

CAPÍTULO II.



Acuarela - Julián Barragán

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En sentido práctico, “la educación para la salud es un proceso, planificado y sistemático, de comunicación y enseñanza-aprendizaje, orientado a facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de conductas saludables y al mismo tiempo, hacer difíciles las prácticas de riesgo para la salud” (1).

La aplicación racional de los principios didácticos en el campo de la educación para la salud, fundamentados en las teorías educativas constructivistas, es indispensable para promover la prevención y los procesos educativos, porque permite crear los escenarios de aprendizaje que garanticen la adquisición de conocimientos y la generación y aplicación de comportamientos saludables.

La salud es un estado resultante de un conjunto de condiciones, que puede ser establecido por diferentes niveles, y asumiendo que ni la salud es un acontecimiento exclusivamente individual, ni que la salud de la población es un promedio de los estados individuales, se ha planteado que la salud es un proceso (2).

1. Conceptos básicos del proceso de enseñanza-aprendizaje que se aplican en la educación para la salud

La educación para la salud implica comprender cómo aprenden los participantes, qué aprenden y bajo qué circunstancias. También la influencia de las necesidades, expectativas y motivaciones en el aprendizaje.

El aprendizaje es el proceso mediante el cual se obtienen conocimientos y experiencias útiles para definir, adoptar o modificar conocimientos que benefician la salud. La enseñanza es el arte de producir cambios favorables en el comportamiento del que aprende; la enseñanza ayuda al participante a adquirir conocimientos (saber), a desarrollar la personalidad (saber ser). Para esto es necesario que el participante comprenda, analice, reflexione y adquiera competencias y habilidades prácticas (saber hacer) e integre estos conocimientos y habilidades en su relación con los demás (saber convivir).

2. Fuentes del comportamiento humano

Las costumbres y comportamientos establecidos pueden ser modificados siempre y cuando sean tratados de una manera racional. La mayoría de los comportamientos humanos pueden ser modificados por medio del aprendizaje significativo.

Para el análisis del proceso de aprendizaje es necesario dividir el comportamiento adquirido en tres categorías: conocimiento, habilidad y actitud. (Ver Figura II.1).

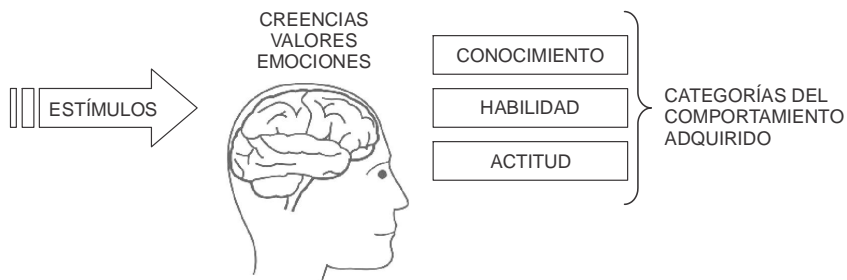


Figura II.1 Categorías de comportamiento adquirido.

Fuente: autores.

2.1 El conocimiento

Es la percepción de un caudal de información, de hechos y cierta comprensión de la manera en que estos hechos se relacionan con otros; solo el conocimiento recordado es un conocimiento efectivo, por lo tanto conviene explicar el aprendizaje del conocimiento con la ayuda de los principios de la percepción, y con lo que se sabe de la memoria humana y la acción de recordar (ver Figura II.2).

La percepción permite captar el ambiente en forma selectiva, lo cual significa que normalmente no se es consciente de todos los estímulos que nos rodean, sino que más bien "filtramos" ciertas cosas que oímos, vemos, tocamos y gustamos. Solo una parte reducida de los estímulos llega a nuestra conciencia, el resto es pasado por alto e ignorado, debido a que el organismo no puede contener todos los estímulos, ni tampoco necesita toda la información. La percepción selectiva permite que el cerebro solamente tome en cuenta los recursos cognoscitivos, que resultan interesantes para sí o que son importantes para su bienestar (3).



Figura II.2. Principios de la percepción del conocimiento.

Fuente: autores.

El conocimiento, para ser aprendido en forma efectiva, debe ser pertinente para quien lo aprende. Por lo tanto se debe asegurar en primer término que lo que se quiere que la persona aprenda sea relevante, de acuerdo con sus expectativas previas, donde se evidencie que cuanto más sentidos se activen en el participante durante el proceso de aprendizaje, más posibilidades tendrá este de ser eficaz.

