



Modelo precede - procede para la promoción y educación sexual de estudiantes universitarios ecuatorianos

(PROCEDE model for the promotion and sexual education of Ecuadorian university students)

Rosa Del Carmen Saeteros Hernández ⁽¹⁾ * rsaeteros@esPOCH.edu.ec <https://orcid.org/0000-0001-7992-0878>

Eida Ortiz Zayas ⁽²⁾ eida.ortiz@esPOCH.edu.ec <https://orcid.org/0000-0001-5230-7598>

Angélica María Saeteros Hernández ⁽³⁾ asaeteros@esPOCH.edu.ec <https://orcid.org/0000-0002-0712-5047>

Martha Cecilia Mejía Paredes ⁽⁴⁾ martikamp@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0002-0996-2826>

(1) Carrera de Promoción de la Salud, Facultad Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, EC060155.

(2) Carrera de Medicina, Facultad Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, EC060155.

(3) Universidad Estatal de Bolívar, Vicerrectorado de Investigación ECO 020103.

(4) Centro de Admisión y Nivelación. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, , EC060155.

*Correspondencia: Carrera de Promoción. ESPOCH. Panamericana Sur Km 1 ½. EC060155. Riobamba. Ecuador.
E-mail: rsaeteros@esPOCH.edu.ec

Recibido: 26-11-2021 Aceptado: 09-01-2022

RESUMEN

Introducción: El modelo de cambio de comportamiento PRECEDE – PROCEDE, creado por Lawrence Green y Marshall Kreuter en el año de 1980, sustenta el estudio de las necesidades de educación sexual, el diseño, implementación y evaluación de acciones para la promoción y educación sexual y reproductiva. **Objetivo:** Ajustar el modelo a las necesidades y contexto universitario **Métodos:** Investigación de desarrollo tecnológico, basada en el modelo clásico PRECEDE - PROCEDE. **Resultados:** El modelo PRECEDE – PROCEDE incorpora los enfoques necesarios ante la complejidad, amplitud y matices que requiere el estudio de un tema transdisciplinar como la promoción de la salud sexual y reproductiva. Es un modelo clásico, dinámico, holístico, educativo, multidisciplinario, que mira los detalles y provoca un análisis sistémico, que toma en cuenta los determinantes con una visión amplia, sin aislar a la persona de su contexto, con una mirada que considera la complejidad social, acorde a un modelo ecológico, no es lineal, ni mecánico, sino flexible y susceptible a adecuaciones y uso concomitante de otras alternativas, en búsqueda de encontrar la mejor forma de resolver el problema, permite la participación de los involucrados en todas las fases; en el diagnóstico multidisciplinario: social, epidemiológico, de comportamiento y estilo de vida, educacional y político administrativo; en el diseño, implementación y evaluación de proceso, resultados e impacto. **Conclusiones:** El modelo PRECEDE – PROCEDE incorpora los enfoques necesarios ante la complejidad, amplitud y matices que requiere el estudio de un tema transdisciplinar como la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: Salud Sexual. Salud Reproductiva. Derechos Sexuales y Reproductivos. Educación Sexual

ABSTRACT

Introduction: The Behavioral change PRECEDE-PROCEDE model, created by Lawrence Green and Marshall Kreuter in 1980, It is based on the study of sexual education needs, designing, implementation and evaluation of actions for promoting sexual and reproductive education. **Objective:** To adjust the model to the demands and university context. **Methods:** Technological development research, based on the classic PRECEDE – PROCEDE model. **Results:** The PRECEDE - PROCEDE model incorporates the necessary approaches to the complexity, breadth and nuances required by the study of a transdisciplinary topic such as the promotion of sexual and reproductive health. It is a classic, dynamic, holistic, educational, multidisciplinary model that observes carefully the details and gives as a result a continuous analysis, which takes into account the determinants with a broader vision, without isolating the person from their context, with a certain point of view that considers the social complexity, according to an ecological model, is not linear, nor mechanical, but flexible and susceptible to adjustments and concomitant use of other alternatives, in search of finding the best way to solve the problem, allows the participation of those involved in all phases; in the multidisciplinary diagnosis: social, epidemiological, behavioral and lifestyle, educational, political and administrative; in the design, implementation and evaluation of processes, results and impact. **Conclusions:** The PRECEDE - PROCEDE model incorporates the necessary approaches to the complexity, breadth and nuances required by the study of a transdisciplinary topic such as the promotion of sexual and reproductive health.

