidad en la menopausia Relajación	Expositiva Expositiva De Investigación en aula De desarrollo de habilidades	GG GG GP/GG GG	10' 30' 50' 30'

En cada sesión trabajamos varios contenidos. Para cada contenido elegimos la técnica y agrupación adecuada. Calculamos el tiempo que nos va a ocupar trabajar cada contenido.

Evaluación

Realizaremos una evaluación educativa continua, a lo largo de las sesiones y al final, por parte de educadoras, educadores y participantes, a través de distintos instrumentos: observación con guión, análisis de tareas y cuestionario final.

Introducción/justificación

Garantizar un comienzo sano de la vida y promover el desarrollo de recursos y capacidades sociales y sanitarias en la edad escolar constituye un planteamiento básico de la Promoción de la salud y hace parte de los objetivos de Salud para todos en el siglo XXI (Salud 21, OMS, 1999). La familia y la escuela son los principales agentes de socialización en estas etapas.

La información y educación de las familias tiene una influencia decisiva en los estilos de vida, la salud y el bienestar de la infancia, la preadolescencia y la adolescencia. La formación de los padres y las madres debería formar parte de los servicios de salud (Salud 21, OMS, 1999).

El centro se plantea este taller de educación para la salud con madres y padres para completar la labor que se viene haciendo en las consultas de pediatría y avanzar en estos objetivos.

Análisis de la situación

El taller se va a ofertar a las madres y padres de escolares de la etapa infantil (3–6 años) intentando llegar a través de las consultas de pediatría, de los Departamentos de Orientación de los centros escolares y de los servicios de Salud Mental a quienes más lo necesiten.

Tendremos en cuenta los datos concretos del grupo con el que se trabaje: edad, nivel socioeconómico, nivel de instrucción...

Trabajaremos considerando la existencia de múltiples factores relacionados con la situación y necesidades de las madres y padres:

Factores ambientales	Entorno próximo		Entorno social	
	- Familia y sistemas de soporte social - Situación y condiciones de empleo o desempleo - Otras situaciones vitales generadoras de estrés		- Modelos socioculturales de maternidad y paternidad - Planteamientos sociales respecto al cuidado y la educación de hijos e hijas - Valores y costumbres socioculturales	
Factores personales	Área cognitiva	Área emocional	Área Habilidades	
	- Conocimientos de psicología evolutiva - Conocimientos sobre cuidados y educación de hijos e hijas - Factores relacionados.	<i>Vivencias, creencias y experiencias personales.</i> <i>Emociones y sentimientos.</i> - Autoestima y autoconcepto. - Autoeficacia: Siento que puedo introducir cambios en mi vida - Expectativa de resultados: Siento que puedo controlar la situación. - Expectativa de otros: Reacciones que se esperan de personas cercanas. - Grado de adhesión a las normas	- Habilidades psicomotoras: ejercicio físico, relajación, - Habilidades personales. Análisis de situaciones y toma de decisiones, organización del tiempo, manejo de emociones... - Habilidades sociales: escucha, comunicación, manejo de conflictos...	

Recursos que vamos a utilizar: Humanos, materiales y de tiempo.



Objetivos y contenidos

Objetivo general: Favorecer el desarrollo integral y la salud de los niños y niñas y de sus madres y padres, mejorando las capacidades parentales.

Objetivos específicos educativos de aprendizaje. Que las personas participantes y en relación con el conocimiento de sus hijos e hijas, su cuidado y educación y la integración de la maternidad y paternidad:

Bloques de contenido:

- Conocer mejor a nuestros hijos e hijas
- Ser educadores
- Cuidar a nuestras hijas e hijos
- Mejorar la relación educativa y su cuidado
- Integrar la maternidad/paternidad

Expresen sus vivencias y experiencias

Reorganicen e incrementen sus conocimientos: el fenómeno global maternidad/paternidad, desarrollo psicoevolutivo, modelos y estilos educativos, situaciones y problemas de salud y enfermedades.

Reflexione sobre los factores que influyen en su situación.

Desarrollen actitudes positivas: autoridad, aceptación, autoestima, autonomía.

Desarrollen las habilidades necesarias para cuidar y educar: dieta sana, el juego, observación y escucha, comunicación, manejo de conflictos....

Analicen problemas y busquen soluciones para cuidar y educar.

Metodología

Se realizaran 8 sesiones de 2 horas de duración cada una.

El primer bloque incluye 1 sesión:

Nuestras hijas e hijos

El segundo bloque incluye 2 sesiones:

Aceptación y autoestima

Autoridad y autonomía

El tercero 2 sesiones:

Alimentación, Manejo de síntomas y enfermedades

Seguridad y prevención de accidentes

El cuarto bloque 2 sesiones:

La observación, la escucha y la comunicación

El manejo de conflictos

El quinto 1 sesión:

Ser personas y ser madres y padres.

En cada sesión se trabajan algunos contenidos; cada contenido con su técnica adecuada. Es importante calcular y reajustar según los tiempos previstos.

Diseño orientativo de sesiones:

Objetivo	Técnica	Agrupación	Tiempo
Nuestros hijos e hijas			
1ª sesión: Nuestros hijos e hijas Presentación y contrato educativo Experiencias parentales Desarrollo psicoevolutivo Educar y cuidar	De Encuentro y Expositiva De Investigación en aula Expositiva De análisis Expositiva	GG TI/GP/GG GG GP/GG GG	15' 30' 30' 30' 15'
Ser educadores			
2ª sesión: Aceptación y autoestima Presentación El padre y la madre como educadores La aceptación La autoestima	De Encuentro y Expositiva Expositiva De análisis/Expositiva Expositiva/De análisis	GG GG GP/GG GG/GP/GG	10' 20' 40' 30'
3ª sesión: Autoridad y autonomía Presentación La autoridad La autonomía	De Encuentro y Expositiva De investigación en aula Expositiva Expositiva/De análisis	GG GG GG GG/GP/GG	10' 20' 30' 60'
Cuidar a nuestras hijas e hijos			
4ª sesión: Alimentación e higiene Presentación El cuidado de nuestras hijas e hijos: La alimentación. Mejorar los cuidados	De Encuentro y Expositiva Expositiva Expositiva/De análisis De análisis	GG GG GG/GP/GG GP/GG	10' 35' 40' 35'
5ª sesión: Las enfermedades y problemas de salud más frecuentes Presentación Síntomas y enfermedades más frecuentes Las vacunas Los accidentes infantiles	De Encuentro y Expositiva De análisis/Expositiva Expositiva Investigación en aula Expositiva	GG GP/GG GG GP/GG GG	10' 45' 15' 30' 30'
Mejorar la relación educativa			
6ª sesión: La observación, la escucha y la comunicación Presentación La observación y la escucha La comunicación: mensajes yo-tú	De Encuentro y Expositiva Expositiva/De análisis Expositiva De desarrollo de habilidades	GG GG/GP/GG GG GP/GG	10' 50' 20' 40'
7ª sesión: El manejo de conflictos. La negociación Presentación Principales conflictos con nuestras hijas e hijos y formas de resolverlos El manejo de conflictos. La negociación	Expositiva De Investigación en aula Expositiva	GG GP/GG GG	10' 40' 50'



Integrar la maternidad/paternidad			
8ª sesión: Mirando por mí Presentación Rol social de la maternidad / paternidad Mis derechos La maternidad/paternidad dentro del proyecto personal de vida Evaluación	De Encuentro y Expositiva	GG	10'
	De Análisis	GP/GG	30'
	De Análisis	TI/GP/GG	30'
	De Análisis	GP/GG	30'
	Cuestionario	TI	20'
GG—> Grupo Grande GP—> Grupo Pequeño TI—> Trabajo Individual			

Evaluación

Se realizará una evaluación educativa, continua, a lo largo de las sesiones y al final, por parte de las educadoras y resto de personas participantes, a través de distintos instrumentos: observación con guión, análisis de tareas y cuestionario final.

Experiencias

4



Este capítulo presenta algunas experiencias prácticas más detalladas de los distintos tipos de Intervención:

- Información/Consejo

Plantea ejemplos de Consejos educativos organizados o sistematizados (incluye todos los pasos o etapas de un consejo) centrados en diferentes temas: Dejar de Fumar, Alimentación, Uso del preservativo, Ejercicio físico, Estrés y Uso del cinturón de seguridad.

- Educación Individual

Reproduce la propuesta de Apoyo programado individual del libro *“Ayudar a Dejar de Fumar. Protocolos de actuación para profesionales de salud”*, del Gobierno de Navarra.

Contiene una Presentación de la intervención, un Esquema orientativo del programa de consultas individuales y una Descripción de cada una de las consultas con orientaciones metodológicas para la o el profesional y material para el usuario o usuaria.

No ofrece un modelo cerrado, único, sino que plantea distintas posibilidades para que cada equipo y cada profesional puedan elegir o elaborar la que mejor se ajuste a su situación y a la de la persona con la que trabaje.

- Educación grupal.

Reproduce una de las cinco experiencias – modelo que presenta el libro *“Etapas vulnerables, Educar en Salud III. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria”*, publicado por el Gobierno de Navarra: Educación con grupos de personas cuidadoras.

Esta experiencia se obtuvo de refundir y reelaborar las intervenciones sobre el tema realizadas por distintos centros de salud de Navarra, en colaboración con diferentes entidades sociales y servicios, durante el decenio 1987 – 1997.

Es, pues una experiencia “virtual” que sin ser ninguna de las realizadas en ese período, tuvo en cuenta y trató de acercarse a todas, recogiendo partes y construyendo una nueva.

Las dos últimas experiencias pueden encontrarse en www.cfnavarra.es/isp/promocion. Además desde allí se accede también a otras experiencias y distintos materiales para la programación y realización de intervenciones educativas, entre ellos:

- Ayudar a crecer. Guía educativa para trabajar con grupos de padres y madres
- Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes
- En la madurez. Guía educativa para promover la salud de las mujeres
- Carpeta Estilos de vida
- Estilos de vida. Protocolos para profesionales. Educación y Comunicación en consulta individual
- Estilos de Vida. Educar en salud I. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria
- Estilos de vida. Promoción de Salud. Acciones colectivas y comunitarias
- Cómo Ayudar a su paciente a Dejar de Fumar. Guía para profesionales de salud
- Ayudar a dejar de fumar. Protocolos de actuación para profesionales de salud

- Educar en salud II. Procesos crónicos. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria
- Educar en salud III. Etapas vulnerables. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria

Existe además otra amplia gamma de recursos de apoyo. Pueden consultarse:

<http://sipes.msc.es>: Sistema de información en promoción y educación para la salud, del Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con la Comunidades Autónomas

www.msc.es: Ministerio de Sanidad y Consumo, con enlaces con otras estructuras del propio Ministerio, Comunidades Autónomas y Organismos Internacionales

www.who.ch: Organización Mundial de la Salud

www.semfyec.es: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

www.papps.org: Programa de actividades de prevención y promoción de la salud, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

www.pacap.net: Programa de actividades comunitarias en atención primaria, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

www.enfermeriacomunitaria.org: Asociación de Enfermería Comunitaria

www.iuhpe.org: Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud

Consejo para dejar de fumar

“¿Fuma?”

“Para su salud es importante que deje de fumar. ¿Ha pensado en dejarlo?”

“Este folleto trata del Dejar de fumar. Leerlo quizá le ayude”

“Si necesita ayuda podemos quedar en otra consulta. Además en el centro se ofertan varias consultas individuales de enfermería o talleres con grupos para trabajar el tema”.

Consejo alimentario

“La alimentación tiene una gran influencia en la salud ¿cómo es tu dieta?”

“En tu caso, una alimentación menos grasa puede reducir el riesgo de enfermedades del corazón ¿podrías intentarlo?”

“En este folleto encontrarás informaciones para valorar y decidir algunos cambios”

“Si tienes dudas podemos quedar para verlas más despacio”

Consejo de uso del preservativo

“¿Tienes relaciones sexuales de penetración?”

Para la prevención del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexuales y para evitar embarazos no deseados es importante usar preservativo en todas las relaciones sexuales esporádicas ¿Te lo has planteado? ¿Cómo lo ves?

“En este folleto encontrarás información sobre la conveniencia y medidas de prevención. Si quieres que hablemos más sobre el tema puedes pedir cita cuando quieras”

Consejo de ejercicio físico

“¿Hace ejercicio físico?”

“Le conviene hacer todos los días 30' de ejercicio físico ¿lo ve posible?”

“Aquí encontrará informaciones sobre el ejercicio físico que mejora la salud. Le propongo que lo lea y piense si puede mejorar algo”.

“Cualquier duda que tenga la podemos comentar en la consulta”

Consejo de control de estrés

“En tu situación se suelen acumular tensiones ¿tienes sensación de estrés?”

“Una vida más tranquila puede favorecer tu salud ¿puedes valorar esta posibilidad?”

“En este folleto encontrarás informaciones sobre el estrés y cómo controlarlo. Te animo a que lo leas porque pienso que puede serte útil” “Si necesitas algo más cuenta conmigo”.

Consejo de uso del cinturón de seguridad

¿Cuidáis la seguridad en el coche?

Por su seguridad y la tuya se recomienda que tu bebé de más de 10 kilos vaya bien atado en su sillita sujeta al asiento de atrás mediante un anclaje o uno de los cinturones de seguridad del coche. Es importante que tú también utilices el cinturón ¿cómo lo ves?

En este folleto encontrarás información sobre todas las medidas de seguridad.

Si te surge alguna duda me llamas, pides cita o lo vemos en la próxima revisión.



(Fuente Ayudar a Dejar de Fumar. Protocolos de actuación para profesionales de salud.
Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra)

Presentación

Ayudar a dejar de fumar en la consulta individual supone acompañar al usuario o usuaria en un proceso de cambio que requiere esfuerzo y suele ser costoso. Hay que partir de que dejar de fumar es difícil.

Ello requiere de la o el profesional el desarrollo de ciertas actitudes y habilidades comunicacionales y la utilización de técnicas concretas (escuchar, preguntar, informar, resumir y ordenar, etc.) que posibilite a quien quiere abandonar el consumo de tabaco:

- Investigar y expresar su realidad, autoexplorarse, conocer mejor sus motivaciones, evaluar costes y beneficios.
- Profundizar en el tema, analizar su implicación en él, movilizar sus propios recursos, identificar necesidades, analizar dificultades y buscar alternativas.
- Abordar la situación, valorar distintas alternativas y decidir, desarrollar habilidades, experimentar y revisar sus propias acciones para el cambio. Las decisiones son siempre suyas.

Se propone aquí un diseño orientativo de 6-8 consultas que es necesario, en cualquier caso, adaptar a la situación del usuario o usuaria y a la del profesional.

Las 2 primeras consultas se centran en la Preparación al Cese y abordan fundamentalmente la firmeza de la decisión, el conocimiento de su propia situación, la evaluación costes/beneficios y el cómo lo va a hacer. Se denominan: *Voy a dejar de fumar* y *Me preparo para dejarlo*.

Las 3 consultas siguientes se centran en el Cese y abordan fundamentalmente el dejar de fumar totalmente, el control del síndrome de abstinencia y la nueva situación. Se denominan: *Dejo de fumar*, *Lo he dejado* y *Ya no fumo*.

Las otras consultas son de seguimiento. Se centran en la consolidación del cese a corto plazo y en la prevención y control de las recaídas. Se denominan: *Me mantengo aunque cuesta*.

