

## Evaluación del proyecto “la salud es cosas de todos”. Una propuesta comprehensiva

### *Evaluation of the project “health concerns everybody”. A comprehensive proposal*

**María D. Dapia Conde**

Profesora Titular de Universidad, Universidad de Vigo, Facultad Ciencias de la Educación, España

Artículo recibido: 17/01/14; evaluado: 17/06/14 - 17/07/14; aceptado: 17/09/14

#### **Resumen**

Este artículo describe la evaluación de un proyecto de salud en la escuela dirigido a estudiantes de 14-16 años en un centro de enseñanza secundaria. El título del proyecto es “La salud es cosa de todos”. La investigación consiste en plantear y ensayar una propuesta comprehensiva en la evaluación de proyectos de educación para la salud en el marco escolar, planteado desde una investigación-acción y con una especial atención a la evaluación de proceso. Se exponen las distintas fases de evaluación del proyecto (ciclos de la investigación), describiendo las investigaciones parciales llevadas a cabo. Se estructura en evaluación inicial, evaluación de la implementación y evaluación de los resultados. Los resultados apuntan a una evaluación positiva del proyecto. En las distintas investigaciones se presentan datos específicos que marcan esta tendencia. Nuestro mayor interés se centra en describir la propuesta, facilitando, así, que ésta pueda ser ensayada en otros contextos.

**Palabras clave:** educación para la salud, evaluación, programa, investigación-acción

---

#### **Abstract**

*This article describes the evaluation of a health project in school for students 14-16 years in a secondary school. The project title is “Health concerns everybody”.*

*The research is to propose and test a comprehensive proposal in the evaluation of projects health education in the school setting, raised from an action research with special attention to the evaluation process. The various stages of project evaluation (cycle research), describing the partial investigations carried out. It is structured initial assessment, evaluation of the implementation and evaluation of results. The results suggest a positive evaluation. Specific data to make this trend presents the various investigations. Our main interest focuses on describing the proposal, facilitating, so, that it can be tested in other contexts.*

**Keywords:** health education, evaluation, program, action research.

[ddapia@uvigo.es](mailto:ddapia@uvigo.es)

**Revista Iberoamericana de Educación / Revista Ibero-americana de Educação**

**ISSN: 1681-5653**

n.º 66/2 – 15/12/2014

Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI-CAEU)

Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI-CAEU)



## 1. Bases teóricas

Mustard en el año 1945, afirmó que la educación para la salud es una empresa que produce resultados lentamente y estos resultados son difíciles de medir. Estos dos problemas de evaluación y medida plagan la educación y la promoción de la salud, incluso más hoy en día con el cambio de énfasis actual de las enfermedades crónicas a las degenerativas. Por otra parte, los programas de educación para la salud promovidos por diferentes organismos se han incrementado notablemente en estos últimos años. Sin embargo, este auge de la educación para la salud no vino acompañado, generalmente, de procesos de evaluación sistemáticos a través de los que se haga una reflexión tanto del proceso como de los resultados.

Cuando iniciamos la evaluación del programa "La salud es cosa de todos", hace ya más de diez años, la bibliografía existente en el momento sobre la temática era muy escasa. No siempre los programas de educación para la salud venían asociados a los necesarios procesos de evaluación. Cuando éstos existían presentaban una clara orientación: se centraban en los resultados y se llevaban a cabo, fundamentalmente, con métodos y técnicas cuantitativas –medida de ganancias calculadas por las diferencias entre el pretest y el postest tomando como referencia un grupo control-.

La evaluación en educación para la salud estuvo dominada por la tradición cuantitativa, en parte, como señala Tones y Tilford (1994) porque es un área que recibió contribución de varias disciplinas donde esta tradición era muy fuerte. En la actualidad, se empieza a considerar el enfoque cualitativo. Algunos investigadores comprometidos con la tradición cuantitativa empiezan a encontrar útil incluir algunos elementos de recogida de datos de corte cualitativo. Por ejemplo, Dignan (1989: 11-12) afirma que la razón para emplear métodos cualitativos para evaluar los programas de promoción y educación para la salud es conseguir una opinión de los miembros del programa y para comprender qué y cómo se trabajó el programa.

El panorama actual presenta algunos indicios de cambio. Una revisión a la literatura más reciente nos permite confirmar algunas modificaciones; la evaluación de proceso comienza a recibir más atención en las investigaciones actuales (Audrey et al, 2006; Baranowski y Stables, 2000; Craver y Burkett, 2012; Johnson, et al, 1994; Rosecrans et al, 2008; Simovska, 2007; Steckler, et al, 2003; Thaker et al, 2008; Valois y Hoyle, 2000; Wang et al, 2013; Zusevics et al, 2013). No obstante, aún son escasos los estudios que evalúan tanto el proceso como los resultados (Mukoma y Flisher, 2004).

La evaluación de proceso es un aspecto importante en un enfoque holístico de evaluación. La falta de interés por este tipo de evaluación, con frecuencia, se convierte en un elemento crucial para mejorar la calidad de los programas. Aunque puede parecer una obviedad debemos verificar que el programa ha sido implementado antes de evaluar su efectividad; no en pocas ocasiones –en concreto, en los programas a gran escala- se han valorado programas que se han implementado parcial o puntualmente. Una evaluación de proceso integral que proporcione información acerca de cómo se implementó y recibió una intervención, cuáles fueron sus fortalezas y debilidades y bajo qué condiciones se desarrollaron las actividades. Considerar los datos derivados de esta evaluación nos puede ayudar a evitar el error Tipo III –evaluar una intervención que fue inadecuadamente implementada- (Dobson y Cook, 1980; Basch et al, 1985).