Keywords: Sexual Health. Reproductive Health. Reproductive Rights. Sex Education



1. Introducción

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es asumida como estrategia importante para la reducción de la pobreza, mejora de la salud y la calidad de vida en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD), celebrada en Egipto en 1994;⁽¹⁾ en la misma se trataron temas referidos a Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), a las acciones para mejorar la situación de las niñas, el estatus de la mujer, la situación de los adolescentes y la igualdad de género, como componentes básicos para mejorar la SSR de la población.⁽²⁾

La SSR desde su enfoque más abarcador después de la CIPD, ha demandado de estrategias integrales enfocadas en la promoción, prevención y empoderamiento de determinados grupos sociales como las mujeres y los jóvenes, así como la participación de las poblaciones beneficiadas en el diseño de los programas que se implementan.⁽³⁾

El desarrollo del campo de la SSR ha venido ganando un merecido espacio en diferentes ámbitos, son visibles los progresos en su desarrollo científico y hay evidencias sobre la efectividad de los programas de promoción de la salud que han sido bien diseñados y que tuvieron en cuenta las necesidades de los grupos beneficiarios.⁽⁴⁾

Un ejemplo claro de los múltiples retos en SSR está reflejado en la Declaración de la Asamblea General de la WAS, celebrada en el 2007 en Australia,⁽⁵⁾ donde se puede observar como uno de sus propósitos es el promover el acceso universal a educación integral de la sexualidad.

En el término “Salud”, se incluyen todos los procesos y vivencias humanas que apuntan hacia el desarrollo integral del individuo, desde el cuidado de su cuerpo hasta la toma de conciencia de sus relaciones personales y trascendentales.⁽⁶⁾

La salud es entendida, a partir de las nuevas tendencias mundiales, como salud holística, según la cual se considera un fenómeno y un proceso global, que no se pueden desmembrar sin que la persona de quién se habla pierda sus cualidades sistémicas: físicas, psíquicas, sociales

y espirituales.⁽⁷⁾

En 1986 se realiza en Ottawa, la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, fue ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la Salud Pública en el mundo. “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.⁽⁸⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986 plantea la necesidad de implementar acciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población como una condición ineludible para el logro de la salud. La estrategia de promoción de la salud establece algunos lineamientos, entre otros, la promoción de estilos de vida, la creación de espacios saludables, y la participación activa de la población.⁽⁹⁾

En la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, en México en el año 2000, se declaró que “cuando una persona pueda decidir estar sana, primero necesita conocimientos precisos, fiables, sobre cómo alcanzar un buen estado de salud y sobre los riesgos que para ella se presentan en su vida cotidiana; para hacer las mejores elecciones posibles y ponerlas en práctica, además de saber de qué manera puede disfrutar de una buena salud personal”.⁽¹⁰⁾

Por otro lado, tiene un papel trascendental para la consecución de las aspiraciones de luchar por la equidad y el alcance de una población saludable, con autonomía y capacidad de hacer elecciones proclives a la calidad de vida.⁽¹¹⁾

La Declaración de Finlandia en el marco de la XIV Conferencia Mundial de Educación para la Salud celebrada en Helsinki en 1991 concluye que: “La educación favorece la salud de las personas, al capacitar a los individuos y grupos para conseguir los objetivos fijados respecto a su salud, mejora y mantiene la calidad de vida, impide la producción de enfermedades, minusvalía evitable, muerte, y mejora la interacción

humana...”, “... las personas que aspiran a alcanzar dichos objetivos deberían hacerlo en el marco de tres estrategias principales: promoción de ideas, capacitación y apoyo...”.⁽¹²⁾

En la 9na Conferencia Mundial de Promoción de Salud efectuada en Shanghái, China, en el 2016, se valoró la alfabetización en salud como un determinante fundamental de la sanidad y la necesidad de invertir en ello en todos los entornos educativos, aprovechando la tecnología digital, y que sus resultados contribuyan al cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), de esta manera la alfabetización es fundamental para el desarrollo.⁽¹³⁾

Se puede considerar que la alfabetización en salud sexual y reproductiva es la capacidad de las personas para entender la información relacionada con dicho tema, para participar activamente en el autocuidado de esta, de manera que pueda disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura, y procrear con la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia, sin comprometer a las generaciones futuras.⁽¹⁴⁾

A partir de estas perspectivas se observa el carácter social de la educación para la salud, que se sustenta en los principios del modelo pedagógico humanista, la teoría constructivista, con Vygotski⁽¹⁵⁾ como su principal representante; entre sus fundamentos, se destaca, la concepción del ser humano, como un ser de conciencia activa y, por lo tanto, constructor de realidades, es un ser histórico social, cada ser humano es un constructor.