Además del uso de técnicas variadas, en todas las consultas se plantea la posibilidad de la utilización de un soporte escrito que pueden ser tanto las Fichas individuales que incluye esta experiencia como otros materiales (ver www.cfnavarra.es/sintabaco o www.cfnavarra.es/salud/isp).

En el abandono del tabaco se trata también de valorar la indicación de un recurso farmacológico: el reemplazamiento de nicotina, (chicles, parches o comprimidos para chupar) o el bupropion ya que el síndrome de abstinencia a la nicotina que se va a producir es el principal motivo de recaída.

El Apoyo Programado Individual es más eficaz si se realiza con una persona que no sólo desea dejar de fumar sino que claramente lo ha decidido. No se trata de presionarle u obligarle a acudir al servicio sino de procurar que acuda por su propia voluntad. Siempre tiene ventajas que el marco de relación esté claro: tú te comprometes a dejar de fumar y yo a ayudarte. La realización de un pacto y de un contrato oral o escrito suele ayudar a la consecución de objetivos.



El Apoyo Programado Individual frente al Grupal posee las siguientes ventajas e inconvenientes:

- Ventajas: permite personalizar al máximo, individualizar los objetivos y contenidos educativos y trabajar la situación concreta y los problemas y necesidades específicos. Permite así mismo ayudar a decidir los cambios más adecuados y factibles.
- Inconvenientes: posibilita exclusivamente una comunicación bidireccional profesional y usuario/a que no permite el refuerzo grupal ni las aportaciones de los otros miembros del grupo. La influencia del profesional es mayor y por tanto cobran más importancia sus propias actitudes de aceptación, empatía, relación y valoración y la consecución de un clima tolerante. Tiene, en general, menor eficacia y eficiencia.

APOYO PROGRAMADO INDIVIDUAL: ESQUEMA ORIENTATIVO DE CONSULTAS



Se trata de un esquema orientativo a adaptar según la situación del profesional y del usuario o usuaria (tiempo disponible, situación y necesidades, recursos...)

CESACIÓN	Contenidos	Técnicas
Preparación al cese (15 y 7 días antes del cese) 1ª consulta: Voy a dejar de fumar. Acogida, presentación y contrato Expresar su situación: el significado y las vivencias de fumar y dejar de fumar El tabaco y la salud Elección de fecha y forma de abandono del tabaco 2ª consulta: Me preparo para dejar de fumar Acogida, retomar la sesión anterior y presentar ésta Analizar su situación: apoyos, dificultades y alternativas para dejar y mantenerse sin fumar El proceso de abandono Medición de monóxido de carbono		Para las relaciones Para las relaciones Escucha activa Preguntas abiertas Información con discusión
Cese (cese, inmediatamente después del cese y a la semana) 3ª consulta: Dejo de fumar Acogida, retomar la sesión anterior y presentar ésta La dependencia de la nicotina. Plan personal de abandono: cese, cambios a introducir 4ª consulta: He dejado de fumar Acogida, retomar la sesión anterior y presentar ésta Expresar su situación Analizar síndrome de abstinencia y revisar el Plan de Abandono Nuestro organismo sin tabaco: beneficios a corto plazo de dejar de fumar. Control del tratamiento farmacológico 5ª consulta: Ya no fumo Acogida, retomar la sesión anterior y presentar ésta Expresar su situación Beneficios y pérdidas. Compensar las pérdidas Nuestro organismo sin tabaco: beneficios a corto y largo plazo de dejar de fumar. Control del tratamiento farmacológico		Para las relaciones Resumir y ordenar Focalizar Personalizar Ejercicios Connotación positiva Ayuda a la toma racional de decisiones Connotación positiva

SEGUIMIENTO	Contenidos	Técnicas
Seguimiento (a los 28 y 56 días y a los 3 meses) 6ª, 7ª y 8ª consulta: Me mantengo aunque cuesta Acogida, retomar sesiones anteriores y presentar ésta Expresar su situación Analizar su situación: factores facilitadores, dificultades y recaídas Buscar nuevas alternativas y/o desarrollar recursos y habilidades para mantenerse sin fumar Plan personal para mantenerse sin fumar Evaluación y despedida		Escucha activa Preguntas abiertas Información con discusión Resumir y ordenar Ayuda a la toma racional de decisiones Simulaciones operativas Demostración con entrenamiento Connotación positiva

En todas las sesiones se utilizan tanto las técnicas de aprendizaje (ver pág. 67 - 94) como las dirigidas a las relaciones (ver pág. 62).

1ª CONSULTA: VOY A DEJAR DE FUMAR. CÓMO LO VIVO.

La persona ha decidido dejar de fumar y acude porque cree que necesita ayuda. Suele tener cierta inseguridad e incertidumbre ¿qué me pasará?. Esta 1ª consulta pretende desarrollar un clima de aceptación y confianza y facilitar que la persona se autoexplora, clarifique su situación, incremente sus motivaciones y consolide su decisión. Dejar de fumar es difícil pero posible.

Recepción y contrato. Saludarle, acogerle, dándole muestras verbales y no verbales de disponibilidad y aceptación; Presentarse, si no se conocen y realizar un pacto sobre el compromiso del cese, el apoyo, los contenidos a desarrollar en las sucesivas consultas, el tiempo, los plazos, etc. Proponer un sistema de funcionamiento claro.

Se puede plantear como requisitos: fijar fecha y utilizar tratamiento farmacológico (sustitutivos de nicotina, bupropion), si está indicado.

El pacto o contrato es importante. Favorece la implicación de ambas partes y la consecución de objetivos. Puede ser oral o escrito.

Expresar su situación. Para ser más consciente de su situación se trata de favorecer el que la persona que quiere dejar de fumar exprese sus vivencias y experiencias respecto a: Fumar (vivencias y experiencias positivas y negativas, dependencia a la nicotina) y Dejar de fumar (razones, motivos, apoyos... y dificultades, dudas y expectativas negativas)

Como técnicas para ayudarle a expresar podemos utilizar las preguntas abiertas y la escucha activa y empática (ver Métodos y Técnicas educativas individuales). Es importante la respuesta, devolverle que le hemos entendido, crear un clima de confianza. Ejemplos:

- *¿Qué significa para ti fumar? y ¿dejar de fumar? (Pregunta abierta)*
- *¿Qué expectativas, miedos... tienes ante la decisión de dejar de fumar?*
- *¿Por qué ahora?*
- *¿Cómo han sido tus anteriores experiencias sin fumar? (Pregunta abierta)*
- *Te sientes muy agobiada por el hecho de dejar de fumar porque te parece que conlleva pérdidas importantes (el placer de fumar, una forma de estimularte y concentrarte) y a la vez te sientes fuerte, quieres dejarlo, estás decidida a ello y esperas que yo te ayude, ¿es así? (Respuesta de escucha activa y empática)*

Pueden utilizarse también el *Test de motivación* y el *Test de dependencia a la nicotina de Fagerström*.

El tabaco y la salud. Aportar información motivadora sobre los componentes del humo del tabaco, los efectos y riesgos del fumar y los beneficios del dejar de fumar, reforzándole en su decisión y desarrollando el sentimiento de que es capaz de hacerlo.

Elección de fecha y forma de abandono del tabaco. Se le propone que fije una fecha concreta ayudándole a evaluar su idoneidad (apoyos/dificultades) y que decida la forma de cese (abandono gradual o cese brusco) ayudándole a valorar ventajas e inconvenientes.

Tarea para casa. Puede proponérsele que registre (Ficha 1A) los cigarrillos que fuma, anotando hora, situación personal y necesidad. Reflexionar sobre la posibilidad de no fumarlo y valorar si necesita hacer algún cambio o buscar alguna alternativa.

Cita de próxima consulta: 7 días antes del cese.



FICHA 1A: Diario del fumador/a

Cigarrillo	Hora	Dónde / Situación / Apetencia	¿Considero necesario introducir algún cambio para no fumar en una situación similar?, ¿cuáles?
1°	8	Casa / Desayuno / Alta	Cambio el café por zumo o fruta
2°			
3°			
4°			
5°			
6°			
7°			
8°			
9°			
10°			
11°			
12°			
13°			
14°			
15°			
16°			
17°			
18°			
19°			
20°			

2ª CONSULTA: ME PREPARO PARA DEJAR DE FUMAR

La persona va siendo más consciente de su situación, conoce mejor sus vivencias, sus motivaciones, sus dudas. Esta 2ª consulta pretende que la persona profundice y reelabore su situación, identificando apoyos, dificultades y posibles alternativas. Es necesario trabajar las consecuencias negativas debidas a la abstinencia de la nicotina. Cada cuál conoce también las situaciones o momentos en los que le resulta más difícil no fumar y puede plantearse introducir algunos cambios en su vida diaria. A veces se llega a trabajar los contenidos de la siguiente consulta y se cesa.

Acogida, retomar la sesión anterior y presentar ésta. Saludamos y acogemos a la persona. Un buen resumen inicial expresa escucha, favorece la autoexploración, da la posibilidad de mostrar dudas y desacuerdos, supone un refuerzo positivo... Presentar y acordar esta sesión.

Ejemplo:

Como recordarás habíamos acordado en principio 6 sesiones para dejar de fumar. El otro día comentamos tu situación y nos centramos en el fumar y en el dejar de fumar. Te entendí que el fumar te facilitaba las relaciones y que te ayudaba a controlar las tensiones y los nervios. También que querías dejarlo, que había muchos cigarros que te sentaban mal y que sabías que para tus bronquios era importante. ¿Sí? Hoy, si te parece, vamos a profundizar en los aspectos que te pueden ayudar a dejar de fumar y también en las dificultades, ¿vale?

Recoger o retomar la tarea para casa si se había planteado en la sesión anterior.

Analizar su situación. Ayudar a la persona a consolidar su decisión analizando, por una parte, los apoyos, para que decida los que va a utilizar y, por otra, los inconvenientes y dificultades para que se pueda plantear algo y tomar las decisiones oportunas. Al expresarse, es importante describir y no enjuiciar, hablar en primera persona “yo creo que...”, “pienso...”, “de lo que me dices entiendo que...”.

Como técnicas para ayudarle al análisis podemos utilizar: preguntas abiertas, escucha activa, resumir y ordenar lo que dice, concretar o focalizar algún aspecto que nos parezca importante, devolverle de modo respetuoso las incongruencias observadas, etc. (ver Métodos y Técnicas Individuales). Ejemplos:

¿Cuáles piensas que son tus dificultades para dejar de fumar?. (Pregunta abierta)

De lo que dices parece que algunos factores del grupo familiar (el que tu pareja no fume, la presencia de tu hija...) y otros más personales (tu situación de salud y el que te gusten mucho los paseos por el campo) pueden facilitarte el dejar de fumar. Entre los inconvenientes creo entenderte que piensas que vas a estar muy irritable y que tenderás a engordar, ¿es así?. (Resumir y ordenar)

¿Qué podrías hacer para controlar la irritabilidad?. (Pregunta abierta)

Me da la sensación de que cuando estás en una situación de estrés fumas ¿es así?. (Concretar o focalizar)

Hablemos ahora, si te parece, de otras dificultades.

Estás interesadísima en dejar de fumar pero no encuentras ninguna alternativa. Hablemos, si quieres, un poco más de ello. (Confrontar incongruencias)



Puede utilizarse también la Ficha 2A. Ejemplo:

Para profundizar en estos temas te propongo que utilicemos esta Ficha. Si te parece, primero la leemos, luego tú piensas un poco en los asuntos que plantea y escribes lo que te parezca. Esto durante 5'. Luego los comentamos, ¿te parece?

El proceso de abandono. Aportar información sobre el proceso de dejar de fumar y destacar la necesidad de que cada cual elija y desarrolle las alternativas que mejor le vayan ahora. En ello puede estar una de las claves del éxito.

Medición de CO. Medir con el aparato Smokerlyzer la cantidad de Monóxido de Carbono (CO) en el aire espirado. Es claramente motivador la disminución que se produce entre el antes y el después del abandono del tabaco.

Cita de próxima consulta: El día del cese o unos días antes.

FICHA 2A: Análisis mi situación

1. Aspectos que me pueden ayudar a dejar de fumar

- Subraya los motivos, razones, beneficios que esperas: mejoras de salud, sentimientos más positivos: me sentiré mejor, en mejor forma física, más saludable, sin dependencias, mejoras estéticas (aliento, envejecimiento, olores, manos y dientes amarillos), ahorro económico, menor contaminación del ambiente de la casa, disminución de los conflictos con las personas que no fuman, hijos o hijas de corta edad, molestias a pareja y amistades, mayor facilidad para actividades que me gustan como pasear o correr, aspectos ecológicos, intereses económicos de las industrias tabaqueras...

- ¿Qué otros motivos o razones tienes?

- Apoyos (grupo familiar, trabajo, amistades, barrio o zona en que se vive) ¿Cómo pedirles ayuda o cómo utilizar estos apoyos?

2. Dificultades y consecuencias negativas que pienso se me pueden presentar. Dejar de fumar es difícil. Se producen consecuencias negativas que van desapareciendo con el tiempo y además existen momentos más difíciles. ¿Qué cosas pienso que me pueden pasar? (males, ansiedad y dificultades para controlar el estrés, dificultades de atención y concentración, aumento de peso, qué hacer con las manos, cómo salir de cena y relacionarme sin tabaco, qué pensarán otras personas, miedo al fracaso, sensación de pérdida, etc.)

3. Mi nueva situación. Un abordaje positivo de la nueva situación puede incluir distintas alternativas entendidas en sentido amplio: cambiar la forma de ver algunas cosas, adaptarme, aguantarme, controlar la tensión que me produce, introducir algunos cambios. ¿Quiero plantearme algo?, ¿qué cosas concretas creo que pueden servirme?. Tengo motivos para dejar de fumar.

La persona ha consolidado su decisión de dejar de fumar y conoce mejor su relación con el tabaco. Esta consulta se centra en el “dejarlo”, dejarlo del todo.

Acogida, retomar la sesión anterior y presentar ésta. Saludo y acogida. Resumen inicial y presentación. Ejemplo:

Hasta hoy hemos comentado los aspectos del fumar y del dejar de fumar que a ti te parecen importantes, la existencia de una dependencia a la nicotina y también de un cierto enganche al tabaco que habría que superar, distintos apoyos que podrías utilizar, las dificultades que piensas que vas a tener y todo lo que se te ha ocurrido que podrías hacer. Hoy, si te parece, trabajaremos más la dependencia a la nicotina y formas que ayudan a superarla. Luego se trata de que elabores ya tu propio plan de abandono, que decidas el conjunto de actuaciones que vas a poner en marcha. El miércoles dejas de fumar y en lo adecuado o no de ese plan y en nuestra capacidad para llevarlo a cabo puede estar la clave del éxito.

La dependencia de la nicotina. El tratamiento farmacológico. Aportar información sobre la nicotina, la dependencia farmacológica y los efectos de la abstinencia. Se indica, si procede, tratamiento farmacológico explicando la dosis, instrucciones de uso, efectos adversos, etc. Como técnica se puede utilizar la exposición con discusión o, si procede, realizar una lectura de las Ficha 3A y 3B o 3C. Ejemplo:

En tu caso el grado de dependencia a la nicotina es alto y te podría resultar eficaz el uso del parche de nicotina que hace más fácil el dejar de fumar y favorece el éxito. El parche es (se explica) y se utiliza de la siguiente forma (se explica).