Proponemos que la evaluación de proceso aplicada a la educación para la salud, sea entendida en la dirección propuesta por Patton (1990: 105) "informa al que toma decisiones acerca de lo que está pasando

en el programa, cómo se ha desarrollado y cómo y porqué el programa se desvió de los planes y expectativas iniciales". Dada la prioridad que este autor concede a esta evaluación sugiere que si uno tiene que elegir entre la información de la implementación y la información de los resultados, por la limitación de recursos de evaluación, hay muchos casos en los que la información de la puesta en práctica es de mayor valor. "La evaluación de proceso no sólo proporciona información valiosa sobre cómo un programa es puesto en práctica, qué actividades ocurren, bajo qué condiciones, por quien, y con qué nivel de esfuerzo sino también asegurará mucho más los éxitos o fracasos en el logro de la consecución de los resultados" (Nutbeam, 1998: 41).

El panorama de la evaluación en educación para la salud se caracterizaba, por tanto, por el predominio de evaluaciones cuantitativas centradas en los resultados. Pensamos que este enfoque de evaluación es necesario, pero no suficiente. Defendemos, proponemos y ensayamos un modelo de evaluación (una concepción holística) aplicado a la educación para la salud, que incluye referentes a los procesos y a los resultados, integrando métodos cuantitativos y cualitativos. Es importante fomentar y desarrollar diseños de evaluación viables que combinen diferentes metodologías de investigación, cuantitativos con cualitativos (Nutbeam, 1998). Planteamos, asimismo, la investigación-acción como una de las opciones metodológicas que mejor darían respuesta a estos postulados.

## 2. Descripción del proyecto

"La salud es cosa de todos" es un proyecto curricular innovador de Ciencias Naturales estructurado en torno a la educación para la salud dirigido a estudiantes de secundaria que fue implementado en un centro de la ciudad de Ourense (España). Se adoptó un enfoque de diseño centrado en las actividades, concretándose en programas-guía de actividades para los estudiantes y orientaciones didácticas para el docente, bajo un modelo que permitía la introducción sistemática de la educación para la salud en todo el currículum.

Los principios básicos en los que se basa el proyecto se fundamentan en entender la salud desde una perspectiva positiva y global y no exclusivamente como la ausencia de enfermedad; la toma de conciencia sobre la necesidad de responder educativamente a las necesidades que la sociedad actual presenta en relación con la salud; y, finalmente, el considerar el marco escolar como un ámbito, posible y necesario, para llevar a cabo la educación para la salud.

Algunas características de este proyecto son: a) la temporalización del proyecto es la correspondiente a un curso académico; b) el material habitual de trabajo de los estudiantes son las guías de actividades; c) las guías están estructuradas en siete unidades didácticas; y d) la metodología adoptada centra el proceso de enseñanza-aprendizaje en el propio estudiante.

La secuenciación y estructura temática de las 7 unidades didácticas que componen el proyecto es la siguiente: 1. La salud es cosa de todos; 2. El cuerpo humano, un mundo en miniatura; 3. Comer para vivir o...vivir para comer; 4. Mantenimiento del cuerpo; 5. Nos defendemos; 6. Sexualidad y 7. El cuerpo en movimiento.

### 3. Metodología

La investigación o aplicación práctica que se ha llevado a cabo se realizó en el marco de la investigación-acción colaboradora (Feldman, 1993). Fue en la evaluación del proyecto "La salud es cosa de todos" donde se proyectó la aplicación de los principios de evaluación holística que venimos defendiendo. Una evaluación que recoge tanto la evaluación diagnóstica, como la evaluación la implementación y de los resultados del proyecto curricular, dando voz a todos implicados en el proceso.

En lo que se refiere a la metodología general utilizada -detallaremos algunas concreciones para cada investigación parcial- podemos adelantar que combina métodos cuantitativos y cualitativos en la recogida de información, usando métodos de investigación, investigadores y fuentes de datos múltiples (triangulación de métodos y de perspectivas) para la validación de los datos.

En la línea de os principios metodológicos de la investigación-acción, la evaluación fue realizada en ciclos que corresponde con las diferentes etapas de investigación (ver Tabla 1). Las especificaciones metodológicas serán presentadas en cada sección.

Tabla 1  
Tópicos de interés de los ciclos de investigación

|   |
|---|
| 1. Ideas previas en relación a la salud                                     |
| 2. Intereses en sexualidad  |
| 3. Evaluación de la implementación de cada una de las unidades del proyecto |
| 4. Evaluación global del proceso de implementación                          |
| 5. Modificación de la ideas previas   |
| 6. Evaluación de conocimientos y creencias                                  |

Nota: Evaluación diagnóstica (ciclos 1 y 2); Evaluación de proceso (ciclos 3 y 4) y evaluación de resultados (ciclos 5 y 6)

## 4. Resultados y discusión

### 4.1 Evaluación inicial

Para el diagnóstico de la situación, por una parte, hemos partido de una amplia revisión bibliográfica acerca de las conductas de los adolescentes que justifican la necesidad de la educación para la salud en esta etapa y por otra parte, se ha realizado un análisis del contexto, que atendió a las características generales de los estudiantes del centro en el que se lleva a cabo la investigación. Todo ello se ha completado con dos investigaciones que atienden a las ideas previas de salud de los estudiantes y a los intereses de sexualidad.

#### Ideas Previas Acerca De La Salud

Las ideas previas de los estudiantes se incorporaron a la investigación educativa por los años 70. Su importancia se fundamenta en la consideración de que los estudiantes aprenden a partir de las concepciones previas que poseen sobre muchos fenómenos procedentes de sus experiencias personales, de la interacción social y también de sus experiencias previas de enseñanza.

