



DELOS: Desarrollo Local Sostenible
Una revista académica
Vol 1, Nº 2 (junio 2008)
www.eumed.net/rev/delos/02/

Aplicación del enfoque constructivista a la educación sanitaria

Carlos Barrios Napurí *

consultorabarrios@hotmail.com

Red Académica Iberoamericana Local-Global

Resumen

En este artículo se aborda el tema de la educación sanitaria aplicando el enfoque constructivista. Se parte de un marco conceptual que ubica los temas de educación sanitaria, salud, medio ambiente y, asimismo, se sumilla el enfoque constructivista como punto de partida describir su aplicación a la educación sanitaria tanto conceptualmente como en un caso de aplicación en poblaciones rurales.

En forma previa a la formulación de un Plan Estratégico de Comunicación Educativa corresponde hacer un diagnóstico de base. Se presenta aquí el proceso de este diagnóstico, que parte de la toma de información y continúa con la propuesta de temas de capacitación, donde se seleccionan y priorizan los mensajes a transmitir.

La etapa previa continúa con la preparación de materiales educativos y con el reclutamiento de agentes locales que puedan desempeñarse como promotores y facilitadores de la capacitación, los cuales coparticipan en la elaboración del material.

Luego de estas actividades previas se inicia el plan estratégico donde se aplica el enfoque constructivista en la comunicación educativa sanitaria para adultos. Esto se efectúa por etapas, caracterizadas estas desde el marco teórico adoptado. Son tres las etapas planteadas: La de eventos de exposición-diálogo, la de talleres educativos y la de visitas domiciliarias.

En este artículo se desarrollan las tres etapas y el momento de refuerzo posterior, permitiendo pautas a ser contrastadas con otros enfoques de la educación sanitaria

* Sociólogo, con Maestría en Gestión Económica Empresarial y estudios de doctorado en Economía. Consultor en sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento.

donde no varían el carácter cognitivo, actitudinal y procedimental de los objetivos educativos en todo el desarrollo del programa de capacitación.

Palabras clave

Educación sanitaria. Agua y saneamiento. Constructivismo. Diagnóstico y programación educativa.

1. Marco conceptual para la educación sanitaria y ambiental

Para el trabajo promocional a nivel local se requiere disponer una canasta de métodos, estrategias y políticas que respondan a las necesidades locales y al trabajo comunitario. En el caso de la intervención social en saneamiento básico en las comunidades más vulnerables, un eje para el trabajo promocional es la educación sanitaria y ambiental y la canasta de métodos debe proveer de herramientas para esta línea de acción.

La educación sanitaria es el proceso de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se promueven prácticas saludables de higiene para proteger la salud, previniendo enfermedades; así como la valoración y uso adecuado y sostenible de los servicios sanitarios; servicios que abarcan al abastecimiento de agua segura; a la disposición sanitaria de excretas y aguas residuales con o sin alcantarillado sanitario, al manejo pluvial y su tratamiento; y al manejo, tratamiento y a la disposición final de los residuos sólidos.

La salud, más que ausencia de enfermedad, es un estado de bienestar psíquico, físico y social, que posibilita el desarrollo de la persona humana. Los servicios de saneamiento básico abarcan al abastecimiento de agua segura; la disposición sanitaria de excretas y aguas residuales con o sin alcantarillado sanitario, al manejo y su tratamiento; y al manejo, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos.

Por otro lado, la educación ambiental es el proceso mediante el cual se promueve la identificación y comprensión de los aspectos del medio ambiente que son o pueden ser dañados y que generan riesgos para la salud pública; se busca la toma de conciencia sobre la necesidad y responsabilidad de la sostenibilidad ambiental, al prevenir o mitigar esos daños y el impulso a la acción para poner en práctica las soluciones.