En cuanto a la memoria, la mente humana no solo percibe, sino que también recuerda en forma selectiva lo percibido. Los temas son fácilmente recordados cuando están organizados y se recuerdan mejor los conocimientos que tienen sentido. La organización cuidadosa del contenido, de los temas y subtemas, la preparación para un proceso educacional, requiere de un análisis cuidadoso del nivel de complejidad del conocimiento que se desea adquirir. Existen varias clasificaciones de los niveles de conocimiento. Bloom desarrolló una taxonomía o clasificación que proporciona un plan preciso para la creación y clasificación de los objetivos educacionales en el conocimiento (4). Esta clasificación identifica seis niveles de complejidad creciente, así:

- De información: hace referencia a la reproducción más o menos textual de lo presentado al participante, cuyo aprendizaje es básicamente memorístico.
- De comprensión: en este se comprende e interpreta lo aprendido.
- De aplicación: requiere el uso de un método para adaptar el conocimiento adquirido a una situación determinada.
- De análisis: implica cumplir los niveles anteriores, identificar, comprender y determinar los componentes, para categorizar y aplicar lo aprendido a una nueva situación, si lo considera pertinente.
- De síntesis: este nivel implica juntar todas las partes anteriores. Es el área que enfatiza comportamientos selectivos y de aplicación práctica, como el diseño o formulación de proyectos.
- De evaluación: este incluye las habilidades de los niveles anteriores, pero exige además la valoración y el juicio.

2.2 Habilidades

Son el conjunto de capacidades para ejecutar una acción con precisión y seguridad. Las habilidades varían de manera amplia en su constitución general; sin embargo, requieren de una serie de pasos donde la oportunidad, la coordinación y los ajustes a diversas condiciones son importantes para obtener resultados eficaces. Las sensaciones agradables refuerzan positivamente, mientras que las desagradables tienden a amortiguar el comportamiento (5).

El principio del refuerzo tiene diversas aplicaciones para el aprendizaje de las distintas formas de comportamiento. Es particularmente adecuado para la comprensión de la práctica del aprendizaje y la enseñanza, porque la destreza solo puede ser adquirida por medio de la repetición de una actividad.

Si la actividad es remunerativa por sí misma, es decir que ofrece recompensas intrínsecas, es fácil desarrollar las habilidades apropiadas, porque el participante deseará repetir dicha actividad y no dudará en buscar la oportunidad de practicarla y adquirir más destreza en la misma. Respecto a cuáles refuerzos son recomendables, es claro que el positivo es más eficaz que el negativo, respecto a los intrínsecos. Se debe propender entonces a que la adquisición de la habilidad sea por sí misma gratificante y para ello debe responder a la expectativa, necesidad y motivación que tenga quien la aprende (6). Las recompensas extrínsecas tienen menor influencia en el logro de las habilidades deseadas, debido a que no afectan en forma significativa las expectativas del individuo en ninguna de las dimensiones de la esencia humana.

2.3 Creencias, emociones, valores y actitudes

El proceso de adquisición de habilidades o conocimientos requiere de la participación emocional de la persona para lograr un cambio de actitudes.

Según Green, la creencia es “una convicción de que un fenómeno, hecho u objeto es real o verdadero”. La fe, la confianza y la verdad son palabras que se usan para expresar o significar una creencia. Una de las características de las creencias es que con frecuencia pueden clasificarse como falsas o verdaderas por observadores externos, aun cuando el que tiene la creencia esté convencido de que es cierta; por lo tanto, los conocimientos y las creencias se superponen (7). Otra característica importante de las creencias es que se componen de conocimiento y afecto. Lo que los individuos saben o creen saber respecto a algo, se llama la esperanza de una creencia, debido a que la gente espera que algunas cosas ocurran de acuerdo con la naturaleza de sus creencias. El comportamiento afectivo se refiere al grado de importancia de la creencia y a lo apropiada que le parece al individuo.

Rokeach sugiere que las creencias de un individuo se forman en una estructura ordenada y la importancia de estas se demuestra en el comportamiento. Las creencias que conciernen directamente con la existencia e identidad, se denominan existenciales y son consideradas como dominantes en la estructura de creencias; un solo cambio en éstas puede tener efectos de gran alcance (8).