Analizar dificultades, buscar soluciones, demostrar cómo se coloca. Ejemplo:

¿Cómo ves en tu situación el uso del parche?. Podríamos comentar las dificultades que te plantea su utilización. (Pregunta abierta)

Plan personal de abandono. Se trata de que la persona elabore su propio plan de abandono, seleccionando las alternativas que mejor le vayan a su situación y estilo personal. Primero devolver de forma abreviada los problemas y soluciones ya analizados, reforzando los aspectos que le facilitan dejar de fumar. Si las alternativas generadas son escasas se puede dedicar un tiempo a incrementarlas y analizarlas (ventajas e inconvenientes, si son adecuadas, si le van). Que la persona elija las actuaciones que va a realizar. No se trata de tomar las decisiones por ella sino de ayudarle a que ella decida. Valorar sus recursos y experiencia.

Como técnicas podemos realizar, preguntas abiertas, resumir y ordenar, ayudarle a decidir de forma racional, etc. (ver Métodos y Técnicas Individuales dirigidos al aprendizaje). Ejemplos:

Hasta ahora los principales problemas que hemos identificado han sido: 1) el cigarrillo de después de comer, 2) las noches del viernes y 3) la ansiedad del abandono. Como cosas par hacerles frente has comentado: a) pasear con “el último bocado”, b) no salir durante los dos primeros meses de juerga y pensar en ir al cine o en hacer otras actividades que te gusten c) dedicarte más a la cocina que es una actividad que te relaja y d) ejercitarte en respiración y relajación. ¿Se te ocurre algo más? (Resumir, ordenar y preguntar)

Me dices que estos meses no vas a salir de juerga pero vuelves muchas veces a los viernes. Podríamos quizá comentarlo un poco más. (Confrontar incongruencia)

En concreto esta semana, ¿tienes cenas o celebraciones?, ¿te planteas algo?.

Cita de próxima consulta: a los 3 días después del cese.

FICHA 3A: La dependencia de la nicotina

Nicotina y dependencia farmacológica.

Cada cigarrillo contiene una dosis de nicotina a la cual el organismo se habitúa progresivamente y se hace indispensable.

La necesidad del organismo de nicotina está ligada a las acciones de esta sustancia sobre el sistema nervioso central. No es natural, en el sentido de que no corresponde a una necesidad vital. No existe en el momento de las primeras experiencias con el tabaco y no se puede desarrollar más que en un fumador regular. Resulta como consecuencia de la puesta en marcha de sistemas de regulación análogos a los que controlan algunos comportamientos indispensables para la supervivencia, como la alimentación o la bebida.

Esta dependencia física es la principal causa de fracaso de las tentativas de abandono.

Efectos de la abstinencia a la nicotina

Al dejar de fumar la falta de nicotina provoca en el fumador/a una serie de molestias (insomnio, nerviosismo, ansiedad, hambre, irritabilidad, dificultad de concentración...) que incitan a reiniciar el consumo de tabaco.

En general los síntomas alcanzan su máxima expresión en el plazo de una semana y la mayoría de ellos disminuyen en intensidad en el transcurso de 3 a 4 semanas. El aumento de peso corporal, sensación de hambre y avidez por los cigarrillos continúan en muchos casos, durante 6 meses o más. Los síntomas de abstinencia a la nicotina remiten al reanudar el consumo de la misma.

De ahí la necesidad de suministrar nicotina bajo otra forma que la del tabaco, así se suprime la sensación de necesidad, lo que permite al fumador/a deshacerse paralelamente de su dependencia psicológica.

Cómo calcular la dependencia de la nicotina

Existe una fórmula sencilla para evaluar la dependencia a la nicotina: el llamado test del 20-20. Consiste en dos preguntas: ¿fuma más de 20 cigarrillos al día?, ¿fuma el primer cigarrillo antes de los 20 minutos después de despertarse?.

Si las dos respuestas son afirmativas su grado de dependencia es alto y por tanto es eficaz el suministro de nicotina para mejorar el éxito de un intento de abandono del consumo de tabaco. Si son negativas y el número de cigarrillos está entre 10 y 20, el grado de dependencia es medio y requiere también reemplazamiento de nicotina, aunque con una dosis inicial menor.

Actualmente en el mercado español hay disponibles parches transdérmicos de 24 y 16 horas. El de 24 horas disminuye el deseo de fumar matutino y el de 16 horas evita las molestias nocturnas que puede provocar la nicotina.

Si padece alguna enfermedad crónica o aguda, algún proceso alérgico, o bien está en periodo de lactancia, está embarazada o intentándolo, consulte con el profesional de salud que está supervisando su abandono del consumo de tabaco.

FICHA 3B: Parches de nicotina

En el centro de salud le indicaran si en su caso están o no indicados los parches y si debe o no tener en cuenta algunas precauciones. Existen parches de 24 y de 16 horas.

Instrucciones de uso

- Durante su uso NO se debe fumar. Utilizar sólo cuando se ha dejado completamente.
- Aplicar sobre la piel limpia, sin vello, seca e intacta del tronco, parte superior del brazo o cadera. En mujeres no aplicar sobre el pecho.
- Empezar a usarlos al levantarse el día que se deja de fumar y retirar:
 - El de 24 horas al día siguiente
 - El de 16 horas por la noche

• Dosis y duración:

Un parche al día

Si los parches son de 24 horas:
4 semanas con 21 mg
2 semanas con 14 mg
2 semanas con 7 mg

Si los parches son de 16 horas:
4 semanas con 15 mg
2 semanas con 10 mg
2 semanas con 5 mg

- Cambiar de localización cada día y no repetir una en 7 días. Si olvida cambiar el parche a la hora habitual, cámbielo inmediatamente y continúe al día siguiente como lo venía haciendo.

Efectos del parche

- El parche de nicotina no es una cura mágica. Para conseguir el éxito es preciso un esfuerzo y un compromiso personal.
 - La absorción de la nicotina contenida en el parche es de menor intensidad que a través de los cigarrillos. Esto hace que no proporcione la misma satisfacción que el fumar.
 - El parche no hace que quien fuma deje de fumar, pero facilita el mantenerse sin fumar, reduce las ganas de fumar y disminuye otros síntomas de la abstinencia.
 - Estos parches pueden causar efectos secundarios en algunas personas:
 - Reacciones en la piel
 - Insomnio y pesadillas
 - Dolores de cabeza
- Consulte en su Centro de Salud si aparecieran.



FICHA 3C: Bupropion

Se presenta en comprimidos de 150 mg.

Se presentan aquí unas consideraciones generales. En cualquier caso se trata de seguir las indicaciones médicas.

Se plantea iniciar el tratamiento antes de dejar de fumar (1 – 2 semanas antes) y mantenerlo hasta 7 – 9 semanas desde el día que se deja de fumar.

Dosis: Según indicación médica, generalmente:

1 comprimido cada mañana durante seis días
Después 1 comprimido a la mañana y otro al mediodía o media tarde (separados por un intervalo de al menos 8 horas)

Si se olvida una dosis se recomienda no recuperarla y esperar a la toma siguiente.

La toma de bupropion puede producir efectos adversos (no quiere decir que necesariamente a usted vaya a sucederle):

Insomnio
Cefaleas, dolores de cabeza
Sequedad de boca y alteraciones del sentido del gusto
Reacciones en la piel.

Consultar con su médica o médico si usted toma otros medicamentos o se encuentra con algunas de las siguientes situaciones en las que hay que no está indicada la utilización de este fármaco:

Alergia al producto
Embarazo o lactancia
Infancia o adolescencia
Antecedentes de convulsiones o trastorno convulsivo actual
Tumores del sistema nervioso central
Cirrosis hepática grave
Deshabitación brusca de alcohol o benzodiacepinas
Diagnóstico previo o actual de anorexia – bulimia
Uso de medicamentos IMAO en los 14 días previos
Historia de trastorno bipolar

Se recomienda reducir la dosis y tomar precauciones a las personas ancianas o en caso de insuficiencia renal o insuficiencia hepática.

Es necesaria también una valoración médica si se ha padecido traumatismo craneal, diabetes en tratamiento con pastillas o insulina, uso de estimulantes o productos para reducir el apetito, uso abusivo de alcohol o tratamiento para bajar el umbral de convulsiones.



FICHA 3D: Plan de abandono

1. Siéntate cómodamente y piensa en tu vida de los próximos días o semanas. Ya no fumas. Intenta imaginarte, repasar visualmente lo que va a ocurrir.

2. No es fácil dejar de fumar pero quieres hacerlo. Tienes recursos personales que puedes utilizar. Intenta pensar más en las posibilidades que en las dificultades.

3. Anota algunos cambios concretos que pienses que te pueden servir y que quieras introducir en esta época:

4. Al dejar de fumar la falta de nicotina produce el llamado "síndrome de abstinencia" que a cada persona le afecta de distinta manera. En este período puede aparecer irritabilidad, nerviosismo, hambre, ganas de fumar, dificultad de concentración,... Estos síntomas van disminuyendo y desaparecen con el tiempo. ¿Cómo los vas a llevar?. Piensa si quieres hacer algo para controlarlos.

5. Repasa todos los cambios que te planteas. Concrétalos y mira qué pasos vas a tener que dar para realizarlos.

4ª CONSULTA: HE DEJADO DE FUMAR

Generalmente la persona ha dejado de fumar y está en una fase de una cierta “euforia”. La consulta se centra en el refuerzo personal y en el control del síndrome de abstinencia. Si no ha podido dejar de fumar totalmente, se le propone analizar de nuevo sus dificultades y desarrollar, si procede, nuevos recursos a utilizar.

Retomar la sesión anterior y presentar ésta. Se saluda y acoge a la persona. Resumen inicial y presentación. Ejemplo:

En las sesiones anteriores hemos ido trabajando tu relación con el tabaco. En la última sesión comentaste que veías claro el dejarlo y decidiste tu plan. Te sentías preparado. Hoy vamos a ver qué ha pasado.
(Resumen)

Expresar su situación. Se trata de favorecer la expresión de su situación, cómo le ha ido, sus logros y dificultades.

Para ayudarle a expresar podemos utilizar preguntas abiertas, la escucha activa y empática, citar le algún aspecto del que no hable, etc. (ver Métodos y Técnicas Individuales dirigidas al aprendizaje). Ejemplos:

¿Cómo te ha ido? ¿has logrado dejar de fumar totalmente? (Preguntar)

Enhorabuena, entiendo que has dejado de fumar totalmente, que te sientes francamente satisfecho y animado y que estás decidido a seguir hasta el final, ¿es así? (Respuesta de escucha activa y empática).

Dices numerosas cosas que te han sido fáciles. Estupendo. Tienes recursos que sabes utilizar. Ahora conviene comentar si has tenido dificultades. (Citación)

Analizar el síndrome de abstinencia y revisar el RN y el plan de abandono. Se trata de favorecer el control del síndrome de abstinencia, repasando las alternativas que se decidieron y buscando nuevas alternativas si se consideran insuficientes. Resumir primero lo trabajado en la consulta anterior. Ejemplo:

El otro día te comenté cómo el organismo se habitúa progresivamente a la nicotina, los síntomas que suelen aparecer al dejarlo y los efectos del parche de nicotina. Estuvimos también aprendiendo a colocar el parche. Podemos ahora, ver primero los síntomas que has experimentado y cómo los has llevado y luego centrarnos en cómo te ha ido el parche ¿te parece?

Analizar el síndrome de abstinencia y su control viendo si se plantea algo nuevo. Como técnicas podemos utilizar las preguntas abiertas, resumir y ordenar, etc. (ver Técnicas educativas para la consulta individual). Ejemplos:

En estos días sin fumar ¿qué síntomas has notado? (Pregunta abierta)

De lo que dices, ¿se podrían resumir tus dificultades en: a) Nerviosismo, irritabilidad, mal genio... y b) Ganas de seguir fumando? (Resumir y ordenar)

¿Qué has hecho cuando han aparecido estos síntomas? (Preguntar)

Vamos a pensar más posibilidades. Imaginemos muchas aunque no sean reales, ¿quieres hacer algo distinto?, hablemos de ello si te parece. (Preguntar)



Pueden utilizarse también la Ficha 4A. Ejemplo:

La falta de nicotina no afecta igual a todo el mundo pero casi todas las personas sí notan algunas molestias. Es lo que se suele llamar el síndrome de abstinencia de la nicotina, muchos de cuyos síntomas disminuyen en 3 ó 4 semanas. Si te parece vamos a centrarnos en lo que a ti te ha ocurrido y en cómo lo has llevado. Para ello te propongo que utilicemos esta Ficha. Primero la leemos, luego tú la piensas durante 5 minutos, escribes lo que quieras y la comentamos, ¿vale?

Revisar el Tratamiento farmacológico y el Plan de abandono.

Nuestro organismo sin tabaco. Se comentan los beneficios a corto plazo del dejar de fumar. Realizar medición de CO.

Cita de próxima consulta. A la semana.

FICHA 4A: Al dejar de fumar

Al dejar el tabaco se producen efectos positivos que no notamos (mejora de la circulación, de la presión sanguínea y del pulso, la sangre se oxigena mejor, disminuye el riesgo de ataque cardíaco, etc.) y otros que poco a poco podemos ir notando (satisfacción, mejora del gusto y del olfato, más ágil, mejora de la circulación periférica, desaparición de la tos matutina y de algunos dolores de cabeza, menor cansancio, la piel recobra el equilibrio, etc.).

Entre las molestias que se describen por la falta de nicotina están:

Irritabilidad
Impaciencia
Hambre
Dificultad de concentración
Ansiedad
Alteraciones emocionales
Ganas de fumar

CUESTIONES:

1. ¿Estos días que síntomas has notado tú?
2. ¿Qué has hecho para controlar las molestias?
3. Piensa en otras cosas que también podrías hacer en esas situaciones para sentirte mejor. Utiliza tu imaginación, piensa en cosas que te gusten, que siempre te habría gustado hacer, que te parece te van a sentar bien. Aprovecha la ocasión. Te lo mereces.

5ª CONSULTA: YA NO FUMO



La abstinencia es de 10-11 días. El clima de euforia inicial se va tornando más sereno y puede incluso empezar a darse un cierto tono de tristeza. Es importante positivizar la situación, remarcar los beneficios o ganancias que se hayan vivido. Esta consulta se centra en el control de las situaciones difíciles y recaídas y en reflexionar sobre el tema de la pérdida.

Acogida, retomar la sesión anterior y presentar ésta. Saludo y acogida, resumen inicial, presentación y pacto de la consulta.

Expresar su situación. Favorecer la expresión de su situación, cómo le va, sus logros y dificultades.

Como técnicas podemos utilizar las preguntas abiertas, la escucha activa, etc. Ejemplos:

¿Cómo te ha ido?, ¿sigues sin fumar?, (Pregunta)

Ya llevas 10 días. Es un período importante. Todo un éxito. Te acercas a las dos primeras semanas sin fumar con lo que podríamos decir que has superado el periodo de mayor índice de recaídas, ¿cómo lo llevas?.

(Pregunta)

Beneficios y pérdidas. Se trata de favorecer el que se valoren las ganancias que se obtienen y de posibilitar el desarrollo de alternativas para compensar la pérdida.