El mismo autor sostiene que “el intercambio de información entre compañeros que tienen diferentes niveles de conocimiento, provocan una modificación en los esquemas de los individuos y acaba produciendo aprendizaje, además de mejorar las condiciones motivacionales de la instrucción y de cambiar el desempeño, planteamiento que refuerza la importancia de la metodología de educación de pares en procesos de promoción y educación para la salud.

La educación sexual en el ámbito universitario tiene un significado trascendente para la formación integral en esta etapa de la vida, a la universidad le corresponde garantizar el bienestar

de la comunidad estudiantil y satisfacer las necesidades de SSR de este importante grupo poblacional.

Por otro lado la sexualidad constituye una dimensión fundamental de la persona humana y, por tanto, la Sexología ha de atender, en primer lugar, al crecimiento armónico de la persona; es decir, su estructura nuclear ha de ser educativa.⁽¹⁶⁾

La educación en esta esfera es un proceso que debe ocurrir a lo largo de la vida, cada edad se caracteriza por tareas y necesidades educativas diferenciales relativas a la sexualidad pero de igual importancia.⁽¹⁷⁾

La educación para la sexualidad es una oportunidad pedagógica que no se reduce a una cátedra o taller, sino que debe constituirse como un proyecto pedagógico de cada Institución Educativa que promueva entre sus estudiantes la toma de decisiones responsables, informadas y autónomas sobre el propio cuerpo; el respeto a la dignidad de todo ser humano; la valoración de la pluralidad de identidades y formas de vida; y la vivencia y construcción de relaciones pacíficas, equitativas y democráticas.⁽¹⁸⁾

La promoción de la salud es un campo ecléctico y multidisciplinar, no tiene modelos y teorías propias para el desarrollo de estrategias educativas que propendan al cambio de patrones de comportamiento y adopción de estilos de vida saludables, estos modelos han surgido de la psicología, sociología, economía y comunicación.

En los últimos años se ha debatido intensamente sobre la evaluación de la promoción de la salud; para determinar su efectividad y sus avances en lo que hasta hace poco han sido sus principales puntos débiles: la evaluación y el diseño de calidad.

Sabemos que hay muchas dificultades para evaluar la efectividad de estas intervenciones, como la misma perspectiva poblacional, la dificultad de medir variables de impacto en salud, los largos seguimientos y la precariedad con que se realizan muchas de estas intervenciones. Aun así, conocemos que algunas son efectivas.⁽¹⁹⁾

La práctica de la promoción de la salud implica la planificación, la realización y la evaluación de intervenciones que pretenden cambiar los determinantes de la salud ambientales y conductuales. Entre los modelos de planificación y evaluación más amplios utilizados para las intervenciones en promoción de la salud destaca el clásico modelo PRECEDE – PROCEDE,⁽²⁰⁾ desarrollado por Lawrence Green y Marshall Kreuter en la década de los años ochenta.

2. Materiales y Métodos

Se trata de una investigación de desarrollo tecnológico, basada en el modelo clásico de la promoción y educación para la salud PRECEDE - PROCEDE, para la investigación de las necesidades de educación sexual desde múltiples disciplinas, el diseño e implementación de la estrategia de educación sexual con metodología de pares; la evaluación de proceso, de resultados y de impacto a largo plazo de las acciones de promoción y educación sexual.

3. Resultados

El modelo PRECEDE-PROCEDE creado por Lawrence Green y Marshall Kreuter,⁽²⁰⁾ en el año de 1980; es un modelo multidisciplinar, holístico, participativo y educativo, dentro de sus características más importantes, en su versión original tiene nueve fases básicas, las mismas fueron consideradas y adaptadas a las condiciones de este estudio, lo que se muestra en la Figura 1.

El modelo, permite en la fase 1, identificar el resultado final deseado, para ello se consideró identificar las representaciones socio culturales del ideal de la SSR de estudiantes universitarios; además de reconocer las necesidades, percepciones, deseos y problemas, la fase 2 permitió establecer un diagnóstico epidemiológico, se analizaron las conductas con los problemas de salud y se relacionan con los hallazgos de la fase 1. En la fase 3 se buscaron las causas ambientales o comportamientos y estilos de vida que podrían estar relacionados con los problemas de salud hallados en la fase 2.