Las actitudes son una organización de creencias relativamente perdurable sobre un objeto o situación, que nos predisponen a responder de una manera

preconcebida en diversas circunstancias. En muchas situaciones de enseñanza, los términos actitud y creencia pueden ser usados de manera intercambiable sin pérdida de la efectividad o riesgo de confusión; sin embargo, a veces las distinciones más sutiles se hacen importantes. La actitud se forma por un conjunto de creencias apoyadas que las hacen sólidas y generan un comportamiento perdurable.

Los valores hacen referencia a las características que se tienen en alto aprecio y estima. Una cualidad común de los valores es su tendencia a ejercer influencias fuertes y perdurables en los sentimientos y el comportamiento de quienes los tienen.

La gente cree y aprende a través de la experiencia, de esta se adquieren ciertas guías de comportamiento que tienden a dar dirección a la vida y pueden ser llamadas valores. Estos muestran lo que probablemente se hace con el tiempo libre y las energías de que se dispone.

Los valores, por lo general, se consideran más complejos que las actitudes; de hecho pueden representar un punto central para todo un sistema de actitudes interrelacionadas. Los valores observados de esta manera, ejercen una influencia amplia y poderosa sobre el comportamiento, a pesar de su poder, tal vez no sean fáciles de identificar (9).

2.4 Motivos y necesidades humanas y la influencia en el comportamiento

Es importante conocer las razones por las cuales las personas actúan en la forma en que lo hacen, esto conlleva notar, además de las actitudes y creencias, las motivaciones. La teoría de Maslow sugiere que antes de intentar enumerar la cantidad casi ilimitada de motivos que las personas puedan tener, se observen las necesidades, debido a que la motivación humana está determinada por el grado de satisfacción de sus necesidades básicas (10).

Existen cinco grupos de necesidades humanas básicas, ordenadas en forma jerárquica. Estas se encuentran en niveles diferentes y cada nivel solo comienza a manifestarse como necesidad, cuando las anteriores (las de niveles inferiores) ya han sido satisfechas.

- Necesidad de supervivencia: todo aquello que el cuerpo necesita para sobrevivir como organismo vivo; son necesidades vitales y en tanto no sean satisfechas, la persona no se preocupa de las demás; cuando estas necesidades han sido satisfechas surge el próximo nivel.
- Necesidad de seguridad: una vez se resuelvan las necesidades de comida,

bebida y otros requisitos vitales, la siguiente preocupación primordial es la de autoprotección. Se toman medidas para asegurar que en el futuro no se deba sufrir y por eso se construyen casas, se almacena comida, se pagan seguros de salud y de vida. Así se responde a la necesidad de seguridad física.

- Necesidad de pertenencia: cuando las necesidades de supervivencia y seguridad son satisfechas, la persona siente lo que Maslow refiere como la necesidad de ser aceptados por los demás que nos rodean. Esto brinda seguridad emocional; el ser rechazado, aislado o ignorado por la sociedad es una forma de privación, por lo cual se trata de inducir a los demás a que nos quieran y nos acepten.

Esta necesidad y las siguientes, a diferencia de las anteriores que son de naturaleza biológica, son necesidades sociales y solamente se sienten, cuando no se tiene la preocupación por la supervivencia y la seguridad física. Esta necesidad y las que le siguen en orden jerárquico, nadie puede satisfacerlas por sí mismo, se necesita de un grupo social al cual pertenecer y ser aceptado.

- Necesidad de reconocimiento: una persona generalmente no se siente satisfecha, cuando es aceptada por otros, sino que además desea ser respetada por lo que cree que vale. Nuestra autoestima y autorrespeto dependen en gran manera de la forma en los demás nos valoran. Al sentirse apreciados y admirados, se siente confianza en sí mismo. Al sentirse rechazado por los demás, se pueden experimentar sentimientos de inferioridad, debilidad e incompetencia.
- Necesidad de autorrealización: existe un nivel de necesidades aún más alto cuando se siente que los otros cuatro aspectos ya han sido satisfechos, Maslow lo llama el nivel de autorrealización. Un individuo sano y normal necesita usar el potencial que cree poseer porque de lo contrario se sentirá descontento y frustrado. "Lo que el hombre puede ser debe serlo" (10). Las necesidades de supervivencia y seguridad de muchas personas son escasamente satisfechas, en tanto que el hambre y el peligro físico están siempre en acecho. En tales circunstancias ninguna persona normal se preocupa de la autorrealización, de la autoestima o de la pertenencia; en cambio, si se le ofrece a las personas suficiente comida, refugio y seguridad física, aflorarán las necesidades de los planos superiores.

Existen otras necesidades, algunas de las cuales están implícitas en la escala jerárquica empleada por Maslow, que son muy importantes dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje.