Como técnicas para ayudarle a este análisis se pueden utilizar las preguntas abiertas, la escucha activa, resumir y ordenar, concretar o focalizar algún aspecto que nos parezca importante, etc. (ver Métodos y Técnicas educativas Individuales dirigidas al aprendizaje). Ejemplos:

¿Qué mejoras de todo tipo estas observando?. (Pregunta)

¿Qué otras mejoras esperas obtener?. (Pregunta)

De lo que me cuentas me da la sensación de que empiezas a notar un cierto vacío, ¿es así?. (Focalizar)

El de ahora es un momento un poco más difícil que el de los primeros días. A veces se puede realmente sentir la pérdida del cigarrillo. Unas personas prefieren rellenar este vacío y otras optan por dejar pasar el tiempo ¿cómo llevas este tema?. (Pregunta)

Puede utilizarse también la Ficha 5A.

Nuestro organismo sin tabaco. Recordar los beneficios a corto plazo y aportar información sobre los beneficios a largo plazo del abandono del tabaco.

Como técnica se puede utilizar la exposición con discusión o la lectura con discusión. Como material de lectura se puede utilizar el capítulo 3 del folleto “Dejar de Fumar. Puedes conseguirlo” (www.cfnavarra.es/sintabaco).

Control del Tratamiento farmacológico. Se trata de evaluar dosis e instrucciones e identificar efectos adversos.

Cita de próxima consulta. Se cita para consultas de seguimiento. A veces puede ser conveniente realizar una consulta más de cese



FICHA 5A: Ya no fumo. Beneficios y pérdidas que voy notando

Beneficios a corto plazo que se describen al dejar el tabaco:

- Físicos: la salud en general mejora, la sangre oxigena mejor, mejora la circulación y la respiración, mejora el gusto y el olfato, la estética...
- Emocionales: bienestar, satisfacción, autoimagen positiva, desarrollo de sentimientos positivos hacia una o uno mismo.
- Relacionales: función modélica como madre o padre, disminución de conflictos con las personas que fuman, evito molestias a personas que quiero...
- Ambientales: no contribución a los grandes beneficios de las industrias tabaqueras, cuidado del medio ambiente...

CUESTIONES:

1. ¿Qué ventajas ha tenido para ti el dejar de fumar?, ¿qué beneficios notas?, ¿qué otros esperas?
2. ¿Cómo lo llevas?, ¿sientes esta situación como positiva?, ¿has hecho o quieres hacer algo para compensar lo que has perdido?

CONSULTAS DE SEGUIMIENTO: ME MANTENGO SIN FUMAR AUNQUE CUESTA



Las personas se mantienen sin fumar pero les cuesta esfuerzo. Estas sesiones pretenden consolidar la situación y prevenir y controlar las recaídas.

Acogida, retomar sesiones anteriores y presentar ésta. Saludo y acogida. Resumen inicial, presentación y pacto de la sesión.

Expresar su situación. Se trata de que la persona exprese las vivencias y experiencias del proceso de abandono desde la anterior.

Para ayudarle a expresar podemos utilizar: preguntas abiertas, escucha activa y empática, etc. (ver Métodos y Técnicas educativas Individuales dirigidas al aprendizaje). Ejemplos:

Hace ya un mes que no nos veíamos, ¿cómo te ha ido?. (Pregunta abierta)

¿Qué tal has pasado este tiempo?. (Pregunta abierta)

Veo que dices que te encuentras bien y que estás animada aunque te sigue costando y todavía muchas veces tienes ganas de echarte un pitillo. ¿Es así?. (Respuesta de escucha activa y empática)

Me parece entender que te sientes desorientada porque pensabas que el proceso de dejar de fumar iba a ser más corto y todavía hoy tienes ganas de fumar y te encuentras ansiosa e irritable. (Respuesta de escucha activa y empática)

Analizar la situación. Ayudar a la persona a que identifique los factores que le hacen mantenerse sin fumar y las situaciones que le resultan más difíciles. Es importante valorar los avances y las mejoras obtenidas al dejarlo.

Como técnicas podemos utilizar las preguntas abiertas, escucha activa, resumir y ordenar, de lo que dice concretar o focalizar algún aspecto que nos parezca importante, devolverle de modo respetuoso las incongruencias observadas, etc. (ver Métodos y Técnicas educativas Individuales dirigidas al aprendizaje). Ejemplos:

Si quieres podemos analizar las situaciones que te resultan especialmente difíciles.

Vamos ahora a centrarnos en estos cigarrillos que te has fumado. (Focalizar)

De lo que hemos visto hasta ahora podríamos decir que tus dificultades giran, por una parte, en torno al trabajo (siempre has trabajado fumando) y por otra en torno a ese sentimiento como de vacío que dices que notas. (Resumir y ordenar)

Dices que no encuentras manera de controlar el peso y que estas cuidando mucho tu alimentación. Sin embargo antes has dicho que te había dado por hincharte de pastas y dulces. (Confrontar incongruencias)



Buscar nuevas alternativas y/o desarrollar recursos y habilidades para mantenerse sin fumar. Ante situaciones muy difíciles: buscar nuevas alternativas, estimular más los propios recursos y/o desarrollar nuevos recursos o habilidades.

Como técnicas podemos utilizar las preguntas abiertas, simulaciones operativas, demostración con entrenamiento, etc. (ver Métodos y Técnicas educativas Individuales dirigidas al aprendizaje). Ejemplos:

Vamos a realizar una simulación respecto a cómo y con qué frase podrías solicitar ayuda en tu casa para que no fumen delante de ti por lo menos durante el 1er mes de cese. Si te parece te comento primero aspectos a considerar, luego lo piensas y me lo dices para entrenarte. Luego lo hablamos. (Simulación operativa)

Entiendo que para controlar la ansiedad y las ganas de fumar has decidido utilizar ejercicios de respiración y relajación, ¿no?. Si te parece te comento algunos y los realizamos, ¿vale?. (Demostración con entrenamiento)

Plan personal. Se trata de reafirmarse o reformular el propio plan personal. Revisar el RN. Recordar el cambio de parche.



(Fuente: Etapas vulnerables. Educar en Salud III. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria. Gobierno de Navarra)

Presentación

Esta experiencia-modelo se presenta en el libro *Educar en Salud III: Etapas vulnerables*. Es una experiencia obtenida al refundir y reelaborar distintas y valiosas experiencias de educación para la salud con grupos de personas cuidadoras (de enfermos y enfermas o personas dependientes por distintas razones) realizadas con resultados positivos por diferentes profesionales de los siguientes centros de salud:

Azpilagaña
Berriozar
Chantrea
Elizondo
Iturrama
Mendillorri
Milagrosa
Peralta
Rochapea-Ansoain
Santesteban
Tafalla
Tudela Este

Se presenta como una referencia práctica para quienes realizan o se plantean realizar intervenciones educativas de este tipo.

Trata de facilitar la programación y realización de un conjunto organizado de sesiones educativas. No pretende ser una propuesta cerrada sino un planteamiento orientativo a reformular o adaptar a la situación de las educadoras y educadores y a la del grupo con quien se va a trabajar (tiempo disponible, características y necesidades, recursos...). En muchos casos sólo servirá de base para formular objetivos, inventar nuevas actividades, modificar una parte o combinarla con otras. Puede servir como instrumento de comunicación para que profesionales interesados en el trabajo educativo sobre este tema se pongan en contacto.

El trabajo educativo con personas cuidadoras responde a la situación de envejecimiento progresivo de la población que se está dando en nuestra sociedad, al número creciente de personas que requieren cuidados, a la atribución de los cuidados al grupo familiar y a las necesidades de las personas cuidadoras y cuidadas. Cuidar supone siempre una sobrecarga física y emocional, disminuye el tiempo disponible para otras actividades (ocio y hobbies personales, amistades, ocupaciones sociales, políticas y religiosas, etc.) y puede constituir una situación de crisis psicosocial. Una intervención educativa en estas situaciones puede resultar al mismo tiempo preventiva y terapéutica y puede mejorar el nivel de salud y bienestar tanto de la persona que cuida como de la persona cuidada.

Esta experiencia se ha realizado con un grupo de cuidadoras de mediana edad y de nivel sociocultural medio. Si se trabajase con personas más mayores o de menor nivel sociocultural habría que adaptar las actividades, disminuyendo contenidos y simplificando materiales. Se ha centrado más en el cuidarse porque los cuidados a proporcionar se habían trabajado previamente en consulta individual y también en una sesión grupal. Tampoco incluye el tema de las pérdidas y el duelo aunque Equipos de Atención Primaria que lo han incluido, como Tudela y Falces, lo evalúan muy positivamente.

La persona que cuida

En nuestra sociedad hoy el cuidado de las personas enfermas o incapacitadas se adscribe fundamentalmente al sistema familiar y, dentro de éste, a las mujeres, preferentemente a las amas de casa. En Navarra, según la Encuesta de Salud (1.991) el 71% de las personas que cuidan a personas ancianas con alguna limitación permanente de la actividad son mujeres.

Cuidar, más si es sólo una persona la que se encarga de proporcionar cuidados, si el proceso es largo e irreversible y el deterioro y la invalidez progresivos, supone una carga tanto física como emocional, puede tener consecuencias negativas en la salud y el bienestar personal y en el desarrollo del propio proyecto de vida de la persona cuidadora. Compartir los cuidados es más saludable.

El tipo de cuidados a desarrollar pueden ser instrumentales (compras, cocinar, tareas domésticas, lavar la ropa, medicación...), de cuidado personal (baño o ducha, vestir, desvestir, comer, eliminación urinaria y fecal, pasear, subir o bajar escaleras...), de apoyo emocional, de compañía y de vigilancia. La constante vigilancia que a veces requiere la persona cuidada aumenta la percepción de sobrecarga.

La situación de las personas cuidadoras puede ser muy variable. En general se relaciona con: 1) el tipo de problema de la persona cuidada. Es muy diferente si es una persona anciana, adulta incapacitada, con “enfermedad mental”, el grado y el tipo de incapacidad, etc. 2) la edad y el género de quien cuida; 3) el trabajar o no fuera de casa, las relaciones sociales que mantenga, etc; 4) los apoyos para prestar los cuidados y 5) el tiempo que lleva cuidando a la persona.

Parece claro que el cuidado de una persona con trastornos psiquiátricos o con comportamientos agresivos produce una sobrecarga emocional superior que la atención a personas con incapacidad física.

En general en casi todos los casos, sus prioridades, deseos y necesidades personales pasan a segundo orden. Tienen difícil desarrollar una vida propia. Disponen de poco tiempo para sí. La persona cuidada suele estar en la casa de la cuidadora, lo que dificulta todavía más la separación de experiencias, permite poco el distanciarse. Se tiende a “ser” una cuidadora asumiendo esta tarea casi en exclusividad, en lugar de ser una persona que emplea una parte de su tiempo en cuidar a otra e integra los cuidados en otras tareas y funciones de la vida.

A veces se da conjuntamente la presencia de hijas o hijos pequeños y de personas ancianas o incapacitadas, lo que produce que la persona que cuida se sienta atrapada entre las dos generaciones sin vida propia y aparezcan sentimientos de agobio, impotencia... e incluso trastornos mentales.

En el marco de la diversidad y de la existencia de múltiples experiencias y diferentes formas de vivir, en el perfil de cuidadora más frecuente (mujeres de mediana edad, amas de casa, hijas y con más de 2 años de cuidado, también algunas esposas o madres más mayores) pueden darse algunos de los siguientes factores:

- Las actitudes y comportamientos de las cuidadoras respecto al cuidar pueden ser muy variados: decisión voluntaria, obligación o deber moral, sentimientos de “víctimas”, piensan que hacen más que nadie y eso le complace, a la vez se sienten mal, “explotadas”; actitudes de satisfacción y también de resignación, de chantajes, poder,..., rebeldía a veces en forma de “pataleta” o reproches. En general se dan valores positivos hacia el cuidado de la generación anterior pero también ambivalencias.



- Los conocimientos y habilidades de que disponen respecto al tipo de proceso que sufre la persona cuidada, pronóstico, evolución, cuidados, etc. los describen como deficientes. Las visitas domiciliarias, apoyo, orientación y educación por parte de los servicios sociosanitarios parecen ser insuficientes. A pesar de las deficiencias, en general creen desarrollar su papel con bastante competencia.
- Las habilidades personales (enfrentamiento de problemas, organización del tiempo), psicomotoras (relajación) y sociales (comunicación, escucha, manejo de conflictos, negociación, etc.) a veces no son suficientes para afrontar la complejidad y cantidad de problemas vitales que manejar.
- En algunas situaciones las cuidadoras se sienten satisfechas pero en otras tienen sentimientos de rechazo acompañados de culpabilidad hacia la persona que cuidan debido a las alteraciones que les han producido en sus estilos de vida (relaciones de amor y odio). Otras sienten celos de la persona que cuidan, otras experimentan sentimientos de protección, cariño, apoyo... y a veces situaciones y épocas de complejidad de sentimientos,
- Otras emociones y sentimientos que pueden aparecer son: tristeza, soledad, depresión, irritabilidad, cansancio, vergüenza por algunas acciones de la persona a quien se cuida, impotencia, fracaso o frustración, etc. Algunas cuidadoras tienen reparos para realizar determinados cuidados (vergüenza, asco...).
- La mayoría no busca ayuda para los cuidados de forma explícita, a veces ni se les ocurre. Cuando lo hacen suelen apuntar como motivo el “sentir incapacidad para atender a la persona todo el día”. Hay quienes no son capaces de delegar y buscan fundamentalmente el reconocimiento de su rol y quienes aceptan la posibilidad de compartir los cuidados y plantean conformidad o crítica al apoyo recibido. A veces las personas cuidadoras tienden a pensar que sólo ellas son capaces de atender como es debido a la persona cuidada. Una minoría demanda claramente que se les libere de una parte de la carga que soportan.

En general, la relación cuidadora-persona cuidada, depende mucho de la relación que tenían establecida anteriormente y de los “roles” que cada cual desempeñaba en esa relación.

La persona cuidada

Diversidad y pluralidad se citan como principales características de las personas cuidadas que son personas con problemas de autovalimiento por múltiples causas (deterioro mental, problemas de movilidad, problemas sensoriales con la ceguera o sordera, etc.). Según la Encuesta de Salud de Navarra (1991), entre las personas ancianas, un 20'3% declara una limitación crónica de la actividad.

Perfil mayoritario de la persona cuidada: suele tratarse de personas ancianas, en la franja de los 80 años, con pluripatología e incapacidad física o psíquica. Frecuentemente tiene necesidades de ayuda para distintas actividades de la vida cotidiana: caminar, vestirse, alimentarse y también un cierto grado de incontinencia o desorientación.

Se suele desplazar, debido a sus limitaciones, del domicilio propio, unas veces rural y otras urbano, a casa de la cuidadora con el consiguiente desarraigo de su medio. A veces había accedido ya antes a este modo de convivencia, generalmente por fallecimiento de la pareja.



Cada persona percibe los procesos incapacitantes de forma diferente y le preocupa o destaca de ellos aspectos distintos. Los significados y vivencias personales dependen de las experiencias previas, la edad, el sexo, la situación de convivencia, el tipo de proceso, los apoyos sociales y recursos sociosanitarios, etc.