El objetivo general de este ciclo de la investigación ha sido conocer las preconcepciones que los estudiantes tenían acerca de la salud, centrándonos en el concepto, determinantes de la misma y acciones

a realizar para mejorar la salud. La prueba utilizada ha sido un cuestionario de respuesta abierta que se concretó en las cuatro siguientes cuestiones: "¿qué significa para ti la salud?"; "¿qué crees que afecta a nuestra salud?"; "¿qué podemos hacer para mejorar la salud, tanto la nuestra como la de los demás?" y "¿qué puedes hacer para mejorar tu salud?". Para analizar los datos se ha empleado la técnica de inducción analítica y una segunda categorización a partir de otras usadas en estudios previos sobre el tema (Natapoff, 1978; Baydoun *et al.*, 1987; Jensen, 1989; 1991)

Las principales características específicas de las preconcepciones de salud de los estudiantes de esta investigación son:

- En el concepto de salud (ítem 1) la respuesta más numerosa ha sido no padecer ninguna enfermedad, coincidiendo con el resultado de otras investigaciones (Jensen, 1989; 1991). Otras respuestas se caracterizan por ser poco diferenciadas (bienestar, sentirse bien,...) o por manifestar características genéricas de la salud (puede ser buena o mala, relacionada con la vida,...). Además, están presentes respuestas con referencia a alguno de los elementos incluidos en la definición de salud de la W.H.O. (1946): físicos, psíquicos y sociales, siendo muy escasa la presencia de este último.
- Las respuestas de los estudiantes al segundo ítem, ¿qué crees que afecta a nuestra salud?, fueron agrupadas según los cuatro determinantes que afectan a la salud, propuestos por Lalonde (1974). Los factores que inciden en la salud son percibidos de forma aislada, sin una visión integrada y centrándose en la categoría estilo de vida, seguida del medio ambiente. La respuesta primaria o factor específico más nombrado fue la *contaminación*.
- Las acciones propuestas por los estudiantes para mejorar la salud (ítems 3 y 4) se concentran en el estilo de vida -*controlar la alimentación, no fumar, hacer ejercicio*- seguido del medio ambiente.

En el presente estudio se observan algunas de las características generales señaladas en otros trabajos (Pozo y Gómez, 1998; Mora y Herrera, 2009) sobre preconcepciones de los estudiantes, tales como: estar dominadas por la percepción, no tener en cuenta las interacciones entre los distintos elementos del sistema, incoherencia, presentar similitudes con concepciones científicas de otras épocas o sus influencias socioculturales.

#### Intereses De Los Estudiantes Acerca De Sexualidad

En este ciclo de la investigación, nos hemos planteado identificar los intereses de los acerca de la sexualidad, para considerarlos en el diseño de la unidad en la que se aborda tal temática. Para la realización de este diagnóstico inicial de intereses pedimos a los alumnos y alumnas que, de manera individual y anónima, escribieran todas las preguntas o temas que quisieran saber sobre "sexualidad": *Escribe todo lo que te interese conocer relativo al tema de la sexualidad*. Respondieron a la pregunta solicitada 134 estudiantes, formulando 375 respuestas, lo que indica que cada estudiante formuló una media de 2.8 contestaciones diferentes o unidades de registro. El análisis se ha llevado a cabo agrupando los intereses manifestados según las categorías propuestas por Barragán (1991) ligeramente modificadas.

Los resultados (ver Tabla 2) marcan las siguientes tendencias. Más de la mitad, de las respuestas dadas reflejan el interés de los estudiantes sobre el ciclo de respuesta sexual y sus alteraciones, y, sobre sexualidad y reproducción. Dentro de este último tema, la anticoncepción se perfila como el más

demandado en el total de las respuestas. El siguiente grupo de respuestas alude a la higiene sexual y a las enfermedades de transmisión sexual. Los restantes temas (sexualidad y cultura, anatomía y ciclo menstrual, orientación de la respuesta sexual,...) fueron señalados claramente como menos interesantes para los estudiantes.

El conocimiento de los intereses de los estudiantes tuvo implicaciones en la enseñanza; por una parte, fue útil en la fase de revisión y puesta en práctica de la unidad didáctica relativa a esta temática y, por otra parte, se ha empleado para valorar en qué medida los temas que interesaban a los estudiantes estaban incluidos en los materiales de aula y considerarlos en la implementación.

Tabla 2  
Tópicos de interés en relación con la sexualidad (Frecuencia y porcentajes)

| INTERESES  | FRECUENCIA<br>(N=375) | PORCENTAJE<br>(%) |
|--|-----------------------|-------------------|
| Historia de la sexualidad                                    | 1                     | 0.3               |
| Sexualidad y cultura   | 31                    | 8.2               |
| - Concepto de sexualidad                                     | 9                     | 2.4               |
| - Variabilidad cultural de la conducta sexual                | 2                     | 0.5               |
| - Diferencias socioculturales y educativas                   | 6                     | 1.6               |
| - Relaciones pareja, matrimonio y prematrimoniales           | 14                    | 3.7               |
| Anatomía y ciclo menstrual                                   | 39                    | 10.4              |
| - Anatomía sexual femenina y masculina                       | 7                     | 1.9               |
| - Virginidad   | 8                     | 2.1               |
| - Ciclo menstrual: fisiología, sintomatología y alteraciones | 6                     | 1.6               |
| - Mitos y tabús  | 8                     | 2.1               |
| - Relaciones sexuales  | 10                    | 2.7               |
| Ciclo de respuesta sexual y alteraciones                     | 101                   | 26.9              |
| - Respuesta sexual femenina y masculina                      | 14                    | 3.7               |
| - Sexualidad en las personas mayoers                         | 1                     | 0.3               |
| - Disfunciones sexuales                                      | 19                    | 5.1               |
| - Autoestimulación   | 14                    | 3.7               |
| - Relación sexual  | 27                    | 7.2               |
| - Primera vez  | 26                    | 6.9               |
| Orientaciones a la respuesta sexual                          | 9                     | 2.4               |
| - Heterosexualidad   | 4                     | 1.1               |
| - Homosexualidad y lesbianismo                               | 5                     | 1.2               |
| Sexualidad y reproducción                                    | 106                   | 28.3              |
| - Anticoncepción   | 74                    | 19.7              |
| - Fecundación, embarazo y parto                              | 18                    | 4.8               |
| - Aborto   | 12                    | 3.2               |
| - Esterilidad y fecundación artificial                       | 2                     | 0.5               |
| Aspectos sociales y jurídicos de la sexualidad               | 4                     | 1.1               |
| -Violencia de género   | 4                     | 1.1               |
| Higiene sexual y ETS   | 63                    | 16.8              |
| Atracción, amor y sexualidad                                 | 4                     | 1.1               |
| Evaluación de la sexualidad                                  | 10                    | 2.6               |
| Educación sexual   | 7                     | 1.9               |