- Afectividad: ser acariciados y comprendidos.
- Vitalidad: ser respaldados, apoyados, aceptados.

-
- Familiaridad: ser acogidos, ganarse la confianza de otros.
 - Seguridad: ser protegidos.
 - Comunicación: ser escuchados, entendidos.
 - Imagen: ser valorados, admirados.
 - Curiosidad: estar enterados, informados.
 - Poder: tener autoridad, tener acceso a posibilidades de desarrollo.
 - Economía: ser remunerados, retribuidos, recompensados.
 - Admiración: ser estimulados, felicitados, gratificados.
 - Atención: ser tenidos en cuenta, atendidos, acogidos.
 - Credibilidad: ser respetados, personalizados.
 - Expectativa ética: ser humanizados.

El conocer y comprender las motivaciones de las personas en cuanto a su comportamiento puede dar elementos cuando se desea construir conocimientos que permitan cambiar actitudes nocivas para la salud (10).

3. Principios y criterios de la educación en salud

Las características del aprendizaje humano permiten formular algunos principios y criterios que son aplicables en la práctica, para facilitar dicho proceso.

- Es un proceso personal, activo, dinámico, en el que cada individuo progresa a su propio ritmo por sus propios medios.
- La motivación y el interés son factores importantes en el aprendizaje.
- Es un proceso reflexivo, inteligente. Es más rápido y eficaz en la medida que el individuo comprenda los objetivos de lo que se pretende enseñar.
- Es intencional, en el sentido que sigue objetivos precisos que deben corresponder a las necesidades y expectativas del participante.
- Es más eficaz cuando opera en situaciones reales y prácticas.
- Se facilita con una retroalimentación rápida y completa.
- La repetición, la práctica, el esfuerzo y el acondicionamiento son mecanismos que ayudan al aprendizaje.
- Se hace evidente por medio de una evaluación en relación con los objetivos y lo aprendido.
- El aprendizaje es un proceso complejo, neurofisiológico y social que incluye todos los principios simultáneamente.

Los criterios de la educación en salud son:

- Debe estar orientada hacia una formación humanista que propenda al desarrollo del ser humano, con metas y objetivos de superación y autorrealización.

- Se deben tener en cuenta los patrones culturales de la región y la idiosincrasia de sus gentes, para utilizar metodologías educativas acordes con estos. En síntesis, adaptar la enseñanza a las maneras tradicionales de aprender de la gente y a las características, porque en el adulto se dificulta desaprender hábitos desfavorables y asumir los favorables.
- Conviene empezar por los conocimientos y habilidades que tenga la gente, reconociendo y analizando métodos preventivos y curativos tradicionales.
- Se debe tener siempre en cuenta la idea de cooperación y autosuficiencia y la capacidad innata de las personas para resolver problemas.
- Se requiere utilizar un lenguaje sencillo, de comprensión para todos, que permita la comunicación entre el orientador y los participantes.
- Debe ser igualitaria, que todas las personas tengan los mismos derechos.
- El orientador debe ser "facilitador" del aprendizaje. Este establece una "relación horizontal" con el grupo de participantes.
- Se deben conformar pequeños grupos de trabajo que faciliten el intercambio, la comunicación y el aprendizaje.
- Tener en cuenta que la manera como se enseña es tan importante como lo que se enseña y que lo básico de la manera como se enseña, es la atención, el respeto y el interés mutuo.
- Considerar las ideas no desde el punto de vista de teorías generales, sino a través de ejemplos de la vida real (su historia o la de alguna persona del grupo).
- Tener presente que en salud, las actividades educativas bien utilizadas tienen un efecto de mucho más alcance que todas las curativas, en aquellos casos en que las condiciones de las personas faciliten el cambio de comportamientos, porque en otros casos actúan solo como protectoras (11).

4. Metodología de la educación participativa en salud

Se precisa la concepción metodológica de la educación en salud, fundamentada en la participación y el dialogo, lo que significa:

- Partir siempre de la práctica, es decir, de lo que la gente sabe, vive y siente, de las diferentes situaciones y problemas de salud que enfrentan y que en un programa educativo se planean como temas por desarrollar.
- Desarrollar un proceso de teorización y análisis sobre la práctica, que sea sistemático, progresivo y al ritmo de los participantes, que permita descubrir los elementos teóricos y profundizar de acuerdo con el nivel de avance del grupo.
- El proceso de teorización debe permitir regresar a la práctica para transformarla, mejorarla y resolverla, esto es, implementar nuevos elementos que permitan que el conocimiento inicial, la situación y el sentir del cual se parte, se explica y entiende de manera integral y científica. Por lo anterior se

fundamentan y asumen conscientemente compromisos o tareas. Aquí es cuando se dice que la teoría se convierte en guía para que una práctica transforme positivamente la realidad de salud.