Cualquier proceso que requiera cuidados ajenos produce preocupaciones, sufrimiento, dolor... Quien padece una deficiencia crónica, la experimenta y vive diariamente y de por vida y ello resulta difícil de asumir y de llevar. La enfermedad acapara continuamente su atención, le avasalla, origina molestias y gastos, impone limitaciones, exige posturas, le lleva a enfrentarse consigo mismo/a, modifica su carácter, marca su futuro, le lleva a conductas anormales, le obliga continuamente a una readaptación de sus hábitos, etc.

Muchas veces debe asumir numerosas pérdidas: del aspecto físico, del status social, de cosas importantes para ella... A "ser persona" otorgan el significado de "valerse" y el sentimiento de incapacidad para regir su propio cuerpo y su propia vida, la dependencia, se vive a veces con desesperación, como un drama. Pueden darse múltiples reacciones emocionales: negación, aceptación, ansiedad, depresión, enfado, etc. Es difícil mantener la autoestima y una imagen positiva de sí.

El espacio físico puede aparecer como un mundo lleno de obstáculos de todo tipo, existen multiplicidad de barreras arquitectónicas en muchos sitios: en la casa, la calle, los medios de transporte, etc.; "todo está hecho para los sanos". Esto le obliga a autolimitar el espacio en que se mueve, las actividades y tareas y su ámbito de relación. Quienes provienen del ámbito rural a veces añoran el pueblo.

La edad, la cronicidad de sus enfermedades, sus mayores o menores limitaciones físicas, su tendencia al deterioro o su deterioro mental pueden plantearle problemas consigo misma y problemas relacionales.

La persona cuidada puede adoptar también distintas actitudes: mayor o menor autonomía, aceptación o no, actitudes posesivas y tiranas, rechazo y no aceptación de sus limitaciones, exigencia, acoso, etc.

Por otra parte, muchas veces se les atienden sus necesidades más biológicas olvidando por diferentes motivos otro tipo de apoyos más afectivos, psicológicos...

El grupo familiar

El tipo de familia varía. La estructura familiar que exista puede ser diversa. Se dan múltiples formas familiares. En el medio rural es más frecuente que convivan tres generaciones y que exista convivencia previa. En la ciudad el tipo de familia más frecuente es la familia nuclear y a ella se incorpora la persona cuidada.

En general en el grupo familiar se genera una crisis, al iniciarse este tipo de situación, que puede afrontarse de distintas maneras según la situación previa. Suele darse algún tipo de sufrimiento familiar. A veces se dan reagrupamientos familiares. Algunas familias presentan problemáticas de relación anteriores que influyen directamente en los cuidados de la persona enferma y en la salud física y mental de la cuidadora. Puede darse una falta de intimidad familiar y un cierto clima de tensión.



La posibilidad de compartir los cuidados con otros miembros de la familia es decisiva a la hora de prestar esta atención. Suele ser útil reunirse para evaluar los cambios y planificar los cuidados. A veces se producen conflictos entre la persona cuidadora y otros miembros del grupo familiar que pueden no estar dispuestos a colaborar, hacen un análisis distinto de la situación o plantean alternativas diferentes.

Es importante el tipo de vivienda: amplitud de espacio, espacios físicos diferenciados para el cuidado, barreras físicas que dificultan los cuidados, camas y otros instrumentos, etc. En general en las ciudades los pisos son pequeños, con poco espacio y no permiten la separación de la familia nuclear y la persona cuidada.

Otros factores que influyen: recursos económicos, estructura y clima familiar, proyecto de familia, habilidades personales y sociales (escucha, comunicación, negociación de las personas del grupo familiar), reparto de tareas, roles y funciones de cada persona, etc.

Factores socioculturales

En las últimas décadas se han dado importantes cambios sociales y culturales y avances en el sistema sanitario que han permitido incrementar la esperanza de vida y reducir la mortalidad, ampliándose la franja de población que se encuentra en etapas vitales avanzadas.

En la actualidad, existen determinados modelos culturales dominantes respecto al cuidar, al rol de mujeres y hombres, de hijos y de hijas, de anciano, de enfermo mental, incapacitado, etc. En esta sociedad industrial se ha producido una inversión de la estima social y una pérdida de los valores sociales positivos respecto a la población mayor, existen múltiples estereotipos negativos sobre las personas mayores, culto al cuerpo joven, a la juventud y a la belleza, valoración negativa y “miedo” a la enfermedad mental e incapacidad, etc.

Socialmente, el cuidado de las personas ancianas se percibe como una obligación moral de hijos e hijas, aunque el sentimiento de obligación filial se va perdiendo. Se atribuye a las mujeres una mayor “capacidad natural” para proporcionar cuidados. Además, existe un escaso reconocimiento, apoyo y valoración social del cuidar.

En la generación de cuidadoras suele darse una valoración positiva de la entrega y del sufrimiento: el dolor ennoblece, el sufrimiento posee virtudes altamente gratificantes, la adversidad genera entereza...

Por otra parte, el cuidar hace parte de la producción doméstica de bienes y servicios que es, aunque no se le valore, una parte importante del sistema económico global. Sin todas las actividades básicas que conlleva sería difícil imaginar el funcionamiento de nuestra sociedad. La ayuda que no procede de la hija y su familia restringida suele ser escasa y suele correr a cargo de otros familiares, empleadas de hogar, servicios sociales u otras personas (amigos, amigas, vecindario, etc.).

Influye el nivel socioeconómico y los recursos disponibles de apoyo al grupo familiar para el cuidado: Los recursos ocupacionales y de ocio para las personas enfermas son escasos, la ayuda económica de las instituciones depende exclusivamente de ingresos económicos familiares (otros criterios como la gravedad, tiempo del proceso... no se consideran). Los servicios de ayuda domiciliaria suelen ir más orientados a personas mayores que viven solas (lavarles la ropa, limpiar la casa...). Sería útil ampliarlo a otros servicios que permitan algún tiempo libre a la cuidadora: cuidado de la persona algunas horas, servicios de sustitución, etc.



Puede no darse o ser escaso el apoyo social (vecindario, amigas, amigos) por parte de grupos primarios. Se necesita acompañamiento familiar y comunitario. Cuando se da, el apoyo familiar suele ser más en servicios (lavarlo, estar unas horas, pasearlo) pero no económico.

La alternativa de contar con personal asalariado no sanitario (contratar a alguien) se tiene más en cuenta y se utiliza más en los niveles sociales más altos, tantos por ingresos como por educación o status. Pueden existir resistencias a aceptar a una persona “de pago”.

El apoyo formal proporcionado de forma regular por profesionales se suele centrar en los aspectos más biológicos, aunque para las cuidadoras la expectativa de relación con la red de Atención Primaria se plantea como una relación más general y vital en la que las y los profesionales puedan ayudarles a organizar y realizar la atención y se produzca un diálogo continuado.

Conclusiones

La experiencia de cuidar supone establecer una relación interpersonal de ayuda con otra persona que está viviendo la experiencia de la enfermedad y/o incapacidad. En su conjunto constituyen realidades humanas muy complejas y de una gran vulnerabilidad. Las principales necesidades que se detectan en las personas cuidadoras se pueden agrupar en torno a:

- *La situación de la cuidadora y la situación de la persona cuidada.* Necesitan comprender, elaborar y aceptar las propias experiencias que van viviendo, reconciliarse con la situación de enfermedad y comprender la situación de la persona cuidada.
- *Cuidados a proporcionar.* Necesitan conocer y aprender detalladamente habilidades para proporcionar cuidados respecto a la alimentación, higiene, movilización,... entendiendo que estos son los cuidados más directos pero que realizan también cuidados instrumentales (cocinar, lavar, limpiar, etc.) y cuidados más emocionales, apoyo emocional, escucha,... para los cuales a veces también necesitan desarrollar recursos y capacidades.
- *Cómo cuidarse en esta situación de crisis.* Necesitan reconocer y aceptar sus sentimientos, aumentar los recursos personales, quererse, mimarse, organizarse para sacar tiempo para sí, habilidades para relacionarse mejor, etc.



Objetivos generales:

1. Mejorar la salud biopsicosocial de la persona cuidada y de la cuidadora.
2. Desarrollar más capacidades en las cuidadoras para cuidar a otras personas y también para cuidarse a sí mismas.
3. Acercar más el Centro de Salud a este grupo de población y ampliar la relación entre profesionales de diferentes cupos.

Contenidos generales (bloques de contenidos) y específicos:

1. La experiencia de cuidar y la situación de la persona cuidada
 - Experiencias personales en torno al cuidar a otra persona.
 - Aspectos implicados en el trabajo de cuidar.
 - Factores socioculturales, familiares y personales relacionados con la situación de la cuidadora y de la persona cuidada.
2. Cuidar
 - Conocimientos sobre higiene, movilizaciones, vestido, cuidados de la piel, alimentación, eliminación, sueño y adecuación de la vivienda.
 - Actitud de cuidar de forma adecuada para la persona cuidada y para la cuidadora.
 - Habilidades para la movilización y alimentación de la persona cuidada.
3. Cuidarse
 - Sentimientos**
 - Actitudes equilibradas respecto al cuidar y cuidarse.
 - Identificación y reconocimiento de los sentimientos que frecuentemente aparecen en las situaciones de cuidar, sobre todo en las mujeres.
 - Actitudes de aceptación y normalización de esos sentimientos.
 - Relaciones**
 - Identificación de diferentes formas de comunicarse y relacionarse con otras personas.
 - Actitudes asertivas.
 - Habilidades de comunicación.
 - Proyecto de vida**
 - Actitudes de incluir el cuidar en su proyecto de vida más que dedicar su vida a cuidar.
 - Recursos sociales de apoyo para cuidar.
 - Habilidades de buscar soluciones para introducir cambios en su proyecto de vida orientadas a cuidarse más y tener más tiempo para sí.

BLOQUE DE CONTENIDO 1: La experiencia de cuidar y la situación de la persona cuidada.

Objetivos:

- Expresan, organizan y comparten sus experiencias sobre el trabajo de cuidar a otra persona
- Reorganizan sus conocimientos sobre las tareas de cuidar
- Amplian conocimientos, identifican y analizan distintos factores socioculturales, familiares y personales relacionados con su experiencia y la situación de la persona cuidada

Sesiones 1,2

BLOQUE DE CONTENIDO 2: Cuidar

HIGIENE, CUIDADO DE LA PIEL Y MOVILIZACIONES

Objetivos:

- Reorganizan sus conocimientos y desarrollan habilidades sobre higiene, cuidado de la piel y movilizaciones.

Sesión 3

ALIMENTACIÓN Y ELIMINACIÓN

Objetivos:

- Reorganizan conocimientos y desarrollan habilidades de alimentación y eliminación.

Sesión 4

OTROS CUIDADOS

Objetivos:

- Incrementan conocimientos sobre actividad física, sueño y adecuación de la vivienda.

Sesión 4



BLOQUE DE CONTENIDOS 3: Cuidarse.

CUIDAR Y CUIDARSE

Objetivos:

- Desarrollan actitudes equilibradas respecto al cuidar y cuidarse y valoran el cuidarse.
- Identifican, comparten y normalizan sus sentimientos.

Sesión 5

COMUNICARSE

Objetivos:

- Expresan, reflexionan y desarrollan habilidades de comunicación.

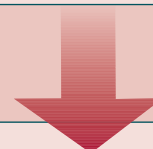
Sesión 6

TIEMPO PARA SÍ

Objetivos:

- Identifican el tiempo que se dedican y buscan cómo dedicarse y cuidarse más.
- Reorganizan conocimientos sobre recursos de apoyo.

Sesión 7



PLAN PERSONAL DE AUTOCUIDADOS

Objetivos:

- Reflexionan y deciden su propio plan de cuidados.

Sesión 7

Aplican, evalúan y reajustan los cuidados que proporcionan y las medidas de autocuidado en su vida cotidiana (seguimiento en consulta individual o en sesiones de refuerzo grupales a lo largo del tiempo).



Objetivo	Técnica*	Agrupación	Tiempo
La experiencia de cuidar. La situación de la persona cuidada			
1ª sesión: Cuidar a otra persona Acogida, presentación y contrato. - Expresar y organizar sus experiencias de cuidar a otra persona. - Reorganizar sus conocimientos sobre el trabajo de cuidar.	De relación	GG	30'
	De Investigación en aula	GP/GG	60'
	Expositiva	GG	30'
2ª sesión: Factores relacionados Acogida, propuesta y contrato de sesión. Evaluación informal. Ampliar conocimientos, identificar y analizar distintos factores relacionados.	De relación	GG	10'
	De análisis	GP/GG	60'
	Expositiva	GG	50'
Cuidar			
3ª sesión: Higiene/movilizaciones... Acogida, propuesta y contrato de sesión. Evaluación informal. - El trabajo de cuidar. - Reorganizar sus conocimientos y desarrollar habilidades sobre higiene, cuidados de la piel y movilizaciones.	De relación	GG	10'
	Expositiva	GG	15'
	Investigación en aula	GP/GG	30'
	Expositiva	GG	30'
	De desarrollo de habilidades	GG	35'
4ª sesión: Alimentación y otros cuidados Acogida, propuesta y contrato de sesión. Evaluación informal. - Reorganizar sus conocimientos y desarrollar habilidades para ayudar a la persona cuidada en la alimentación y eliminación. - Reorganizar sus conocimientos sobre otros cuidados: actividad física, sueño y adecuación de la vivienda.	De relación	GG	10'
	Expositiva	GG	30'
	De análisis	GP/GG	30'
	De desarrollo de habilidades	GG	20'
	Expositiva	GG	30'
Cuidarse			
5ª sesión: Cuidar y cuidarse Acogida, propuesta y contrato de sesión. Evaluación informal. - Desarrollar actitudes equilibradas respecto al cuidar y cuidarse y valorar la importancia de cuidarse y quererse a sí mismas en esta situación. - Identificar, compartir y "normalizar" los sentimientos que aparecen.	De relación	GG	10'
	De análisis	GP/GG	30'
	Expositiva	GG	15'
	De análisis	GP/GG	50'
6ª sesión: Comunicarse Acogida, propuesta y contrato de sesión. Evaluación informal. - Expresar y reflexionar sobre formas de comunicarse y relacionarse. - Desarrollar habilidades de comunicación, con la persona cuidada, familiares...	De relación	GG	10'
	De análisis	TI/PAREJAS/GG	30'
	Expositiva	GG	30'
7ª sesión: Tiempo para sí Acogida, propuesta y contrato de sesión. Evaluación informal. - Identificar el tiempo que se dedican a sí mismas y buscar soluciones para cuidarse más y dedicarse más tiempo. - Reorganizar sus conocimientos sobre recursos de apoyo para el cuidado. - Reflexionan sobre su propio plan de cuidados. Evaluación final. Despedida.	De análisis	GP/GG	50'
	Expositiva	GG	30'
	De análisis	TI	20'
	Cuestionario	TI	20'
	De relación	GG	10'
GG—> Grupo Grande GP—> Grupo Pequeño TI—> Trabajo Individual			

*Se incluyen tanto las técnicas dirigidas al aprendizaje (ver págs. 67 - 94) como las dirigidas a las relaciones (ver pág. 62).

Acogida. Presentación de las personas. Contrato educativo del curso. Acogemos y saludamos al grupo. Les pedimos que se presenten por ronda, nos presentamos y presentamos el curso con sus tres bloques de contenidos (ver Cuadro de Objetivos didácticos del proceso). Acordamos el programa (temas a trabajar, metodología), horarios y funcionamiento. Comentamos que se inicia el primer bloque. Presentamos y acordamos esta sesión.