## 4.2 Evaluación de proceso

El propósito de esta fase fue examinar la implementación de la intervención. Es realmente en el aula donde surgen y se reconocen los problemas y se pueden buscar las soluciones, ya que éstos pueden variar dependiendo del contexto de la práctica. Se describe la puesta en práctica del proyecto, atendiendo a distintos aspectos: cambios o modificaciones en el diseño previsto, organización del trabajo en el aula,

secuencia de trabajo,... Para recoger esta información se ha optado por una triangulación metodológica y de perspectivas (profesores, estudiantes y observadores). Presentaremos, en primer lugar, la evaluación efectuada en cada unidad didáctica y, en segundo lugar, una evaluación global del proyecto.

### Descripción del proceso de implementación

En este estudio nos centraremos en la valoración que profesoras (4), estudiantes (140) y observadores/asesores externos (2) han hecho de cada una de las unidades didácticas. Los instrumentos utilizados para la recogida de datos han sido: cuestionarios, entrevistas y observación. Para explorar la valoración de los estudiantes se elaboró un breve cuestionario anónimo, que cumplimentaron al finalizar cada unidad didáctica, constituido por los siguientes 4 ítems de respuesta abierta: *¿Qué actividad te gustó más? ¿Por qué?; ¿Qué actividad te gustó menos? ¿Por qué?; ¿Qué otras actividades cambiarías, añadirías,...? Descríbelas brevemente; Haz una valoración global de la unidad.* Posteriormente a su aplicación, comenzamos un primer análisis de las respuestas de los estudiantes. Los resultados derivados de este análisis sirvieron como base para las entrevistas de grupo focalizadas.

La opinión de las profesoras se recabó mediante una entrevista individual al finalizar cada unidad, grabada en audio. Las cuestiones acerca de las que se les pedía información tenían que ver con cumplimiento/modificación del diseño; la dinámica de implementación –agrupamiento, actividades obligatorias y voluntarias, lecturas,...- así como de las dificultades encontradas. También se pidió una valoración de las actividades similar a la realizada con los estudiantes. Por último, fueron realizadas observaciones por dos miembros del grupo de investigación no directamente implicados en la puesta en práctica de la unidad aunque sí en el diseño.

Algunos de los resultados más destacados son los siguientes. La correspondencia entre el currículo diseñado y el implementado es muy alta; no obstante, las profesoras en todas las unidades introducen algunos cambios con respecto al programa-guía de actividades (la no realización de algunas actividades que estaban propuestas, la introducción de nuevas actividades,...)

Se aprecian también diferencias en la implementación de las distintas profesoras en relación a la dinámica habitual de trabajo. Se ha constatado, desigualdades en el uso del trabajo en pequeños grupos, la lectura o no de los textos en clase, el tratamiento de las nuevas actividades incorporadas,...

Las actividades que más y menos gustaron a estudiantes y docentes no siempre son coincidentes, incluso estas diferencias se hacen patentes en los propios grupos. Las actividades que prefieren generalmente los estudiantes se caracterizan por ser de tipo práctico o por el uso del vídeo. Sin olvidar que hay alumnos que manifiestan preferencia por actividades más clásicas.

Las dificultades en la implementación sentidas por las profesoras son de distinto tipo: falta de conocimientos en la materia para la realización de alguna actividad, problemas derivados de la escasa participación de los estudiantes o problemas organizativos. Por último, la valoración global de estudiantes y docentes de cada unidad didáctica es positiva, particularmente de la de sexualidad.

### Evaluación general del proyecto

La evaluación global del proyecto se hizo en base a un cuestionario. Los ítems que constituyen el cuestionario final fueron operacionalizados en función de una doble técnica: una escala tipo Likert con cinco

alternativas y para recoger la valoración global se empleó el Diferencial Semántico con siete alternativas de respuesta. Los 71 ítems tipo Likert se agruparon de acuerdo a su contenido y análisis factoriales exploratorios en nueve subescalas: objetivos, contenidos, recursos, actividades, metodología, calificación, profesoras, alumnos y contexto.

En general, puede afirmarse que hay una alta coincidencia en valorar positivamente el proyecto por parte de los tres sectores implicados: estudiantes, profesoras y observadores/asesores externos. Las cuestiones más críticas que fueron objeto de discusión son de tres tipos: 1) aspectos en los que no existía coincidencia entre las tres perspectivas; 2) aspectos en los que existía acuerdo y habían recibido las valoraciones más bajas; y, 3) aspectos que aún siendo valorados positivamente merecen una reflexión conjunta.

**Objetivos y contenidos.** Se trata de categorías valoradas muy positivamente por todos los sectores, en torno a las cuales no se ha generado discusión alguna. Los logros en educación para la salud, uno de los componentes básicos del proyecto, han recibido una valoración muy positiva por parte de los estudiantes - entre un 88 y un 89.1% de los estudiantes están de Acuerdo o Muy de Acuerdo-.

**Recursos.** Los recursos fueron valorados positivamente en cuanto a variedad, pero no en cuanto a cantidad. Asimismo, las instalaciones, fueron mencionadas por algunas deficiencias por los distintos participantes

**Actividades.** Las actividades son bien valoradas por los tres sectores, solamente no existe acuerdo en el ítem referido al tiempo dedicado a las actividades que es percibido insuficiente por parte de los estudiantes.