La fase 4 identifica las necesidades de conocimiento, consiste en clasificar en tres categorías: los factores predisponentes, facilitadores o favorecedores y de refuerzo. Los factores predisponentes se refieren a los conocimientos,

actitudes, creencias, valores y necesidades percibidas, que predisponen o dificultan la motivación al cambio. Los factores facilitadores o favorecedores son las características del entorno que pueden facilitar el cambio o actuar como barreras, por ejemplo: accesibilidad, recursos y personal. Los factores de refuerzo son aquellos relacionados con el efecto de retroalimentación del proceso, que pueden fortalecer o debilitar el cambio de conducta, sirven para consolidar la motivación del comportamiento: familia, amigos, compañeros y los miembros del grupo de intervención. Es decir factores que estimulan o inhiben los cambios de comportamientos, o barreras, habilidades y conocimientos necesarios para cambiar, y recompensas o mensajes que recibe la gente y sus efectos en cuanto a incitar o frenar la ejecución de una conducta a largo plazo. De las tres clases de factores identificados, se decide cuáles van a ser considerados para la intervención.

La fase 5 contribuye a identificar los factores administrativos y normativos de promoción y educación para la salud que influyen a la estrategia a ser implementada, sus variables ambientales, los recursos y organización necesaria. Con todos estos elementos identificados en las fases se diseña la estrategia de educación sexual.

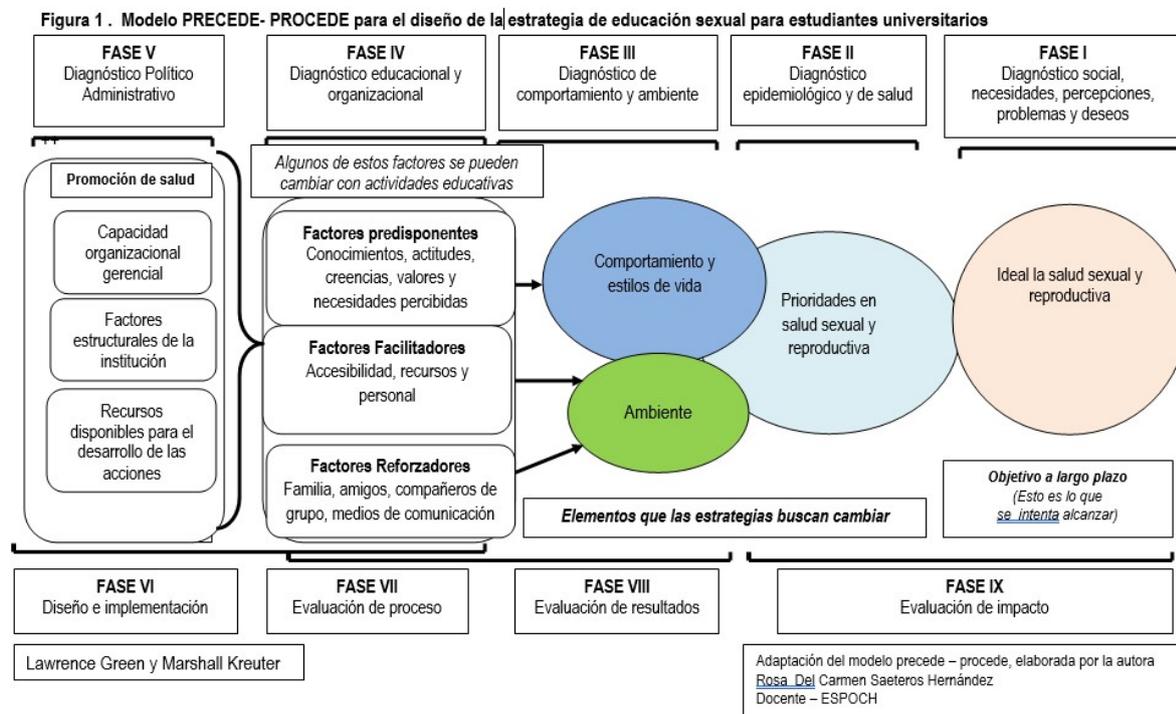
Visto así, el modelo es una herramienta que facilita la realización de un amplio diagnóstico, se caracteriza por ser dinámico, holístico, educativo, participativo y multidisciplinario; se adecua al contexto, respetando su realidad; tiene en cuenta al individuo, los grupos y su entorno.