El medio ambiente es todo aquello que nos rodea, desde seres humanos hasta animales, plantas, agua, aire y suelo. Los problemas ambientales pueden ser diversos. Está la contaminación del agua, la eliminación inadecuada de excretas y de residuos sólidos. Asimismo utilizar diariamente más materiales y recursos de los necesarios creando desperdicios; la contaminación del aire por el humo de las cocinas y quema de basuras; el alto ruido que molesta; la depredación de especies animales, la deforestación, el consumo desmedido de la energía.

Para que la educación sanitaria contribuya a que los sistemas de agua, saneamiento y residuos sólidos funcionen en forma sostenible, debe estar articulada con la promoción de la participación ciudadana.

Para que la educación ambiental permita identificar problemas que se dan en las diversas áreas del entorno, debe ser transversal. Esto es, estar presente en toda acción educativa, de promoción de la organización y en general, en toda la intervención técnica y social.

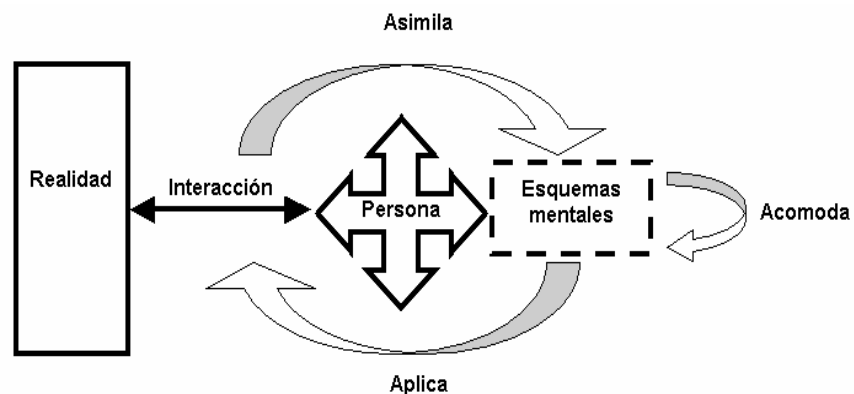
Al diseñar las intervenciones que promocionan cambios de comportamiento concurren varios enfoques teóricos que sustentan metodológicamente las estrategias aplicables en esta comunicación educativa. Uno de los que ha mostrado tener mayor coherencia es el enfoque constructivista, el cual ha sido aplicado en los programas de educación sanitaria para adultos. El constructivismo es una teoría psicológica sobre el proceso de desarrollo humano, que abarca principalmente desde las etapas infantil hasta la adolescente, que puede extenderse para la formulación de estrategias educativas en la capacitación de adultos, dentro de programas de intervención social.

Según el enfoque constructivista, el conocimiento no es innato ni es producto de intuiciones; no se recibe en forma pasiva ni tampoco es resultado de abstracciones provenientes de experiencias sensoriales. El conocimiento no es un simple producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino es una construcción propia. Está formado por esquemas mentales que el ser humano construye, relacionando los conocimientos previos que ya posee, con las nuevas informaciones.

En el aprendizaje constructivo se desarrolla un proceso mental donde se adquiere el conocimiento nuevo al relacionarlo con los conocimientos previos y que finaliza cuando se adquiere la competencia de generalizar y aplicar lo nuevo conocido a una situación nueva.

La persona, en base a su interacción con la realidad, capta y asimila; y luego acomoda los conceptos e informaciones asimilados con lo que sabía antes, integra el conocimiento previo con lo nuevo; y luego lo aplica, lo contrasta con la realidad, adecuando su nuevo conocimiento a través de la experiencia.

La construcción del nuevo conocimiento puede consumarse de diferentes formas. Cuando el sujeto interactúa con el objeto del conocimiento (según Piaget), en la interacción con otros sujetos (según Vigotsky) o cuando el conocimiento es significativo para el sujeto (según Ausubel). Como es difícil saber para cada caso cual de estos tres autores tiene la razón, se recomienda aplicar los 3 enfoques.



En este artículo se aborda el tema de la educación sanitaria planteada aplicando el enfoque constructivista.