En consecuencia y según la concepción metodológica planteada, los procesos deben ser participativos para que generen un aprendizaje como el que se plantea y para que este permita:

- Desarrollar un proceso de discusión y reflexión.
- Colectivizar el conocimiento individual, enriquecerlo y proporcionar el conocimiento colectivo.
- Desarrollar experiencias de reflexión educativa común.
- Creación colectiva del conocimiento donde todo el grupo sea partícipe en su elaboración y por lo tanto en sus implicaciones prácticas.

Sin embargo, un proceso en sí mismo no es formativo, ni tiene carácter pedagógico; para que sea educativo, debe ser utilizado en función de un tema específico, con un objetivo concreto e implementarlo de acuerdo con el número de participantes con los que se planea trabajar. Para el buen desarrollo de un curso, es fundamental planificar en términos de análisis y organizar lógicamente lo necesario para que la capacitación cumpla con los objetivos propuestos. Cada proceso se diseñará según las necesidades, circunstancias y características principales de la comunidad donde se prestarán los servicios.

- El proceso debe adaptarse a las experiencias de cada nuevo grupo, teniendo en cuenta las evaluaciones de los anteriores, si se han realizado.

5. Educación participativa en salud

Es un proceso en el que el orientador anima a compartir conocimientos, habilidades, experiencias e ideas mediante el desarrollo de técnicas de aprendizaje y autoexpresión, que permita a los participantes manifestar su opinión pero no imponerla, porque el poder y el autoritarismo carecen de sentido; se apunta hacia la liberación y la afirmación del hombre en su esencia y no hacia la demostración.

La educación participativa crea sentimientos de solidaridad que hacen que se mejoren los esfuerzos para solucionar problemas de salud, interpreta el "diálogo" como la metodología central de la educación, por esto, la educación en salud no se hace en masa, sino en pequeños grupos para apoyar el desarrollo del potencial humano en su autonomía e identidad, y no tiene en cuenta los convencionalismos que limitan la imaginación.

En este tipo de educación, el proceso enseñanza-aprendizaje es dinámico, aumenta la confianza y habilidad de la gente para resolver sus propios problemas y ayuda a otros a solucionar los de ellos, respeta a las personas como seres comprensivos y tiene en cuenta la experiencia y sabiduría de la gente para arreglar sus problemas. Impulsa el progreso social, cada orientador cumple un papel de facilitador, mediador e interlocutor, lo que implica intereses mutuos, atención y respeto. Permite que cada uno de los participantes sienta que sus ideas son importantes, de tal forma que les ayude a entender más a fondo sus problemas al propiciar la acción y la reflexión.

Así mismo tiene un efecto de mayor alcance que todas las acciones curativas e induce a las personas a expresar sus problemas e inquietudes y los interpreta. Valora la iniciativa y la creatividad y apoya la capacidad innata de las personas para enfrentar la situación que las afecte (12).

6. Comunicación en la salud

Es la expresión o transmisión de conocimientos o de información que permite un intercambio de hechos, pensamientos, opiniones o emociones, que lleva implícita la existencia de un emisor y de un receptor. Sin comunicación es imposible la información, enseñanza o educación. Se considera que la transmisión tiene una sola dirección: del emisor al receptor, aunque esto no es exacto. Con frecuencia la dirección cambia y el receptor se convierte en emisor y éste en receptor. Tal intercambio tiene varias ventajas que permiten aclarar dudas o conceptos confusos y además rompe con una costumbre que la educación tradicional proscribió: la pasividad de los que escuchan. Por otra parte, el intercambio receptor-emisor enriquece el conocimiento y favorece su correcta interpretación (13).

Desde otro punto de vista, la comunicación es necesaria para todos los aspectos de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Es relevante en diferentes contextos donde se incluye la relación profesional de salud con el sujeto de atención, la búsqueda de información sobre salud a través de medios masivos de comunicación, adherencia a regímenes y recomendaciones clínicas, construcción de mensajes y campañas y propagación de información individual o colectiva sobre asuntos de salud (14).