**Metodología.** La metodología del proyecto, en general, es aceptada, aunque se manifiesta alguna discrepancia acerca de si el aprendizaje se basaba más en las actividades realizadas por los alumnos que en las explicaciones dadas por la profesora o por los libros.

**Calificación.** Hay coincidencia general entre los participantes en que la evaluación es la principal fuente de insatisfacción (grado de exigencia, dedicación exigida a las profesoras y estudiantes, sistema de evaluación combinado,...)

**Profesoras.** Ha sorprendido a las docentes el elevado porcentaje de estudiantes que ha valorado positiva o muy positivamente la labor de las mismas reconociendo su capacidad profesional

**Estudiantes.** Los estudiantes reciben valoraciones bajas por parte de las profesoras, destacando su escaso trabajo, así como su también baja participación. Las percepciones que manifiestan los estudiantes de sí mismos, aunque no son tan altas como en otras subescalas, tienden a lo positivo.

**Contexto.** Se observan en las valoraciones de los estudiantes altos porcentajes de indiferencia especialmente en los ítems relativos al centro. Se detectan dificultades de control en el aula derivadas de la distribución espacial sociópeta. Las relaciones interpersonales de aula, profesor-estudiantes, estudiantes-estudiantes que son percibidas como buenas.

**Valoración global del proyecto.** La mayoría de estudiantes (entre el 75.2% y el 94%) considera la materia satisfactoria, interesante, entretenida, participativa, variada, organizada y agradable, y, al mismo tiempo, relativamente difícil (ver Tabla 3). Es necesario aclarar en relación con esta última valoración que los estudiantes no están valorando el grado de dificultad para aprobar la asignatura (la tasa de suspensos es



muy baja, en torno al 25%), sino la complejidad de las actividades que tienen que ejecutar, en gran parte tareas de comprensión.

Tabla 3  
Evaluación global del proyecto por los/as estudiantes (en porcentajes)

| Proposiciones | Valoración |              |            |
|---------------|------------|--------------|------------|
|               | Acuerdo    | Indiferencia | Desacuerdo |
| Satisfactorio | 82.9       | 8.5          | 8.6        |
| Interesante   | 94.0       | 1.7          | 4.3        |
| Entretenido   | 74.4       | 15.4         | 10.2       |
| Participativo | 80.3       | 14.5         | 5.1        |
| Fácil         | 50.4       | 26.5         | 23.1       |
| Variado       | 83.8       | 11.1         | 5.2        |
| Organizado    | 82.9       | 10.3         | 6.8        |
| Agradable     | 75.2       | 12.8         | 11.9       |

### 4.3 Evaluación de resultados

La evaluación de resultados implica la valoración de los efectos del programa. Se identifican tres cambios objeto de evaluación de la mayoría de programas de salud: conocimientos, actitudes/creencias y conductas. En nuestro caso, abordamos la evaluación de resultados del proyecto que nos ocupa desde una doble perspectiva. En primer lugar, tratamos de conocer en qué medida las ideas de salud de los estudiantes han evolucionado tras la implementación del proyecto. Y, en segundo lugar, se llevo a cabo un estudio de los conocimientos y creencias de salud, utilizando un diseño cuasiexperimental con grupo control.

#### Modificación de las ideas previas de los estudiantes acerca de la salud

Al finalizar la implementación del proyecto aplicamos el mismo cuestionario que para la identificación de preconcepciones con el propósito de conocer en qué medida se han cambiado las ideas de salud de los estudiantes. Los resultados (Tabla 4) apuntan a cambios en la estructura conceptual de los estudiantes. En general, el cambio más significativo se produjo en la incorporación del componente social. Éste se manifiesta tanto en las definiciones de salud (ítem 1) como en los restantes ítems referidos a los determinantes y a las propuestas de acción para mejorar la salud, tanto en general como individual.

Sin embargo, los estudiantes mantienen un cierto grado de incoherencia en sus preconcepciones en relación con el medio ambiente. Se perfila como el determinante más citado y, sin embargo, las propuestas de acción con él relacionadas, a nivel general y sobre todo individual (ítems 3 y 4) son considerablemente menores en número. No obstante, el peso otorgado al medio ambiente es mayor en el post-test que en el pre-test.

Tabla 4  
Ideas previas sobre salud. Comparación pre y post- test. Item 1

|                                     | Pre-test |       | Post-test |       |
|-------------------------------------|----------|-------|-----------|-------|
|                                     | N        | %     | N         | %     |
| No padecer ninguna enfermedad       | 49       | 17.69 | 14        | 8.14  |
| Bienestar/sentirse bien             | 32       | 11.5  | 7         | 4.07  |
| Estado del cuerpo                   | 27       | 9.75  | 2         | 1.16  |
| Bienestar físico y psicológico      | 26       | 9.39  | 19        | 11.05 |
| Bienestar físico                    | 21       | 7.58  | 7         | 4.07  |
| Puedes ser Buena o mala             | 19       | 6.86  | 6         | 3.49  |
| Relacionado con la vida             | 18       | 6.50  | 6         | 3.49  |
| Estado físico y psicológico         | 12       | 4.53  | 12        | 6.98  |
| Algo importante/ fundamental        | 10       | 3.61  | 3         | 1.74  |
| Algo que debemos cuidar             | 10       | 3.61  | 1         | 0.58  |
| Bienestar psíquico                  | 8        | 2.89  | 0         | 0.0   |
| Bienestar físico                    | 6        | 2.17  | 0         | 0.0   |
| Estado físico                       | 5        | 1.81  | 0         | 0.0   |
| Bienestar medioambiental y social   | 4        | 1.44  | 4         | 2.33  |
| Estado psicológico                  | 1        | 0.36  | 0         | 0.0   |
| Bienestar físico, psíquico y social | 0        | 0.0   | 75        | 43.60 |
| No es lo contrario de enfermedad    | 0        | 0.0   | 4         | 2.33  |
| Bienestar físico y social           | 0        | 0.0   | 2         | 1.16  |
| Sin categorizar                     | 29       | 10.47 | 10        | 5.81  |
|                                     | 277      |       | 172       |       |