2. El diagnóstico de base

En forma previa a la formulación de un Plan Estratégico de Comunicación Educativa corresponde hacer un diagnóstico de base, sobre los conocimientos, actitudes y prácticas a abordar en la intervención; y seleccionar y priorizar las prácticas alternas a promover.

Primer momento: Toma de información

En los proyectos de intervención social normalmente se realiza en forma previa un diagnóstico cualitativo sobre conocimientos, actitudes y prácticas, donde se identifican y caracterizan los problemas que se deben abordar

Por ejemplo, en un proyecto de salud y saneamiento para poblaciones rurales, se identificaron los siguientes problemas respecto a conocimientos, actitudes y prácticas de higiene personal, de la familia y del hogar.

- Se consume frutas y verduras sin lavar; los utensilios de cocina y alimentación no se lavan inmediatamente después de que se usan.
- Se consume agua empozada en el campo durante las jornadas de trabajo.
- En la casa, los depósitos para almacenar el agua están en el piso, cerca de los animales domésticos; los recipientes no tienen tapa, no están bien limpios y para extraer el agua no se usan cucharas de mango largo sino tazas donde es fácil que las manos tomen contacto con el agua para beber.
- El agua de bebida no se hierve, ni se filtra, ni se le echan unas gotas de cloro para desinfectarla.
- No se tapa bien la comida, platos, ollas, cucharas, tenedores y todo utensilio que sirva para cocinar y comer.
- El lavado de manos no se practica antes de cocinar, de comer o de dar de lactar al bebé. Ni antes ni después de cambiar al bebé. Ni después de hacer sus deposiciones, de estar en contacto con los animales, o de regresar del trabajo en el campo.
- Es deficiente aseo personal, pocas veces se bañan, una vez a la semana y después del parto no se hace este aseo hasta por un mes.
- Los pañales de los bebés se lavan después de varios usos.
- Los niños hacen su deposición en campo abierto.
- Los que tienen letrinas no le echan una a dos lampadas (paladas) de excremento de vaca, burro, caballo o toro una vez por semana; para quitar el mal olor; o cal, o cenizas. Además, unos las usan para bañarse.
- Hay mala limpieza en el hogar, cocina, patio y cuartos.
- Se bota la basura en cualquier parte del campo, en el patio y otros sitios; existen botellas de plástico, papel, restos de alimentos y malezas, restos de cosas.

Segundo momento: Propuesta de temas de capacitación

Luego de identificar los problemas se pasa a identificar y validar las prácticas que el programa de sensibilización promovería para eliminarlos.

Una de las posibilidades es hacerlo mediante la “Prueba de Prácticas Mejoradas - PPM”, también conocida como la metodología de los TIPS, por su nombre en inglés, “Trial of Improved Practices - TIPS”.

Este método, está promovido por la Organización Panamericana de la Salud – OPS, para identificar, clasificar y seleccionar las prácticas útiles, factibles y aceptadas por la comunidad, para promoverlas, distinguiendo entre las prácticas a ser promovidas y los mensajes a ser diseminados en la intervención. Fue desarrollado en detalle por Dickin K, Griffiths M, Piwoz E (1997), ha sido adoptado por la Organización Panamericana de la Salud – OPS e incorporada dentro de su programa ProPAN: Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño, para prevenir la desnutrición durante la niñez modificando las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

El detalle del método es el siguiente.

Se parte de una relación de prácticas a alcanzar y de un diagnóstico que identifica los aspectos relevantes relacionados con ellas. Se analiza la información integrando los datos cuantitativos y cualitativos y evaluando lo que facilita y lo que dificulta la adopción de cada práctica.

Se define como prácticas problema a aquellas donde existe una amplia brecha entre las prácticas ideales y las reales encontradas. Para cada práctica problema se proponen nuevos comportamientos o prácticas a recomendar, teniéndose cuidado en redactar las recomendaciones indicando lo que se debe hacer y no lo que debe saber.

Se obtiene así una lista de prácticas propuestas, se pasa a evaluar cada una de ellas según su factibilidad y su impacto; y aquellas que tengan mayor valoración son las incluidas en la estrategia de intervención.