Experiencias de cuidar a otra persona. Rejilla. Para expresar y compartir vivencias y experiencias y avanzar a partir de ella, les pedimos que en grupos pequeños trabajen el Material 1A. Una persona de cada grupo expone lo trabajado. Recogemos y les devolvemos lo que dicen:

“De lo que decís, entiendo que en todos los grupos habéis comentado aspectos positivos y dificultades. Percibo que los aspectos positivos tienen que ver fundamentalmente con sentimientos o decisiones vuestras (tranquilidad, satisfacción, disfrute, moralmente me siento bien, no quiero dejarla en una residencia) y que las dificultades se relacionan: 1) con consecuencias que tiene para vosotras (cansancio, carga física, miedos, resta tiempo para salir y realizar otras actividades, 2) con cómo son y qué hacen las personas que cuidáis (son mimosas y cabezotas, tienen miedo a estar solas, no ayudan, chillan, se vuelven egoístas) y 3) con las repercusiones en el propio grupo familiar (quita intimidad, rompe la familia...) y en la familia más amplia (no reparto de tareas y cuidados, broncas).

Expresáis bastantes sentimientos. En el curso vamos a contar con que este tema es muy emocional y está cargado de sentimientos de todo tipo y vamos a permitirnos todos los sentimientos, cualquier sentimiento. También vamos a abordar más como cuidar y relacionarnos mejor con la persona cuidada, cuidándoos también vosotras y minimizando las consecuencias negativas. Ahora, si os parece, vamos a continuar, entrando a algunos aspectos implicados en el trabajo de cuidar”.

El trabajo de cuidar. Exposición con discusión. Retomando lo que han comentado aportamos información sobre el trabajo de cuidar:

- Qué es cuidar: dimensiones del cuidar: 1) apoyo instrumental (compras, cocinar, limpieza, lavar la ropa...); 2) proporcionar cuidados materiales directos (higiene personal y cuidado de la piel, alimentación, vestir y desvestir...); 3) cuidado emocional (escucha, cariño, atención, armonía con las otras personas de la casa...); 4) vigilancia (daños, caídas, noches, etc.) y 5) responsabilidad (de que todo funcione).
- Beneficios/Importancia. Ayuda a mantener el nivel de salud y bienestar de las personas y la comunidad. Sin él muchas personas no podrían vivir y el sistema de salud se desbordaría. Aunque no se paga constituye una parte fundamental de la producción global de la economía española. Ayuda a la persona cuidada a vivir el presente, conectar con el pasado y mirar al futuro.
- Consecuencias negativas del cuidar: sobrecarga física y emocional para la persona que cuida (agotamiento físico, angustia, tristeza, etc.). Es una situación de riesgo y especial vulnerabilidad.
- La situación y necesidades de la persona cuidada: distintos perfiles, vivencias frente a la edad, la enfermedad e incapacidad, los cuidados. El envejecimiento. Abrimos un espacio para dudas e intercambio de opiniones.



MATERIAL 1A: La experiencia de cuidar a otra persona

Comentad, de vuestras experiencias de cuidar a otras personas:

ASPECTOS POSITIVOS

DIFICULTADES, ASPECTOS NEGATIVOS

Acogida, propuesta y contrato de sesión. Evaluación informal. Saludamos y acogemos al grupo. Retomamos la sesión anterior y presentamos ésta.

Factores socioculturales, familiares y personales relacionados con la experiencia de el cuidar. Introducimos el tema: *“La experiencia de cuidar que comentábamos el otro día es una experiencia compleja en la que intervienen factores de todo tipo: socioculturales, familiares y personales, que influyen tanto en la persona cuidadora como en la persona cuidada”.*

Ejercicio de análisis. Les proponemos analizar esa realidad compleja. Les pedimos que en pequeños grupos y con el Material 2A identifiquen y analicen los factores relacionados con la situación de la cuidadora y de la persona cuidada. Ponemos en común lo trabajado y les ayudamos a profundizar en ello. Les devolvemos un resumen de lo analizado.

Exposición con discusión. Completamos lo que sale con una pequeña exposición teórica centrada sobre todo en factores sociales y familiares, en la situación de la cuidadora y en la situación de la persona cuidada (según apartado 4.2. Situación y necesidades de las personas cuidadoras).

MATERIAL 2A: Un día en la vida de Elena

Elena se levanta para la 7'30 de la mañana, se mira al espejo, y la imagen que ve reflejada es la de una mujer cansada. No es raro, esta noche se ha levantado dos veces para cambiar de postura y poner a orinar a su madre... Son tantas noches... Desde hace unos años su madre, Luisa, vive con ellos. Se pasa el día de la cama al sillón y hay que ocuparse constantemente de ella.

¡Cómo le ha cambiado la vida a Elena! Antes de tener a su madre, tenía montones de actividades: gimnasia, clases de pintura, las tardes con las amigas,... pero de repente todo cambió y ahora no dispone de tiempo para sí misma; por eso no es extraño que tenga a ratos sentimientos de abatimiento y tristeza.

Hoy no es un día como los demás, ha quedado con Juana, una buena amiga a la que hace tiempo que no ve, para charlar de "sus cosas". Una sonrisa aparece en su cara. ¡Bueno!, hoy voy a ponerme guapa.

Después de tomar el café va al cuarto de su madre. Luisa aún duerme. Al verla plácidamente en la cama, un sentimiento de satisfacción recorre su cuerpo; aunque a veces esté cansada sabe que está haciendo lo que quiere. No es fácil... las dos tienen un carácter fuerte e incluso aunque le de vergüenza confesárselo a nadie, se siente fatal cuando tiene que limpiarle. Otras veces tiene dudas de si lo estará haciendo bien, si le moviliza bien, si le da de comer suficiente,... Otras veces piensa por qué siempre nos tocan estas cosas a las mujeres. Siempre cuidando, siempre pendientes de que los demás estén bien y se valora tan poco esto de cuidar... el trabajo del marido luce, y gana dinero, los hijos estudian, pero lo nuestro es como si fuera invisible.

En este momento Luisa se despierta y mira a su hija. ¡Cuánto la quiere! Sabe que Elena lo está dejando todo por cuidarle, pero le resulta difícil agradecerle. Luisa no se siente bien; hace dos años que no sale de casa, no puede hacer nada por sí sola, se siente triste y deprimida y muchas veces, por eso mismo, grita a su hija y se enfada con ella si Elena tiene que salir por algún motivo. ¡Nadie sabe hacerle las cosas como ella! Luisa no sabe cómo pero cualquier día encontrará la forma de decirle lo mucho que la quiere y lo que le agradece todos sus cuidados.

Casi sin hablarse Elena lava y arregla a su madre, deja la comida preparada y recoge la casa. Ya casi ha terminado de arreglarse ella cuando su cuñada llama a la puerta. Al salir se intercambian un beso, Elena le da las instrucciones oportunas y sale rápido.

Cuando Elena llega a la cafetería donde había quedado con Juana, su amiga ya está esperando.

Elena: "Lo siento Juana, pero ya ves, estoy toda la mañana corriendo y aún llevo tarde".

Juana: "¡Tranquila, mujer!, que ya me imagino cómo tienes que andar".

E: "¡Qué guapa estás Juana! Has adelgazado y eso nuevo corte de pelo te favorece muchísimo. Mirame a mí en cambio, no he tenido tiempo de ir a la peluquería".

J: "Bueno Elena, lo de la peluquería no tiene importancia, pero te noto cansada y algo triste, ¿no?".

E: "Lo de mi madre me está costando mucho esfuerzo. No tengo tiempo para mí, me siento agobiada, y no creas, tampoco tengo mucha gente con la que hablar y desahogarme. Además, la casa, ya sabes, no es muy grande y no tengo ni un sitio para mí sola donde estar tranquila y relajarme un poco con mis cosas".

J: "Y tu marido y tus hijos, ¿no te echan una mano?".

E: "Bueno, ya sabes cómo es mi madre,... siempre quiere que sea yo la que le haga las cosas".

J: "La verdad es que la situación también ha cambiado mucho para tu familia, incluso igual se sienten un poco abandonados. ¿Soléis comentar todas estas cosas entre vosotros?".

E: "No es fácil ni para ellos, ni para mí. Mis hijos me suelen decir que echan de menos los ratos de conversación que teníamos antes. Y mi marido siempre me está diciendo que está harto de salir solo, que ahora que nuestros hijos son ya mayores y que podríamos dedicarnos más tiempo a nosotros como pareja, estamos peor que antes".

J: "¿Y tú?, ¿cómo te sientes tú?, ¿ya les dices a ellos cómo te encuentras?".

E: "No sé, creo que en realidad no me entienden. Ya sé que es verdad que mi familia no funciona como antes y en ocasiones me siento culpable, pero otras me rebelo con mi papel de mujer. Yo sé que estoy haciendo lo que debo hacer, pero,...".



La conversación siguió durante algo más de una hora. Las dos amigas hablaron de cosas y en la cara de Elena se reflejaba otra expresión, incluso parecía más relajada.

E: "Qué cosa es el salir de casa, solamente por el hecho de contarte las cosas ya me parece que estoy mejor".

J: "Pues esto lo hemos de hacer todas las semanas. ¿Sabes que me he enterado que hay un grupo de voluntariado que apoyan a personas que, como tú, cuidáis a alguien, para que podáis salir un poco de casa?".

E: "¿De verdad". Pues iré a los Servicios sociales para que me informe".

Y las dos amigas, con paso firme, salieron de la cafetería.

CUESTIONES:

1. ¿Te parece frecuente esta situación?
2. ¿Qué cosas, sociales, familiares y personales, crees que están influyendo cómo lleva Elena esta situación?
3. ¿Qué cosas tanto sociales como personales y familiares crees que influyen en cómo lleva la situación la madre de Elena?



Acogida.Propuesta y contrato de sesión. Evaluación informal. Saludamos y acogemos al grupo. Retomamos lo trabajado en la primeras sesiones, ¿hay algo que no quedó claro y que penséis que es importante que lo retomemos en las próximas sesiones?. Recogemos lo que dicen. Presentamos y acordamos esta sesión. Una parte de las cosas y los sentimientos que pasan en el trabajo de cuidar tienen que ver con cuidar, con los cuidados que prestamos y otra con el cuidarnos a nosotras mismas. En esta sesión y la próxima trabajaremos más la 2ª parte del curso, el cuidar, y en las otras tres la 3ª parte, el cuidarnos.

Cuidar. Introducción teórica. Retomamos de la 1ª sesión qué es cuidar y las distintas dimensiones del cuidar (apoyo instrumental, proporcionar cuidados materiales directos, cuidado emocional, vigilancia y responsabilidad). En esta sesión y la siguiente vamos a trabajar más cómo proporcionar cuidados materiales. Es importante no olvidar el lado humano de la atención. Los cuidados emocionales, aunque a veces se realizan de manera específica, muchas veces impregnan al resto. Para ayudar a la persona cuidada es importante facilitarle información sobre su proceso, implicarle en los cuidados en la medida de sus posibilidades, establecer una relación que permita la máxima autonomía y autoestima, apoyar los cambios que haga en su escala de valores (valorar más lo interno u otras áreas de su vida), acompañarles en la elaboración de sus propias pérdidas y duelo, programar conjuntamente objetivos alcanzables y supervisarlos, disfrutando de los pequeños éxitos (caminar x metros...), favorecer relaciones personales de amistad, y familiares, favorecer contactos con redes sociales de distinto tipo,....

Higiene y cuidados de la piel. Movilizaciones. Rejilla. Primero les proponemos que con el Material 3A trabajen en grupos pequeños para partir y avanzar desde su experiencia. Una persona de cada grupo presenta lo trabajado en su grupo. Les devolvemos un resumen de lo que dicen.

Exposición con discusión. Después, completando lo que haya salido, aportamos información sobre:

- Cuidar “bien” nos da seguridad respecto a cómo lo hacemos y también nos quita preocupaciones en el sentido de que hacemos todo lo que podemos hacer, lo mejor que podemos.
- Importancia de estos cuidados. Mejora el aspecto de la persona cuidada y éste se relaciona con la autoestima y el autoconcepto. Mayor bienestar. Facilita las relaciones. Contribuye a la prevención de problemas y enfermedades.
- Higiene personal: baño en la cama o, si es posible, de forma autónoma o con ayuda. Higiene corporal, del cabello, la cara y depilación o afeitado. Hidratación. Masaje.
- Prevención de las úlceras por presión. Curas.
- Cambios posturales y movilizaciones.

Movilizaciones. Demostración con entrenamiento. Les explicamos cómo realizar algunas curas y algunas técnicas de movilización, manejando bien a la persona cuidada pero sin dañarse la espalda o cansarse demasiado, y se ejercitan en ellas.



MATERIAL 3A: Cuidados físicos

Comentad, la importancia que pueden tener, cómo llevo yo estos temas y cómo los vive la persona a quien cuido, formas de llevarlos a cabo y dificultades respecto a:

- Higiene personal y cuidados de la piel
- Cambios posturales y movilizaciones

4ª SESIÓN: ALIMENTACIÓN Y OTROS CUIDADOS



Acogida. Presentación y contrato de la sesión. Evaluación informal. Saludamos y acogemos al grupo. Retomamos las sesiones anteriores y les preguntamos si han aplicado algo en casa y si quedan dudas. Presentamos y acordamos esta sesión, colocándola en el curso.

Alimentación y eliminación. Lección participada. Primero les preguntamos si las personas a las que cuidan comen solas o necesitan ayuda. Después les pedimos que comenten qué problemas o dificultades tienen ellas como cuidadoras en este tema. Recogemos lo que dicen y lo apuntamos en la pizarra. Teniendo en cuenta lo que ha salido, aportamos información sobre:

- Qué es la alimentación. Factores que influyen. Necesidades en esta etapa.
- Tipos de dietas y de alimentos. Dieta variada y equilibrada en esta edad.
- Diarreas y estreñimiento.

Ejercicio de análisis. Les proponemos que cada cual en un papel escriba lo que a lo largo del día anterior comió la persona a la que cuida: a) desayuno, b) a media mañana, c) comida, d) merienda, e) cena. En grupos de 7 personas analizar cada una de las dietas diarias que han descrito comprobando si contiene alimentos de todos los grupos. Si el conjunto de sus dietas constituyese la dieta semanal ¿Sería adecuada para una persona mayor? ¿Qué le sobraría? ¿Qué le faltaría?

Demostración con entrenamiento. Explicamos todos los dispositivos que hay en el mercado para ayudar a la función de eliminación (compresas, colectores, de orina, bolsas colectoras, sonda vesical, pañales de diferentes tamaños) y practicamos su colocación.

Otros cuidados básicos. Exposición con discusión. Aportamos información sobre otros cuidados básicos:

- Actividad física y descanso.
- Sueño.
- Adecuación de la vivienda.

Acogida. Propuesta y contrato de sesión. Evaluación informal. Saludamos y acogemos al grupo. Retomamos las sesiones anteriores y presentamos ésta, dentro de la 3ª parte del curso, que comentamos.

Cuidar y cuidarse. Discusión en bandas. Les proponemos que se dividan en dos grupos, que un grupo piense y analice las repercusiones que para una persona cuidadora puede tener el cuidar y no cuidarse, que el otro grupo piense y analice las repercusiones que para quien cuida puede tener cuidar y a la vez cuidarse y que después establezcan una discusión entre ambos grupos (uno defiende que no es tan importante cuidarse y el otro que sí es importante). Les devolvemos un resumen del debate.