Los cambios más significativos en cada uno de los ítems son los siguientes. En relación al primer ítem se aprecia como las definiciones de salud formuladas son, en general, más ricas y están más elaboradas que las iniciales. Otra manifestación del cambio se refleja en la reiterada presencia de la respuesta "bienestar físico, psíquico y social", que se convierte en la opción más numerosa, siendo una categoría inexistente previamente. A pesar de ello, todavía persiste un número significativo de definiciones de salud que sólo mencionan el componente físico y psicológico o el físico y social. Por contra, las respuestas incluidas en la categoría "no padecer ninguna enfermedad" descienden considerablemente, pasando de ser la categoría que aglutinaba el mayor número de respuestas a la tercera en importancia.

En relación con el segundo ítem relativo a lo qué afecta a nuestra salud también se constatan algunas modificaciones. Agrupadas las respuestas, el estilo de vida y el medio ambiente son los factores de salud más mencionados (igual que antes) aunque ahora con apenas diferencias. Otro cambio importante está relacionado con los condicionantes de salud más citados por los estudiantes; destaca especialmente la aparición del componente social, que antes no se sugería.

Por último, en los dos últimos ítems relativos a las acciones propuestas para mejorar la salud la principal diferencia radica en la introducción del factor social.

### Cambios en creencias y conocimientos de salud

Tomando como referencia a Brooks *et al.* (1981, 1982 y 1988), quienes llevaron a cabo la evaluación de un currículo de salud en la escuela centrado en las actividades, realizamos la evaluación de los resultados a corto plazo. Nuestra propuesta se centró en la evaluación de creencias y de conocimientos de salud, diseñando sendos cuestionarios. El primero de ellos, constituido por 25 ítems, en el que se incluyen los principales componentes del modelo de creencias de salud, segmentado el cuestionario en 5 secciones de cinco ítems: susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas y autoeficacia. Ninguno de los ítems especifica enfermedades concretas; aluden a aspectos generales

relacionados con la salud derivados de los grandes temas incluidos en el proyecto -estilo de vida (en general), alimentación, sexualidad, alcohol y tabaco-.

Para evaluar los conocimientos diseñamos un segundo cuestionario, con 24 ítems cerrados (3 opciones de respuesta: Verdadero, Falso, No sabe/ No contesta) derivados de la guía de actividades. Este cuestionario fue revisado por tres miembros del grupo de trabajo y un médico - especialista en educación para la salud-. Las proposiciones incluidas son las siguientes: 1. El factor que más influye en la salud son los servicios de salud. 2. El medio ambiente y el estilo de vida son los principales determinantes de la salud. 3. El agua sirve para adelgazar. 4. Los homosexuales son personas que padecen una enfermedad de tipo sexual. 5. Una mujer se puede quedar embarazada cualquier día del ciclo menstrual. 6. Las manifestaciones sexuales comienzan en la adolescencia. 7. El coito anal es un riesgo de contagio de SIDA. 8. Dar sangre es un riesgo de contagio de SIDA. 9. La masturbación es un riesgo de contagio de SIDA. 10. Compartir el cepillo de dientes es un riesgo de contagio del SIDA. 11. Coito vaginal con preservativo es un riesgo de contagio del SIDA. 12. Coito vaginal con diafragma es un riesgo de contagio del SIDA. 13. El colesterol es imprescindible para el buen funcionamiento del cuerpo. 14. En una dieta equilibrada tenemos que tomar la misma proporción de proteínas, glúcidos y grasas. 15. Debemos incorporar diariamente grasas sobre todo de origen vegetal. 16. Los aditivos que contienen los alimentos son siempre perjudiciales para la salud. 17. Las vitaminas son nutrientes que engordan. 18. Las bebidas alcohólicas pueden considerarse alimentos porque tienen nutrientes como proteínas y glúcidos. 19. El tabaco no se puede considerar una droga. 20. El alcohol da fuerza. 21. Echándole a una de copa de ginebra un refresco de naranja rebajamos su contenido en alcohol. 22. De las muertes producidas por problemas cardiovasculares, un número importante están relacionadas con fumar. 23. La mejor manera de saber si tenemos la tensión sanguínea elevada es medirla. 24. Tener la tensión sanguínea elevada puede afectar a órganos como el corazón o el riñón.

Para conocer si hubo cambios en creencias y conocimientos, se ha optado por un diseño cuasiexperimental, con grupo control. Comparamos los resultados de aprendizaje de los estudiantes que siguen el proyecto (grupo innovador que actuó como experimental) con los de otro centro de secundaria de la ciudad que siguieron una enseñanza más tradicional (grupo tradicional, control). Para el análisis de datos se acudió a estadísticos descriptivos (porcentajes) y pruebas de contraste (diferencias de medias y chi cuadrado) mediante el programa estadístico SPSS 19.0 para Windows.

La principal conclusión que se deriva de los resultados es que el proyecto es capaz de cambiar a corto plazo los conocimientos y las creencias de salud de los adolescentes. Es decir, el programa ha sido efectivo en términos de crear un grupo mejor informado y generar aparentemente creencias más deseables en ellos. Los resultados sugieren que el proyecto tuvo un impacto sobre los conocimientos de los estudiantes, constatando diferencias significativas entre los dos grupos ( $\chi^2= 42.47$ ;  $p=.000$ ).