Los criterios que se toman para evaluar la factibilidad son 5: Compatibilidad con creencias y conocimientos. Beneficios. Costo en recursos o dinero. Costo en tiempo. Costo en esfuerzo. Se tiene mayor puntaje en los siguientes casos:

Análisis de factibilidad de las medidas recomendadas

Para el criterio	La recomendación obtiene el mayor puntaje cuando...
1 Compatibilidad con creencias y conocimientos	Las creencias de la población son compatibles con lo que se les va a recomendar.
2 Beneficios	Cuando lo que se les recomiende tiene para ellos varias consecuencias positivas.
3 Costo en recursos o dinero	Cuando la recomendación no requiere que se inviertan recursos para aplicarla.
4 Costo en tiempo	Cuando se requiere muy poco tiempo o esfuerzo.
5 Costo en esfuerzo	Cuando aprenderla no es complicado. Solo requiere muy pocos pasos (uno o dos).

En base al análisis de factibilidad se seleccionan las recomendaciones a incluir en la comunicación educativa. Luego, las seleccionadas se priorizan según su impacto, teniendo primer lugar aquellas que eliminan el problema que se quiere abordar.

3. El Plan Estratégico de Comunicación Educativa

En base a los contenidos priorizados para la comunicación educativa, sobre conocimientos, actitudes y prácticas, se plantea primero el diseño de materiales educativos y luego el trabajo en tres etapas

- 1° Las exposiciones-diálogo (o como se denomine a las sesiones de conferencias, de plenarias informativas).
- 2° Los talleres de capacitación (que son sesiones de trabajo grupal).
- 3° Las visitas domiciliarias.

Se considera además que se trabaja con tres públicos:

- a) Los adultos, que es el público primario.
- b) Los que capacitan a los adultos, que es el público secundario.
- c) Los dirigentes de las organizaciones sociales, que para la educación sanitaria son principalmente los dirigentes de base y los actores sociales de otras organizaciones que no se desempeñan como capacitadores. Entre estos pueden estar los docentes de los centros educativos, los trabajadores de los puestos de salud, las promotoras de salud de las organizaciones de la población .

4. El enfoque constructivista en los programas de Educación Sanitaria para adultos

En la temática de la educación sanitaria, la aplicación del enfoque constructivista con participantes adultos, obliga a considerar que cuando un mensaje está excesivamente alejado de los esquemas previos de los participantes, no tiene para ellos mayor significación y así, el proceso de enseñanza / aprendizaje es incapaz de desembocar en un aprendizaje verdaderamente significativo. Probablemente se obtendría una memorización, pero sería de escaso o nulo valor funcional.

Por otro lado, si los mensajes se presentan sin cuestionar sus prácticas habituales, no se alcanzaría el nivel de motivación mínima que justifique el darles importancia; y así el aprendizaje también se vería igualmente bloqueado.

Por estas razones, los mensajes deben acercarse a los esquemas previos de los participantes pero entregando saberes cuestionadores. Mostrando nuevos contenidos que les obliguen a desarrollar su conocimiento.

La secuencia Asimilación-Acomodación-Aplicación, es una secuencia que parte del aprendizaje personal pero que, dentro de la educación de adultos, se convierte en la estrategia del programa educativo. Así, la idea es armar tres etapas para la capacitación, con objetivos educativos y métodos a aplicar que coincidan con las características de las tres etapas del aprendizaje visto desde el enfoque constructivista.

En la experiencia de educación sanitaria en comunidades rurales que se tuvo, donde se aplicó esta estrategia, el diagnóstico cualitativo inicial se realizó sobre conocimientos, actitudes y prácticas. Su procesamiento llevó a enumerar, seleccionar y priorizar los contenidos a transmitir.

De ahí salieron los objetivos educativos, planteados como conceptuales, para los conocimientos a adquirir; actitudinales, para las actitudes a desarrollar y procedimentales para las prácticas a promover.