Exposición con discusión. Teniendo en cuenta lo que ha salido en el grupo y la situación de riesgo y vulnerabilidad que supone cuidar, retomamos la importancia de cuidar y cuidarse. Brevemente aportamos una información muy básica sobre medidas de autocuidado para mantener la propia salud y el bienestar en cualquier situación y especialmente en una situación de crisis y especial vulnerabilidad como ésta:

- Cuidar nuestro cuerpo: alimentación equilibrada, ejercicio y actividad física, sueño y descanso, control de la ansiedad y relajación, etc.
- Cuidar nuestra mente/Autocuidados emocionales: reconocer y aceptar los sentimientos (satisfacción, tristeza, culpa, impotencia, alegría, rechazo, ambivalencia, temor...) que la situación nos provoca, valorarnos como persona y valorar lo que hacemos poner límites al cuidado, equilibrar las situaciones estresantes con otras gratificantes, tiempo para sí, para descansar y disfrutar, para las amistades, etc.
- Cuidar las relaciones en esta situación, recurrir al entorno y buscar apoyos: relacionarse mejor con la persona cuidada, reparto de tareas y cambios en la vida familiar, reorganización de la vida social, utilizar recursos existentes en la comunidad.

Aceptar los sentimientos que aparecen. Ejercicio de análisis. Introducimos el tema:

“El primer día ya constatamos y vimos también después en el caso de Elena que el trabajo de cuidar provoca muchos sentimientos y conlleva una sobrecarga emocional. Decíamos que íbamos a liberar los sentimientos y a permitirnos cualquier tipo de sentimiento esté bien o mal visto”.

Les proponemos que primero, retomando el caso de la 2ª sesión, reflexionen un poco sobre los sentimientos que tenía Elena y los comenten por parejas y que luego en pequeños grupos y con el Material 5A, expresen y analicen los distintos sentimientos que en general suelen aparecer al cuidar. Lo ponemos en común. Les devolvemos un resumen de lo trabajado.

Exposición con discusión. Después, se hace una pequeña exposición con discusión sobre: 1) los sentimientos que experimentamos son reacciones lógicas que se corresponden con la situación de cuidar, que a veces es dura y difícil; 2) es importante y positivo reconocerlos y aceptarlos porque nos ayudan a entender qué nos está pasando; 3) podemos intentar definir el tipo de emoción o sentimiento básico que experimentamos: miedo, alegría, rabia o enfado y tristeza, y las respuestas que de forma instintiva les acompañan: al miedo, huida; a la alegría, explosión; a la rabia o enfado, agresión; a la tristeza, aislamiento; 4) las mujeres solemos sentir mucho las emociones y sentimientos. Esto es positivo pero no perderse y agobiarse con ellos.



MATERIAL 5A: Distintos sentimientos

A lo largo del proceso de atención y cuidado de una persona anciana, enferma o incapacitada pueden aparecer muy diferentes sentimientos:

- Satisfacción
- Tristeza
- Preocupación
- Alegría
- Sentirse útil
- Cansancio
- Soledad
- Depresión
- Irritabilidad
- Culpa
- Vergüenza
- Solidaridad
- Impotencia
- Enriquecimiento personal

CUESTIONES:

1. Marca las reacciones emocionales que tu hayas tenido y añade otras que no aparezcan en el texto.
2. Reflexiona sobre la diversidad de sentimientos que provoca esta situación de cuidar. Es importante reconocer los propios sentimientos.
3. Clasifica las reacciones emocionales que hayas señalado en los cuatro tipos de emociones básicas: miedo, alegría, rabia o enfado y tristeza.

Acogida. Propuesta y contrato de sesión. Evaluación informal. Saludamos y acogemos al grupo. Hacemos un breve resumen de todo el curso. Abrimos un espacio de intercambio para comentarios, dudas, etc. Presentamos esta sesión, encuadrándola en esta 3ª parte del curso.

Relacionarse y comunicarse con otras personas. *Ejercicio de análisis.* Les proponemos que primero de forma individual y luego en parejas, identifiquen distintas formas de relacionarse y comunicarse, centrándose primero en el caso de Elena (2ª sesión) y luego en ellas mismas. Abrimos un espacio de puesta en común.

Exposición con discusión. Aportamos información y vamos comentando las dudas que salen sobre:

- La relación con la persona cuidada. Se trata de una relación interpersonal de ayuda. La persona cuidada experimenta la enfermedad y/o incapacidad con la consiguiente dosis de sufrimiento y diferentes sentimientos. A la vez la tarea de cuidar implica sobrecarga, riesgo y vulnerabilidad. Se trata de equilibrar el cuidar y el cuidarse, aceptando a la persona enferma tal y como es, posibilitando al máximo su autoestima, su autonomía y su desarrollo pero sin olvidarse de sí mismas ni de su vidas.
- Nunca dos personas ven ni entienden la misma situación de la misma manera y a veces incluso le atribuyen significados o la interpretan de manera muy diferente. El punto de vista de la persona a quien cuido no tiene por que ser el mío y ni mío el mismo que el de mi hermano. Esto está presente siempre en la relación. Leemos el Material 6A “Cuento del lobo feroz”.
- Entendemos por comunicación eficaz aquella que sirve a cada una de las personas que se comunican a relacionarse y entenderse mayor. Partimos de que realmente se quiere comunicar algo (a veces no queremos y esto también es respetable). Tener en cuenta:

Pare emitir el mensaje, para comunicar algo, es importante saber lo que se quiere decir y decirlo de una manera adecuada (no decir no cuando se quiere decir sí, no explicar sólo una parte y esperar que se entienda todo). Explicar mi opinión, lo que me pasa a mí, mis sentimientos y opiniones de mí, desde el yo, y no agrediendo, insultando o interpretando a la otra persona.

Para recoger el mensaje es importante escuchar, prestar atención a lo que se nos dice y al significado, a los sentimientos que hay en ello, intentando comprender su punto de vista (que no tiene por que ser el mío). Es importante comprobar que le entendemos, hacer preguntas si no lo vemos claro, devolverle que le hemos entendido.

Ejercicio de análisis. Les pedimos que se situen en el caso de Elena y que se imaginen que Elena ha decidido reunir a sus hermanos para abordar el tema de compartir cuidados. Leemos el Material 6B. Les proponemos que lo analicen en pequeños grupos y que luego una persona de cada grupo cuente lo trabajado.

MATERIAL 6A: El lobo feroz

(Fuente: Carlos Martín Beristain)

El bosque era mi hogar. Yo vivía allí y me gustaba mucho. Siempre trataba de mantenerlo ordenado y limpio. Cuando...

Un día soleado, mientras estaba recogiendo una basura dejada por unos excursionistas sentí pasos. Me escondí detrás de un árbol y vi venir una niña vestida de forma muy divertida -toda de rojo y con la cabeza cubierta, como si no quisiera que la vieran-. Naturalmente me puse a investigar. Le pregunté quién era, de dónde venía, a dónde iba, etc. Ella me dijo cantando y bailando que iba donde su abuelita, con una canasta con el almuerzo. Me pareció una persona honesta, pero estaba en mi bosque y ciertamente me parecía sospechosa con esa ropa extraña. Así que decidí darle una lección y enseñarle lo serio que es meterse en el bosque sin anunciarse y vestida de forma tan extraña. Le dejé seguir su camino, pero corrí a la casa de su abuelita. Cuando llegué vi a una simpática viejita y le expliqué el problema y ella estuvo de acuerdo en que su nieta merecía una lección. La viejita estuvo de acuerdo en permanecer fuera de la vista hasta que yo la llamara, y se escondió debajo de la cama.

Cuando llegó la niña le invité a entrar al dormitorio donde yo estaba acostado, vestido con la ropa de la abuelita. La niña llegó sonrojada y me dijo algo desagradable acerca de mis orejas. He sido insultado antes, así que traté de ser amable y le dije que mis grandes orejas eran para oír la mejor.

Ahora bien, me gustaba la niña y trataba de prestarle atención; pero ella hizo otra observación insultante acerca de mis ojos salidos. Ahora ustedes comprenderán que empecé a sentirme mal; la niña tenía una bonita apariencia, pero era muy antipática. Sin embargo seguí la política de poner la otra mejilla, y le dije que mis ojos me ayudaban a verla mejor. Su próximo insulto sí me encolerizó; siempre he tenido problemas con mis dientes tan grandes, pero esa niña hizo un comentario muy desagradable. Sé que debí haber controlado, pero salté de la cama y le gruñí enseñándole mis dientes y le dije eran para comerla mejor.

Ahora bien, sean serios; ningún lobo puede comerse a una niña. Todo el mundo lo sabe. Pero esa niña loca empezó a correr alrededor de la pieza gritando y yo también corría detrás de ella tratando de calmarla.

Como tenía puesta la ropa de la abuelita, me la saqué. Pero fue peor. De repente la puerta se abrió y apareció un leñador con un hacha enorme. Yo le miré y comprendí que corría peligro, así que salté por la ventana y escapé.

Me gustaría decirles que éste es el final de la historia. Desgraciadamente no es así pues la abuelita jamás contó mi parte de la historia. No pasó mucho tiempo sin que se corriera la voz de que yo era malo; todo el mundo empezó a evitarme. No sé que le pasaría a esa antipática y vestida de forma tan rara, pero yo nunca más pude ser feliz...

MATERIAL 6B: La comunicación con otras personas

Elena queda un día con sus hermanos para ver si se pueden repartir el cuidado de la madre y les dice:

CASO 1

“Estoy harta, no puedo más. Al principio me ayudasteis en el cuidado de nuestra madre, pero lleváis una temporada que no aparecéis más que de visita, a tomar café. Para todo tenéis tiempo, menos para cuidar a la madre. Por vuestra culpa cada día me siento más cansada y no tengo ilusión por nada”.

CASO 2

“Ya sé que estáis muy ocupados, que trabajáis mucho, pero quizás, si no es mucha molestia, de vez en cuando podíais echarme una mano para cuidar a la madre. No lo llevo mal, ya sé que me toca, pero a veces estoy cansada y...”

CASO 3

“Estoy hecha polvo, me siento cansada y sin ganas de nada; el cuidado de nuestra madre me está desbordando y necesitaría que ayudaseis. Necesito tener algo de tiempo libre para estar con mi familia y algo de tiempo para mí. Sé que estáis muy liados con el trabajo, pero ¿podrías colaborar para que tenga todos los días 2 horas libres?”.

CUESTIONES:

1. Analizar los 3 casos
2. ¿Qué forma de comunicación os parece que puede facilitar más a Elena conseguir la ayuda de sus hermanos?
3. ¿Cuál de ellas os parece que favorece más la relación interpersonal?, ¿por qué?



Acogida. Propuesta y contrato de sesión. Evaluación informal. Tras saludar y acoger al grupo, realizamos un resumen del curso: *“Cómo recordaréis el curso tenía tres bloques. Hemos trabajado ya todo el primer bloque, la experiencia de cuidar y la situación de la persona cuidada. Después trabajamos el cuidar y abordamos las distintas áreas en las que nos suele tocar proporcionar cuidados y de ellas nos centramos más en la higiene, las movilizaciones y la alimentación. ¿Recordáis? ¿Sí?. En las 2 sesiones anteriores trabajamos el cuidarse, primero cómo cuidarse, el tema de los sentimientos y la comunicación, ¿os acordáis?. Hasta aquí, de lo que hemos visto ¿hay alguna cosa que no quedó clara?”.* Hoy terminamos. Presentamos y acordamos esta sesión.

Tiempo para mí. Les pedimos que primero de manera individual cada cual piense en cómo reparte su tiempo de un día: cuánto tiempo le dedica a su pareja, a sus hijos e hijas, a la persona que cuida, al trabajo de casa y al trabajo remunerado y a otras actividades. ¿Quiere cambiar algo hoy en esta situación?. Les proponemos luego que en pequeños grupos trabajen el Material 7A. Se trata de equilibrar el cuidar y el cuidarse dentro del conjunto de tareas y funciones que desempeñan en la vida diaria y de buscar este equilibrio según hacia dónde quieran dirigir su vida, los propios deseos, gustos y valores y favoreciendo el crecimiento y la autonomía de la persona cuidada y de una misma.

Recursos existentes. Lección participada. Les preguntamos por los recursos sociales de apoyo para el cuidado que conocen y sus propias experiencias. Apuntamos lo que dicen en la pizarra. Completamos lo que ha salido con una exposición sobre los recursos sociales de la zona. Les preguntamos si quieren añadir alguno. Les recordamos que cada cual tiene también recursos personales, familiares, redes de apoyo que puede utilizar. Compartir los cuidados es más saludable.

Plan personal de cuidados. Análisis de situaciones y toma de decisiones. Repasamos los cuidados que hemos ido trabajando en la sesión 5ª y 6ª. Les pedimos que individualmente reflexionen sobre si procede introducir cambios y elaboren su propio plan de cuidados: 1) beneficios que puede conseguir; 2) si procede cuidar más su cuerpo y cómo hacerlo (dormir, más, cuidar la alimentación...); 3) si procede valorarse más y manejar mejor sus sentimientos y cómo hacerlo; 4) cómo comunicarse de manera más eficaz. Les animamos a continuar en casa elaborando un plan concreto que responda a su forma de ser, a su situación y a sus posibilidades. A veces no hay muchas cosas que se puedan cambiar pero siempre hay alguna.

Evaluación. Les pedimos que individualmente rellenen el cuestionario del Material 7B. Luego nos juntamos en grupo grande y comentamos un poco más la valoración del curso. Planteamos también nuestra propia evaluación: hemos vivido una rica experiencia y nos hemos sentido bien en el grupo. Nos despedimos.



MATERIAL 7A: Tiempo para mí

A lo largo de la vida las cosas cambian y lo que hoy es importante o las cosas a las que en un momento dado dedicamos tiempo y energía en otra época ocupan otro lugar.

Cuidar puede tener muchos significados. Sin los cuidados que fundamentalmente las mujeres han realizado a lo largo de la historia la sociedad se habría desmoronado. Sin embargo es una tarea dura y poco reconocida. Trae enormes beneficios, para la sociedad y para la persona cuidada, eso sí; pero puede tener también consecuencias negativas sobre todo para quien cuida. Estas consecuencias negativas se controlan mejor si consideramos el cuidar una parte de las cosas que hacemos en nuestra vida en este momento, pero no dedicamos la vida entera a cuidar, si se comparten los cuidados, si hacemos otras cosas en la vida además de cuidar y si se equilibra el cuidar y el cuidarse.

Aunque a veces con muchas limitaciones, siempre podemos incorporar alguna actividad gratificante, algo que nos guste y nos agrade (estar con una persona, ir a un sitio, conseguir alguna cosa y entretenerse con ella, un libro, un compecabezas, algún utensilio, realizar alguna actividad agradable como leer, oír la radio, dormir, oír música, pasear... pensar en cosas bonitas...) o intentar compartir más los cuidados (repartir las tareas con otras personas del grupo familiar amplio o con una organización de voluntariado, contratar a alguien, que la familia ponga algo de dinero para contratar a alguien más horas...). Es importante sacar tiempo para sí.

Pensad y analizad algunas actividades para cuidarse más.