La tabla 5 recoge las respuestas de los dos grupos a cada uno de los ítems que componen el cuestionario de conocimientos. En todos los ítems el porcentaje de opción correcta es superior para el grupo más innovador. Las diferencias más claras se perciben en los ítems 3, 6 y 8 (el agua sirve para adelgazar; las manifestaciones sexuales comienzan en la adolescencia; dar sangre es un riesgo de contagio del SIDA) con diferencias de porcentajes que superan los 50 puntos, llegando incluso a 75 puntos. Solamente en nueve ítems, las diferencias son inferiores a veinte puntos porcentuales.

Tabla 5  
Conocimientos de salud, por grupos. Porcentajes

| ITEMS   | GRUPOS      | RESPUESTAS CUESTIONARIO* |       |
|---------|-------------|--------------------------|-------|
|         |             | Verdadero                | Falso |
| Item 1. | Innovador   | 25.7                     | 69.0  |
|         | Tradicional | 48.8                     | 40.5  |
| Item 2. | Innovador   | 88.6                     | 10.5  |
|         | Tradicional | 86.8                     | 10.5  |
| Item 3  | Innovador   | 0.9                      | 98.2  |
|         | Tradicional | 57.9                     | 22.4  |
| Item 4  | Innovador   | 4.4                      | 95.8  |
|         | Tradicional | 38.3                     | 50.0  |
| Item 5  | Innovador   | 51.8                     | 48.2  |
|         | Tradicional | 30.3                     | 59.2  |
| Item 6  | Innovador   | 27.2                     | 72.8  |
|         | Tradicional | 88.2                     | 10.5  |
| Item 7  | Innovador   | 93.8                     | 4.4   |
|         | Tradicional | 83.8                     | 2.7   |
| Item 8  | Innovador   | 7.0                      | 93.0  |
|         | Tradicional | 56.8                     | 43.2  |
| Item 9  | Innovador   | 0.9                      | 96.5  |
|         | Tradicional | 5.3                      | 86.7  |
| Item 10 | Innovador   | 82.5                     | 18.7  |
|         | Tradicional | 59.2                     | 27.6  |
| Item 11 | Innovador   | 8.8                      | 89.4  |
|         | Tradicional | 6.7                      | 89.3  |
| Item 12 | Innovador   | 67.9                     | 27.7  |
|         | Tradicional | 83.5                     | 23.0  |
| Item 13 | Innovador   | 93.9                     | 6.1   |
|         | Tradicional | 55.3                     | 28.9  |
| Item 14 | Innovador   | 7.0                      | 88.6  |
|         | Tradicional | 28.9                     | 48.7  |
| Item 15 | Innovador   | 90.3                     | 5.3   |
|         | Tradicional | 75.0                     | 2.6   |
| Item 16 | Innovador   | 9.6                      | 88.6  |
|         | Tradicional | 23.7                     | 47.7  |
| Item 17 | Innovador   | 7.0                      | 89.5  |
|         | Tradicional | 2.8                      | 82.9  |
| Item 18 | Innovador   | 3.5                      | 93.9  |
|         | Tradicional | 3.9                      | 72.4  |
| Item 19 | Innovador   | 20.4                     | 79.6  |
|         | Tradicional | 42.1                     | 52.6  |
| Item 20 | Innovador   | 1.9                      | 97.1  |
|         | Tradicional | 7.7                      | 86.5  |
| Item 21 | Innovador   | 1.8                      | 98.2  |
|         | Tradicional | 15.8                     | 75.0  |
| Item 22 | Innovador   | 87.7                     | 7.0   |
|         | Tradicional | 75.0                     | 9.2   |
| Item 23 | Innovador   | 97.4                     | 0.9   |
|         | Tradicional | 80.3                     | 1.3   |
| Item 24 | Innovador   | 93.0                     | 1.8   |
|         | Tradicional | 82.9                     | 0.0   |

\*El porcentaje restante corresponde con los/as que no saben/no contestan

También fueron significativas las diferencias en términos de creencias cuando los cinco constructos de creencias son considerados globalmente; analizados separadamente los componentes, las diferencias son significativas en todos menos en "autoeficacia" (Tabla 6).

Tabla 5  
Componentes del modelo de creencias de salud. Diferencias de medias.

|                           | Grupo experimental<br>N=114 | Grupo Control<br>N=75 |         |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------|
| Susceptibilidad percibida | 10.84                       | 8.11                  | -6.86** |
| Gravedad percibida        | 10.75                       | 8.30                  | -7.85** |
| Beneficios percibidos     | 9.17                        | 7.11                  | -5.84** |
| Barreras percibidos       | 18.38                       | 20.63                 | 3.12**  |
| Autoeficacia              | 9.81                        | 9.30                  | -1.10   |

\*\* Significant at 1%

## 5. Conclusión

“La salud es cosa de todos” ha sido y es un ejemplo de programa de educación para la salud para secundaria, fruto de la necesidad sentida de un grupo de profesores de educación secundaria. La investigación está basada en el trabajo de un grupo de investigación-acción formada por docentes no universitarios y universitarios. Ha sido y es un proyecto de investigación-acción colaboradora en el que integrado el mundo de la escuela y el de la universidad, habitualmente tan desligados.

Hemos detallado la evaluación del proyecto usando métodos cualitativos y cuantitativos, con aportaciones para sucesivas implementaciones. Por el enfoque metodológico adoptado no pretende la generalización de los resultados, pero si pueden considerarse a modo de hipótesis de acción futura, como una invitación para que otros docentes puedan explorar si el significado atribuido a un proceso puede ser plantearse en sus propias situaciones.