Una vez definidos los objetivos, se planteó la estrategia para alcanzar los objetivos, como una secuencia que partía de las conferencias, continuaba con los talleres de trabajo grupal y concluía en las visitas domiciliarias.

Luego, se continuó con el acercamiento a la población objetivo, identificando al público secundario; esto es, seleccionando a los agentes locales (trabajadores de salud, docentes y dirigentes de base) que se encargarían de capacitar a los adultos. Con ellos se preparó el material educativo.

Luego se tuvo contacto con los dirigentes de las organizaciones sociales, y se tuvieron reuniones de sensibilización y de programación conjunta de todo el proceso de capacitación.

Como referencia, para esta programación se tuvieron los siguientes objetivos educativos con sus correspondientes tipos de contenidos.

Objetivos educativos	Tipos de contenidos
<p>Al término del proceso de capacitación, los participantes estarán en condiciones de:</p> <p style="padding-left: 40px;">Captar el saber teórico para conocer las causas y efectos de las diarreas, los parásitos en el aparato digestivo y las enfermedades de la piel de los niños.</p>	<p style="text-align: center;">Contenidos conceptuales</p> <p>Se brinda información sobre lo básico de las enfermedades causadas por el agua.</p> <p>Se incluyen conceptos de salud infantil, de las EDAs (enfermedades diarreicas agudas), parasitosis, acarosis y sobre la importancia del agua segura.</p>
<p style="padding-left: 40px;">Aplicar el saber teórico con una actitud positiva y responsable respecto a la adopción de comportamientos adecuados de higiene y saneamiento en sus hogares y en su comunidad.</p>	<p style="text-align: center;">Contenidos actitudinales</p> <p>Se da refuerzo a las actitudes positivas respecto al cuidado de la higiene y del saneamiento.</p>
<p style="padding-left: 40px;">Acomodar el saber práctico que poseen previamente, con el nuevo saber teórico captado, para diseñar, describir y ejecutar diferentes procedimientos de higiene y saneamiento.</p>	<p style="text-align: center;">Contenidos procedimentales</p> <p>Se tienen sesiones demostrativas y reuniones con comunicación interpersonal sobre mensajes prácticos para mejorar la higiene personal, la higiene en el hogar, la higiene de los alimentos, el uso y mantenimiento de los sistemas de letrinas y el manejo de los desechos sólidos en el hogar.</p>

5. Diseño, validación y producción de materiales educativos

Es importante tener en cuenta que los mensajes contruidos para los problemas priorizados sobre higiene y saneamiento, deben pasar por una validación inicial realizada por grupos focales con el público objetivo primario, que son los hombres y mujeres, niños y niñas de las comunidades. Esto permite tener mayor claridad en los contenidos denotados y connotados.

A partir de esos mensajes se diseñan los bocetos del material educativo, se diagraman y también validan, pero ahora con validación técnica efectuada por profesionales especialistas y validación por el público objetivo secundario, que son los docentes de primaria e inicial, los trabajadores del sector salud, los promotores comunales de salud y las directivas de las organizaciones sociales de base. Es decir, las personas que harían uso del material.

En las localidades donde se aplicó esta estrategia de comunicación educativa, los siguientes materiales educativos preparados y validados fueron los siguientes:

- Guía de sesiones educativas para el promotor y personal de establecimiento de salud, con siluetas interactivas sobre temas de salud y saneamiento.
- Manual de saneamiento y higiene para docentes
- Guión de teatro de títeres y su guía de uso
- Guión de juegos para evaluar aprendizaje para niños: Dado preguntón, ruleta de la salud, tiro al blanco, repesa revuelta (escuela)
- Manual auto instructivo para dirigentes de las organizaciones sociales de base
- Rotafolio de promoción de la organización
- Video o CD interactivo sobre temas de salud
- Almanaque educativo dirigidos al público objetivo primario

Asimismo, se prepara la emisión de mensajes cortos para transmitirlos por radio, en los horarios de mayor audiencia de la localidad.