MATERIAL 7B: ¿Cómo ha ido el curso?. Cuestionario de evaluación

¿Qué te ha parecido este curso?

Los temas tratados ¿te han sido útiles?, ¿en qué sentido?, ¿para qué situaciones?

¿La asistencia a este curso crees que te puede ayudar a llevar mejor tu situación? ¿en qué aspectos?

¿Estarías interesado o interesada en participar y organizar un grupo de autoapoyo?

En organizarlo	☐	Sí
	☐	No
En participarlo	☐	Sí
	☐	No

¿Cómo valoras la organización del curso?

Nº de horas	☐	Pocas
	☐	Suficientes
	☐	Excesivas
Locales	☐	Apropiados
	☐	No apropiados
Horario	☐	Adecuado
	☐	No adecuado



BIBLIOGRAFÍA

Achótegui J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural.
Barcelona: Editorial Mayo, 2002.

Ansa A, Begue R, Cabodevilla J, Echauri M, Encaje S, Montero P, Pérez MJ, Segura M, Zubizarreta B.
Guía educativa para trabajar con grupos de padres y madres.
Pamplona: Gobierno de Navarra, imp 2004.

Ansa A, Begue R, Cabodevilla J, Echauri M, Encaje S, Montero P, Pérez MJ, Segura M, Zubizarreta B.
Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes.
Pamplona: Gobierno de Navarra, 1995.

Arrazola A, coord. Diagnóstico de Salud de Navarra, 2003.
Los determinantes y el estado de salud en el último decenio.
Anales del sistema sanitario de Navarra, monográfico nº 5, 2005.

Asthor J y Seymour H. La nueva salud pública.
Barcelona: Editorial Masson, 1990.

Ashton J. La promoción de salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad.
Monografies sanitàries Salut para todos 2000, Serie D nº 1. Valencia: Generalitat Valenciana, 1996.

Azagra MJ, Echauri M, Pérez MJ.
Ayudar a dejar de fumar, protocolos de actuación para profesionales de salud.
Pamplona: Gobierno de Navarra, impresión 2000.

Beavin J, Jackson D, Watzlawich P.
Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas.
Barcelona: Editorial Herder, 12ª ed, 2002.

Bermejo IC. Apuntes de relación de ayuda. Santander: Sal Térrea, 1998.

Bermejo IC y Carabias R. Relación de ayuda y enfermería. Santander: Sal Térrea, 1998.

Bimbela JL. Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de la salud.
Granada: Escuela andaluza de salud pública, 4ª ed, 2001.

Bimbela JL. Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación.
Granada: Escuela andaluza de salud pública, 2005.

Bimbela JL. Cuidando al profesional de salud. Habilidades emocionales y de comunicación.
Granada: Escuela andaluza de salud pública, 2005.

Borrell i Carrio F. Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC, 2004.

Bustillos G y Vargas L. Técnicas participativas para la educación popular.
Madrid: Editorial Popular, 2002.

Burns. D. Sentirse bien. Una nueva terapia contra la depresión.
Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, 2006.

Cabezas MC. Intervenciones efectivas en educación sanitaria.
FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2004;11:3-12.

Calvo JR y Del Rey J. Como cuidar la salud, su educación y promoción.
Madrid: Ediciones Harcourt, 1997.

Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermería. Madrid: Editorial Interamericana MC Graw Hill, 1995.

Carpenito LJ – Mollet L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería.
Madrid: Editorial McGraw Hill/Interamericana, 4ª ed. 2004.

CIMOP SA. Las concepciones de salud de las mujeres, informe 2000.
Madrid: Instituto de Salud Pública., Comunidad de Madrid, 2003.

Cléries X. La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud.
Barcelona: Masson SA, 2006.

Cofiño R, Alvarez B, Fernández S, Hernández R.
Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten Primaria. 2005;35:478-83.

Coll C. ¿Qué es el Constructivismo?. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata, 2002.

Colomer C y Alvarez – Dardet C. Promoción de la salud y cambio social.
Barcelona: Masson SA, 2001.

Córdoba R. Educación sanitaria en las enfermedades crónicas. Aten Primaria. 2003;31:315-8.

Córdoba R, Nebot M. Educación sanitaria del paciente en atención primaria.
Med Clin. 2005;125:154-7.

Cucco M. Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana.
Del Desatino Social a la Precariedad Narcisista. Buenos Aires: Editorial Atuel, 2006.

Departamento de Salud, Gobierno de Navarra. ¿Cómo estamos de salud 2000?.
Anales del sistema sanitario de Navarra, monográfico nº 4.

Díez e, Juárez o, Vilklamarín F.
Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. Med Clin, 2005; 125:193-7.

Donati P. Manual de sociología de la salud. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1994.

De la Revilla L. Manual de atención familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta.
Granada: FUNDESFAM, 1999.

Echauri M y Pérez MJ, coord. Educar en Salud. experiencias de educación para la salud en atención primaria (1987-1997) colección 4 tomos: Introducción, Estilos de Vida, Procesos crónicos, Etapas Vulnerables. Pamplona: Gobierno de Navarra, reimp 2004.

Echauri M, Pérez MJ y otros: Estilos de vida. carpeta. Pamplona: Gobierno de Navarra. 2001.

Espinàs J, Vilaseca J, Castro JA, Ibañez F, Lorenzo A, Alonso R, Corredra A, Daza P, Aireá C, Fluixà C, García G, González MJ, Martín-Carrillo P, Martínez M, Olmos O, Pérez JC, Puig B, Ramos D, Sempere G.

Una asignatura pendiente. Aten Primaria. 2006;37:67-68.

Echauri M, Pérez MJ. Técnicas docentes en la formación de profesionales.

Tribuna Docente de Medicina de Familia 2002; 6 (vol 3): 29-43.

Fernandez J y Santos MA. Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud. Granada: Ediciones Aljibe, 1992.

Ferrari A. La metodología de la educación sanitaria: una propuesta de intervención. Educacione sanitaria e Medicina preventiva, vol.5, nº2, junio 1982.

Freire P. La educación como práctica de la libertad.

Madrid: Siglo XXI de España editores SA, 11ª imp 2002.

Frías A. Enfermería Comunitaria. Barcelona: Masson, 2000.

Frías A. Salud Pública y educación para la Salud. Barcelona: Masson, 2002.

García Ferrando M, Ibañez J y Alvira F.

El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación.

Madrid: Alianza Editorial SA, 3ª edición. 2000.

García H, Lopez de Ceballos P y Merlo J.

Un método de evaluación formativa en el campo social. Madrid: Editorial Popular, 2001

Geibler K y Hege M. Acción socioeducativa. modelos, métodos, técnicas.

Madrid: Ediciones Narcea, 1997.

Giordani B. La relación de ayuda: de Rogers a Carkuff. Bilbao: Desclée de brouwer, 1997.

Gimeno_Bayón. Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad.

Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 4ª edición 1999.

Gobierno de Navarra. <http://www.cfnavarra.es/isp/promocion>

Gordon T. MET.Mmaestros eficaz y técnicamente preparados. México: Ed. Diana, 1994.

Green WH y Simons-Morton BG. Educación para la salud. México: Editorial Interamericana, 2000.

Grupo de Trabajo en APOC de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Aproximació al coneixement de la comunitat en Atenció Primària.

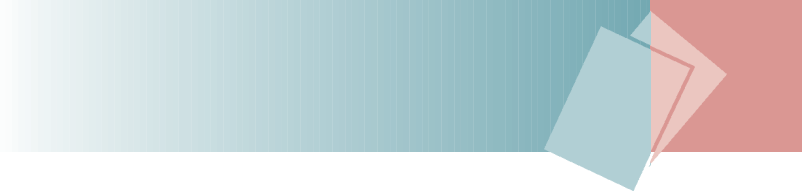
2.ª ed. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 2003.

Hawe P, Degeling D y Hall J.

Evaluación en promoción de salud. Guía para trabajadores de la salud.

Barcelona: Masson. 1993.

Hernandez Aristu J. Trabajo social en la postmodernidad. Zaragoza: Libros Certeza, 2004.



Hoekelman RA, Adam HM, Nelson JK, Weitzman MI, Wilson MH. Atención primaria en pediatría. Barcelona: 2002.

Ibañez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión. Madrid, Siglo XXI de España Editores, 2003.

Irigoyen J. Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. Comunidad 2004; 7: 73 – 79.

Izal M, Montorio I, Díaz P.
Cuando las personas mayores necesitan ayuda: guía para cuidadores y familiares. Madrid: IMSERSO, 1997.

Kirsta A. Superar el estrés. Barcelona: RBA libros, 1997.

López de Ceballos P. Un método para la investigación–acción participativa. Madrid: Editorial Popular, 3ª edición. 1998.

López F y Fuertes A. Para comprender la sexualidad. Estella: Editorial Verbo Divino, reedición, 1989.

López-Yarto L. Dinámica de grupos. Cincuenta años después. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1997.

Luft J. Introducción a la dinámica de grupos. Barcelona: Editorial Herder, 7ª edición, 1992.

Madrid Soriano J. Hombre en crisis y relación de ayuda. Madrid: ASETES, 1986.

Madrid Soriano J. Los procesos de la relación de ayuda. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2005.

Marchioni M. La acción social en y con la comunidad. Zaragoza: Editorial Libros Certeza, 2004.

Marín P y otras.
Análisis del trabajo que enfermería realiza en atención primaria de Pamplona y comarca. Pamplona, 1997. mecanografiado.

Martín Zurro A y Cano Pérez IS. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Ediciones. mosby/doyma, 5ª edición, 2003.

Martín E y Cool C. Aprender contenidos, desarrollar capacidades. Barcelona: EDEBE, 2003.

Melillo A y Suárez E. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Barcelona: Paidós, 2001.

Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona, Buenos aires, México: Editorial Paidós, 1999.

Modolo MA., Beatini P, Tinarelli M. I nuovi modelli per l'educazione sanitaria. Perugia: Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria interuniversitario, 1999.

Modolo MA, Seppilli A. y Ferrari A. Educazione sanitaria. Roma: ed. Il pensiero scientifico, 1983.

Nuthbeam D. Glosario de promoción de la salud. Copenhague: Organización Mundial de la Salud, 1986.

Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de salud.
Ginebra: OMS, 1986.

OMS. La enfermería más allá del año 2000.
Informe de un grupo de estudio de la OMS, serie de informes técnicos 842. Ginebra: OMS, 1994.

OMS. who. active living. health promoción (hpr). [http:// www.who.int/hpr/active/index.html](http://www.who.int/hpr/active/index.html).

OMS. Glosario de promoción de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.

OMS. Salud 21. Salud para todo en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.

OMS. Los determinantes sociales de la Salud. Los hechos probados.
Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
Edición española, traducción de la 2ª Edición de la OMS, 2006.

PACAP. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención comunitaria
y participación comunitaria desde un centro de salud?.
Barcelona: semFYC e Instituto de Salud Pública de Madrid, 2004.

PACAP y semFYC. Programa de actividades comunitarias en atención Primaria (PACAP).
Barcelona: semFYC, 2005.

Palacios J., Marchesi A y COLL C. Desarrollo psicologico t Educación (T.I): Psicología Evolutiva.
Madrid: Alianza Editorial, 2004.

Palacios J., Carretero M y Marchesi A.
Psicología evolutiva 2: Desarrollo cognitivo y social del niño. Madrid: Alianza Editorial, 1999.

Palacios J., Carretero M y Marchesi A.
Psicología evolutiva: Adolescencia, madurez y senectud (Vol. 3). Madrid: Alianza Editorial, 1998.

Pallares, M. Técnicas de grupo para educadores. Madrid: ICCE, 1992.

PAPPS. Recomendaciones PPAPS. Resumen.
www.semfyec.es/uploads/entrades/entrada/131550/recopapps.pdf

Perea R. Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2004.

Pérez R. y Sáez S. El grupo en la promoción y educación para la salud.
LLeida: Editorial Milenio, 2004.

Pérez MJ y Echaui M. "En la madurez..." guía educativa para promover la salud de las mujeres.
Pamplona: Gobierno de Navarra, 1996.

Pérez MJ y Echaui M. Instrumentos de la promoción de salud.
Dimensión Humana 1998;2(5): 35-44.

Pérez MJ y Echaui M. Avanzar en educación para la salud grupal.
Comunidad 2002; (5): 78-87.

Pérez MJ, Echauri M. La Formación Continuada de profesionales de Atención Primaria en Promoción de Salud. Tribuna Docente de Medicina de Familia 2001; 3 (vol 2): 19-31.

Piédrola. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Ediciones Masson, 10ª Ed. 2001.

Pineault r y Daveluy c. la planificación sanitaria, ed. Masson, 1988.

Restrepo H y Málaga H. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica panamericana, 2001.

Riopelle I, Grondin I y Phaneuf M.
Cuidados de enfermería. Aplicación del proceso enseñanza-aprendizaje.
Madrid: Ediciones Interamericana –MC Graw-Hill, 1993.

Rochon: Educación para la salud: una guía práctica para realizar un proyecto. ed. masson, 1990.

Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Ediciones Paidós 2000.

Rogers C. Grupos de encuentro. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2004.

Rojas Marcos L. La fuerza del optimismo. Madrid: Aguilar, 2005.

Ruiz-Giménez JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. Comunidad 2005; 8: 62 – 72.

Ruiz Lázaro, PJ. Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes. Proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.

Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC, 2004.

Salleras L. Educación sanitaria: principios y aplicaciones. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1988.

Sanchez M, Aparicio V, Germán C, Mazarrasa I, Merelles A, Sánchez A.
Enfermería Comunitaria 1. Concepto de salud y factores que la condicionan.
Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000.

Sarria A. Promoción de salud en la comunidad. Madrid: UNED, 2001.

Serrano I. Educación para la salud y participación comunitaria. una perspectiva metodológica. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1990.

Serrano I. La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2ª ed. 2002.

Soler Torroja M. Plan Estratégico de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria para promover actividades comunitarias en los centros de salud. Comunidad 2004; 7: 80 – 84.



Stufflebeam D y Sminkfield AJ. Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2002.

Tazón P, Aseguinolaza L y García – Campayo J. Ciencias psicosociales. Barcelona: Masson, reimpresión revisada 2004.

Tones BK. Educación para la salud, ¿prevención o subversión?.
Quadern CAPS 1987: Tendencias actuales en educación sanitaria nº 8: 27-38.

Tones BK. Educación sanitaria e ideología de promoción de la salud: revisión de enfoques alternativos. 2º seminario de educación para la salud, 1986.

Torcal J. Información no equivale a educación sanitaria.
FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2004; 11:598.

Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria. Madrid: Díaz de Santos, 2001.

Turabian JL, Pérez-Franco B. ¿Demasiadas teorías de promoción de salud?
Med Clin (Barc). 2006; 126:198.

Uribe JM. Educar y Curar. El diálogo cultural en atención primaria.
Ministerio de Educación y Cultura, 1996.

Vaccani R. Strumenti didattici e finalità formativa. L'animatore como strumento di apprendimento. Bibliografía del "Corso intensivo per formatori della sanità", Università SDA Bocconi, Milano, 1996.

Villalbí J. Promoción de la salud basada en la evidencia. Rev Esp Salud Pública. 2001;6:489-90.

Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.
La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud.
Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.

Más ejemplares e información:

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
Sección de Promoción de Salud
Tfno. 848 42 34 50
www.cfnavarra.es/isp/promocion