Por otra parte, y conscientes de las limitaciones del estudio (un único centro de enseñanza, proceso metodológico,...), los resultados sugieren que el programa tuvo un impacto significativo en conocimientos y creencias de salud de los estudiantes. Sin embargo, más allá de los resultados planteábamos, defendimos e implementamos un enfoque comprensivo de evaluación en educación para la salud que incluya referentes de proceso y de resultados, y en el que se integren métodos cualitativos y cuantitativos. En nuestra mente estaba el que este trabajo de investigación tuviera esta orientación y pudiera servir de apoyo a otros profesionales, en el sentido de ayudar a comprender el valor y la necesidad de un enfoque holístico de la evaluación y a reflexionar acerca de qué aspectos deben evaluarse en los procesos de enseñanza-aprendizaje, rompiendo con algunas de las patologías que afectan a la evaluación. Estas premisas despiertan interés por seguir avanzando en esta línea en investigaciones futuras.

## Referencias

- Audreu, S.; Holliday, J.; Parry-Langdon, N. and Campbell, R. (2006). Meeting the challenges of implementing process evaluation within randomized controlled trials: the example of ASSIT (A Stop Smoking in Schools Trial). *Health Education Research*, 21(3), 366-377.
- Baranowski, T. y Stables, G. (2000). Process evaluation of the 5-a-day projects. *Health Education Behavior*, 27, 157-66.
- Barragan, F. (1991). *La educación sexual. Guía teórica y práctica*. Madrid: Paidós.
- Basch, C.; Slipevich, E.; Gold, R.; Duncan, D. y Kolbe, L. (1985). Avoiding type III errors in health education program evaluation: a case study. *Health Educ Q* 12:315-31

- Baydoun, E.; Hernández, D.; Schaefer, G.; Styra, I. & Wille, J. (1987). The concept of health: Free association tests. En P. J. Kelly y J. L. Lewis (Eds.). *Education and health* (pp. 27-34).
- Brooks, C. (1988). A hierarchical analysis of the effects of an activity centred health curriculum on general health beliefs and self-reported behaviour. *Journal of Educational Research*, 81(3), 149-154.
- Brooks, C., & Howard, D. J. (1982). Evaluation of an activity-centered health curriculum. Assessment of cognitive knowledge. *Journal of School Health*, 52, (9), 549-552.
- Brooks, C., Kirkpatrick, M., y Howard, D. (1981). Evaluation of an activity centred child health curriculum using the health belief model. *Journal of School Health*, 51, (8), 565-569.
- Craver, G. y Burkett, K. (2012). A Preliminary Qualitative Evaluation of the Virginia Gold Quality Improvement Program. *Qualitative Report*, 17, 81, 1-26.
- Dignan, M.B. (1989). *Measurement and evaluation of health education* Springfield: Charles C. Thomas.
- Dobson, D. y Cook, T. (1980). Avoiding type III error in program evaluation: results from a field experiment, *Eval Program Plannn*, 3: 269-276.
- Feldman, D. (1993). Promoting equitable collaborative between university researches and school teachers. *Qualitative studies in education*, 6(4): 341-357.
- Jensen, B. B. (1989). *Sundhedsbegreber hos børn og unge (Children's and young people's concepts of health)*. Copenhage: Komiteen for sundhedsoplysning.
- Jensen, B. B. (1991). Health education in holistic perspective on children's concepts to health. En D. Nutbeam et al. (Eds.) *Youth Health Promotion: From Theory to Practice in School and Community* (pp. 69-88). Londres: Forbes Publications.
- Jonhson, CC.; Osganian, S.K.; Budman, S.B. et al. (1994). CATCH: family process evaluation in a multicenter trial. *Health Education Q*, 2: S91-106.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- Mora, C. y Herrera, D. (2009). Una revisión sobre ideas previas del concepto de fuerza. *Latin American Journal of Physics Education*, 3(1), 72-86.
- Mukoma, W. y Flisher, A.J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion International*, 19(3), 357-368.
- Mustard, H.S. (1945). *Government in public Health*. New York: Commonwealth Fund.
- Natapoff, J. N. (1978). Children's views of health: A developmental study. *American Journal of Public Health*, 68, 95-1000.
- Nutbeam, D. (1998) Evaluating health promotion-progress, problems and solutions, *Health Promotion International*, 13(1), 27-44.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park: Sage Publications.
- Pozo, J.I. y Gómez, M.A. (1998). *Aprender y enseñar ciencia. Del conocimiento cotidiano al conocimiento científico*. Madrid: Morata.
- Rosecrans, A.M.; Gittelsohn, J.; Ho, L.S.; Harris, S.B.; Naqshbandi, M. y Sharma, S. (2008). Process evaluation of a multi-institutional community-based program for diabetes prevention among First Nations. *Health Education Research*, 23(2), 272-286.
- Simovska, V. (2007). The changing meaning of participation in school-based health education and health promotion: the participants'voices. *Health Education Research* 22(6), 864-878.
- Steckler, A.; Eitelbah, B.; Martin, C.J. et al. (2003). Pathways process evaluation results: a school-based prevention trial to promote healthful diet and physical activity in American Indian third, fourth, and fifth grade students. *Prev Med*, 37, S80-90.
- Thaker, S.; Steckler, A.; Sanchez, V.; Khatapoush, S.; Rose, J. y Hallfors, D. (2008). Program characteristics and organizational factors affecting the implementation of a school-based indicated prevention program. *Health Education Research*, 23 (2), 238-248.
- Tones, K. y Tilford, S. (1994). *Health Education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- Valois, R.F. and Hoyle, T. (2000). Formative evaluation results from the Mariner Project: A Coordinated School Health Pilot Program, *Journal of School*, 70, 95-103.

- Wang, H.; Lee, M.; Hart, A.; Summers, A.; Steeves, E. y Gittelsohn, J. (2013). Process Evaluation of Healthy Bodies, Healthy Souls: A Church-Based Health Intervention Program in Baltimore City. *Health Education Research*, 28(3), 392-404.
- W.H.O. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Ginebra: WHO.
- Zusevics, K.L.; Lemke, A.; Harley, A. y Florsheim, P. (2013). A Preliminary Qualitative Evaluation of the Virginia Gold Quality Improvement Program. *Health Education*, 113(3) 232-253.