6. Exposiciones-diálogo

Se inicia el programa de capacitación con asambleas no resolutivas, conferencias y otra forma de reuniones Plenarias Educativas, para sensibilizar a la población. Participan masivamente adultos, mujeres y varones en estas. Los temas tratados son la importancia del saneamiento en la salud de las personas, el agua es vida y salud para todos los seres vivos, las diarreas y la parasitosis infantil. En los objetivos se prioriza la autoestima, la higiene personal y el conocimiento básico de las causas y consecuencias de las enfermedades diarreicas y parasitarias.

Se usan técnicas reflexivo-participativas. Para el momento de motivación pueden utilizarse medios audiovisuales como vídeos, fotos, figuras. Para los momentos de recojo de saberes previos pueden aplicarse lluvia de ideas, juego de roles. Para promover la participación, reflexión y análisis de los problemas de higiene y saneamiento en sus hogares y comunidad, pueden trabajarse narraciones o videos de casos que permitían comparar experiencias similares a las de ellos, buscando generar compromiso para mejorar su calidad de vida. Para evaluar los aprendizajes en estas

exposiciones-diálogo, se pueden realizar juegos educativos, como la ruleta de la salud, el doctor preguntón, que son juegos de preguntas elaboradas previamente con contenidos correspondientes al tema tratado. Finalmente, se puede aplicar un tests de salida.

Con este primer paso en la estrategia de capacitación se obtienen resultados diferentes en los tres tipos objetivos.

- Primero, se obtienen logros cognitivos. Esto es, se logra que los participantes adquieran conocimientos básicos sobre las causas de las enfermedades diarreicas, parasitarias y sobre el como prevenirlas.
- En cuanto a los objetivos actitudinales, sí son relevantes. Se procura asociar la higiene personal a la autoestima. Se plantea el quererse a sí mismos y se busca obtener compromisos personales de aplicar los conocimientos aprendidos a la práctica de higiene personal y de su hogar.
- En estos eventos iniciales, los logros procedimentales no son lo fundamental. No interesa aun enseñar ha hacer un correcto lavado de manos o la forma de cuidar la higiene del almacenamiento del agua o los métodos de limpieza de los alimentos.

7. Talleres Educativos

Estas acciones educativas consisten en desarrollar sesiones con una metodología más participativa, trabajándose los temas con mayor especificidad.

En las exposiciones-diálogo iniciales se había incidido en la captación y asimilación. En estos Talleres Educativos, continuando con la aplicación del enfoque constructivista al proceso educativo de adultos, se prioriza la acomodación; esto es, que relacionen los saberes nuevos asimilados con los conceptos e informaciones que tenían previamente.

Los objetivos educativos cognitivos y actitudinales se plantean como refuerzo a lo logrado; mientras que los objetivos procedimentales se plantean como generadores de conocimientos.

El temario incluye el lavado de manos, la higiene dental, la higiene de los alimentos, la eliminación de la basura, el agua segura, el uso y mantenimiento de las letrinas y un reforzamiento general en higiene y saneamiento.

Aquí, el rol de la facilitadora es principalmente motivador y orientador. Ayuda a recordar lo tratado en las exposiciones-diálogo pero procura no agregar más saberes sino apoyar el procesamiento de los saberes recibidos. Anteriormente definimos que el público secundario es el que capacita a los adultos y que participa en la elaboración del material. Esa actividad es la que le ha permitido un mejor manejo del tema para desempeñar aquí el rol de facilitadora o facilitador.

Es mejor realizar los Talleres Educativos por sectores, con grupos de participantes más pequeños. En estas sesiones se utilizan más las técnicas demostrativas. Se incide en motivar a través de figuras o fotos; iniciando la sesiones, en unos casos, con alguna figura interactiva que les recuerde alguna de sus prácticas cotidiana de higiene y saneamiento; en otros casos presentando fotos tomadas en el lugar, o con alguna forma de demostración de sus prácticas cotidianas.