6.1 Tipos de comunicación

Se encuentran: la oral, que es la palabra hablada, la conversación que se utiliza para la información y la educación. La escrita, se usa en cartas, telegramas, instructivos, circulares, entre otras (13).

Usos: para informar un hecho, dar órdenes e indicar prescripciones, para mayor difusión; se utilizan libros, folletos y publicaciones de diferente tipo; todos los métodos de enseñanza tienen como base el uso de la palabra oral o escrita (13).

Los atributos que debe tener una comunicación de salud efectiva son:

- Exactitud: el contenido es válido y sin errores de hecho, interpretación o juicio.
- Disponibilidad: el contenido es enviado o dispuesto donde la audiencia tenga acceso al mensaje. La ubicación depende de la audiencia, complejidad del mensaje y propósito, desde canales interpersonales de comunicación hasta redes sociales, así: televisión, radio, kioscos públicos o medios electrónicos, periódicos e Internet.
- Balance: el contenido debe ser apropiado, además de poseer los beneficios y riesgos de acciones potenciales, debe reconocer perspectivas diferentes y válidas de un asunto.
- Consistencia: el contenido debe poseer consistencia interna y estar en línea con otras informaciones sobre el tema que hayan sido publicadas por expertos.
- Competencia cultural: el diseño, la implementación y la evaluación de los procesos debe considerar los diferentes grupos poblacionales y sus características como: etnia, lenguaje, niveles educativos y discapacidades.
- Evidencia base: conocimientos relevantes, que hayan sido revisados y analizados rigurosamente para formular guías prácticas, medidas de ejecución y criterios de implementación, así como tecnologías para aplicaciones de telesalud.
- Alcance: el mensaje debe estar al alcance de la mayor cantidad de personas participantes.
- Fiabilidad: la fuente de la información es creíble y el contenido se mantiene actualizado.
- Repetición: el envío de la información de forma reiterativa para reforzar el impacto que pueda tener en la audiencia.
- A tiempo: el contenido es provisto o se encuentra disponible cuando la audiencia está más receptiva o necesita la información específica.
- Entendible: el nivel del lenguaje y el formato (incluyendo multimedia) son apropiados para las audiencias específicas (14).

Referencias

1. Nutbeam D et al. La evaluación en la educación para la salud. Una revisión de sus progresos, posibilidades y problemas. En: Organización Panamericana de la Salud. Antología de la promoción de la salud. Washington: OPS; 1996. p. 183–195.

2. Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Memorias Seminario Permanente Salud y Administración. Facultad de Estudios Interdisciplinarios, postgrado en Administración en Salud, Universidad Javeriana, Bogotá: Universidad Javeriana; 1990.
3. Suárez R. La educación. 2ª. ed. México: Trillas; 2004.
4. Bloom S. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New York: David McKay Company; 1956.
5. Wolfgang L, Joachim V. Enciclopedia en salud y seguridad en el trabajo. Ergonomía. Herramientas y enfoques. 2001 [Internet]. [Consultado 2009 Jun 12]. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/29.pdf>.
6. Bimbela J. Cuidando al cuidador: counseling para profesionales de la salud. España: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2001.
7. Green MJ, Williams LM, Davidson DJ. Visual scanpaths and facial affect recognition in delusion-prone individuals: increased sensitivity to threat? Cognitive neuro-psychiatry. 2003^a; 8: 19-41.
8. Oblitas L. Manual de psicología clínica y salud hospitalaria. 2ª. ed. Bogotá: Epsicom; 2004.
9. Favelo J. Los valores y sus desafíos actuales. Cuba: Libros en Red; 2004.
10. Maslow A. Motivación y personalidad. S.I.: Ediciones Díaz de Santos; 1991.
11. García C. Algunas reflexiones sobre la educación para la salud. [Internet]. Manizales, Colombia: Grupo Promoción. 2005 [Consultado 2009 jun 12]. Disponible en Internet:http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%206_3.pdf.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud. Citado por: Dueñas J. Educación para la salud: bases psicopedagógicas. Revista Educación Médica Superior [Internet]. 1999 jun;13(1):94. Disponible en Internet: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v13n1/ems12199.pdf>.

13. Álvarez R. Educación para la salud. 2^a. ed. México: El Manual Moderno; 2005.
14. Ríos I. Comunicación en la salud: conceptos y modelos teóricos [Internet] 2013. [Consultado 2013 abr 14]. Disponible en: http://www.perspectivasdelacomunicacion.cl/wp-content/uploads/2013/04/2011_1_09.pdf