A partir de esas motivaciones, se proponen las discusiones en cada Taller Educativo con todo el grupo de participantes, luego se forman grupos de discusión mas pequeños donde los participantes apuntan o dibujan sus conclusiones en los papelotes y se

retoma la reunión general. Esa fase del Taller, el facilitador o la facilitadora de la capacitación (es más conveniente que sea mujer para no contradecir a la cultura existente que asocia a la limpieza con el rol de la mujer) puede realizar una sesión demostrativa explicativa; de tal manera que luego los grupos presenten sus conclusiones que inmediatamente deben ser reforzadas por la facilitadora.

En las localidades donde se aplicó el método se indicó que, como resultado de los Talleres Educativos, los participantes refuerzan los aprendizajes de los aspectos cognitivos tratados anteriormente; asimilan los aspectos procedimentales del lavado de manos y de las otras prácticas en la forma como deben hacerlo en su vida cotidiana; conocen asimismo sobre la higiene dental, la higiene los alimentos, la clasificación y eliminación de la basura; y relacionan sus nuevos compromisos con los compromisos previos de mejorar sus prácticas de higiene diaria.

Estos Talleres Educativos pueden complementarse con otras conferencias (exposiciones diálogo, plenarias informativas) paralelas sobre otros temas de higiene y saneamiento; de autoestima y del uso responsable del agua potable.

8. Visitas domiciliarias

Luego de cubrir a todos los sectores de la población con Talleres Educativos complementados con conferencias (exposiciones-diálogo), dentro de la estrategia de capacitación toca reforzar los mensajes claves con visitas domiciliarias.

En las visitas se aplican técnicas de educación personalizada o consejería en higiene y saneamiento. Se elabora un instrumento de registro de observaciones de las prácticas de higiene y saneamiento en el hogar, lo cual direcciona y facilita las observaciones específicas. Este instrumento puede denominarse cuestionario, ficha de censo o encuesta, según como se entiendan estos términos en la localidad. La aplicación permite empoderar al promotor de salud o facilitador en la tarea educativa al interior del espacio familiar.

Las visitas domiciliarias deben realizarse cuando las familias tengan operando las instalaciones de agua y sus letrinas sanitarias. Es un trabajo largo por tener como meta el visitar a todas las familias de la comunidad, para conocer de cerca las prácticas sanitarias de cada familia y desarrollar sesiones demostrativas dentro de cada hogar.

En última fase de la intervención, también debe participar el personal el sector Salud de la localidad. Su rol es afianzar la imagen trabajo integrado y, además, identificar y dar tratamiento a casos especiales de requerimientos de atenciones de salud, detectados en las visitas domiciliarias.

En el enfoque constructivista del aprendizaje, al enseñar se considera que los contenidos tienen un grado considerable de elaboración social; pero además, se considera que el que aprende es el responsable último de su propio aprendizaje. Nadie puede sustituirle en esa tarea, ni siquiera el facilitador.

El rol del facilitador no debe limitarse a crear las condiciones óptimas para que la población objetivo aprenda, sin orientación. Su rol es orientar para que los aprendizajes personales se afirmen y que los contenidos queden legitimados como saberes culturales.

Una de las críticas que se efectúa al enfoque original de concientización formulado por Paulo Freire (1970), es señalar que el rol del facilitador es abstenerse de intervenir en

el momento de consolidación de las nuevas formas de conciencia. Se ha considerado como erróneo su planteamiento.

Paulo Freire señalaba que las nuevas percepciones o valoraciones, esto es, las nuevas formas de conciencia, debían ser un logro autónomo del concientizado, para que este tenga un ejercicio de su libertad y no sea sujeto de un proselitismo a favor de lo planteado por el facilitador. Señalaba que el sujeto debe construir su realidad a través de las circunstancias que generan el devenir cotidiano. Que lo central es promover la reflexión; para lo cual hay que dar dos pasos. Primero, tomar conciencia de la realidad en que se vive, sujeto a las determinaciones que los opresores imponen; y segundo, desarrollar la iniciativa para luchar y liberarse frente al opresor.

Al respecto, la crítica señala que la educación sanitaria y ambiental no tiene a un opresor ante el cual liberarse, sino comportamientos y pautas de conducta que es necesario cambiar. Por tanto, no tiene sentido el esfuerzo de impulsar un programa de capacitación donde el facilitador no exprese sus criterios porque equivaldría a detenerse justo antes de la meta.

9. Los refuerzos

Con todo lo anterior se ha logrado la legitimación racional de los comportamientos deseados e incluso, hasta su aceptación cultural. Falta lo más difícil, la adquisición de nuevos hábitos en reemplazo de los anteriores.

Señalaba la teoría que la construcción del nuevo conocimiento puede consumarse cuando el sujeto interactúa con el objeto del conocimiento, cuando interactúa con otros sujetos o cuando el conocimiento es significativo para el sujeto. Operativizándolo, tres cosas pueden hacerse en este sentido.

En primer lugar, la interacción con el objeto del conocimiento se realiza evaluando. Tener estándares, información de seguimiento que contraste lo que existe con los estándares, promedios grupales que permitan comparar al autoevaluado con el grupo en relación con los estándares y momentos de replanteo de los estándares empleados.

En segundo lugar, respecto a la interacción con otros sujetos, están las actividades finales del programa de capacitación. Aquí, lo pertinente es la emulación. Que los participantes se expresen y que se les felicite. La forma que se hizo en las localidades estudiadas fue organizando Ferias Informativas con los centros educativos. Estas fueron Ferias donde, a cada sector o barrio se le asignaba un espacio, un stand, para que presenten a sus vecinos y transeúntes sus conceptos y sus prácticas, en un momento lúdico. Así, la interacción emulativa se planteó como el concurso de técnicas “¿Cómo se hace?”; o como el “Concurso de teatro”. También se tuvieron “Las conferencias de pocos minutos” donde los conferencistas eran los vecinos, todos los cuales reciben al final su certificado de participación reconociéndolos como conferencistas.

En tercer lugar, el conocimiento es significativo cuando a partir de él se construyen nuevos conocimientos. Un último tipo de actividad que surge naturalmente es plantear la réplica de todo el programa educativo. También, en la experiencia que se tuvo, el planteamiento que emergió de las organizaciones locales y de los promotores y facilitadores que compartían las tareas de capacitación, fue entender que se había desarrollado un programa anual de educación comunitaria.

Se había tenido el año inicial se trabajó, con Exposiciones, Talleres de Capacitación y Visitas Domiciliarias, sobre el tema Educación Sanitaria. Para el segundo año se acordó trabajar sobre el tema Nutrición, quedando otros temas pendientes como: La producción de alimentos en el hogar. El tema ¿Qué se puede producir, para vender fuera de la localidad? También estuvo el tema: Varones, mujeres, niños y adultos ¿qué necesitamos para estudiar? Y, en cualquiera de estos casos, el criterio fue reforzar la educación sanitaria avanzando a otro aprendizaje colectivo mayor.

Bibliografía

Dickin K, Griffiths M, Piwoz E (1997) Designing by Dialogue: A Program Planners' Guide to Consultative Research for Improving Young Child Feeding. Washington, DC: Academy for Educational Development/The Manoff Group.

Dirección de Agua potable, Saneamiento Básico y Ambiental (2003). Guía para la elaboración de material educativo en comunidades indígenas. Ministerio de Medio ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial de Colombia

OPS/OMS, AIDIS, CWWA Agua Segura: Fuente de Vida (2002) "El Derecho a Tener Agua Segura" Guía de Trabajo a la Comunidad

OPS – OMS. Cepis - Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente. GTZ – Cooperación Alemana al Desarrollo. Curso de autoinstrucción "Educación sanitaria intercultural". En <http://www.cepis.org.pe/edusan/index.html>

Organización Panamericana de la Salud – OPS. ProPAN- Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño. En

http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/Propan_FullText.pdf

Paulo Freire (1970) Pedagogía del oprimido.