La fase 6 corresponde al diseño y la implementación de la estrategia educativa, en esta etapa el modelo PRECEDE-PROCEDE no es exhaustivo, pues no detalla cómo hacerlo, esto implicó la necesidad de volver la mirada a otros modelos y teorías como: el de organización y participación comunitaria del que se tomó énfasis en el empoderamiento; la teoría de difusión de innovaciones, para crear una tecnología que previamente la comunidad estudiantil la valoró como importante; la teoría de cambio organizacional, para contar con el apoyo y aval de autoridades para implementar las acciones y de la teoría de la comunicación masiva, para el diseño de recursos.

En esta fase y considerando elementos de otras teorías existentes, se enfatizó en la participación activa de los estudiantes pares en el proceso de diseño e implementación de la

activamente en la resolución de los problemas con el fin de mejorar la calidad de vida.(20)

Para el logro de estos propósitos se requiere



estrategia de enseñanza - aprendizaje en grupo, idea que deviene de la teoría del aprendizaje social; y la teoría del trabajo en redes, al utilizar la red social facebook. Por tanto, los modelos y teorías utilizadas en promoción y educación para la salud, no son camisas de fuerza, son susceptibles a adecuaciones o utilizar alternativas que pueden combinarse, los profesionales que asumen el reto de implementar estas acciones, están obligados a buscar la mejor forma de resolver un problema particular.

La fase 7 a la 9 evalúa el funcionamiento de la estrategia de educación sexual, los resultados y a largo plazo el impacto. La educación es en este modelo un pilar fundamental para la promoción de la salud y asume la influencia bidireccional entre el entorno y las personas.

(21)

Considera el principio de que la mayoría de los cambios de comportamiento son voluntarios; ese principio se refleja en la premisa subyacente de este modelo, que plantea que el éxito de la educación para la salud depende de empoderar a los individuos con comprensión, motivación y habilidades para que participen

perfeccionar el proceso educativo en salud sexual de universitarios, no existen fórmulas perfectas, y no existe una “formación adecuada” de manual; esta ha de adaptarse a los cambios del entorno, para garantizar que los jóvenes, adquirieran exactamente las habilidades personales que necesitan.(22)

Se coincide con estos planteamientos, al considerar la formación dirigida a desarrollar al individuo de forma integral, no solo en lo intelectual, sino también de habilidades, esto puede lograrse por medio de actividades sistemáticamente planificadas, con el uso de técnicas de enseñanza aprendizaje innovadoras, para lograr que la persona aprenda un cúmulo de conocimientos y saberes y desarrolle capacidades y destrezas que se reviertan en comportamientos saludables.

Las prácticas de la promoción y educación para la salud han estado enmarcadas por modelos educativos que se agrupan de acuerdo a tres perspectivas pedagógicas: la pedagogía transmisora, la pedagogía persuasiva conductista y la pedagogía problematizadora o cogestionaria; dicho de otro modo se definen como pedagogía

que pone énfasis en los contenidos, en los efectos y en el proceso educativo. Las dos primeras son denominadas exógenas es decir que está fuera del sujeto educando, externo a él; la última en cambio es calificada como endógena y está planteada desde y a partir del sujeto educando.⁽²³⁾

La pedagogía transmisora, es la que pone énfasis en los contenidos y corresponde a la educación bancaria. Esta plantea una educación en la cual los conocimientos transmitidos por el educador deben ser memorizados y aprendidos por el alumno. “Los ejes del método son el profesor y el texto, los programas de estudio son amplios y basados en los conceptos que la fuente emisora considera importantes. Se da muy poca importancia al diálogo y la participación y se premia la buena retención de los contenidos”.⁽²³⁾ En este caso el educando es situado como objeto depositario de información.

La pedagogía persuasiva conductista o del adiestramiento, que enfatiza en los efectos. Su principal objetivo es moldear la conducta de los educandos, según cánones preestablecidos. El alumno debe responder a las conductas deseadas por el educador. “El objetivo es que el educando haga y al ser establecidos los objetivos de manera específica y rígida por el programador, el educando se acostumbra a ser guiado por otros, el método no favorece el desarrollo del raciocinio, solo valora los resultados, no se promueve la participación, la autogestión y la toma autónoma de decisiones”.⁽²³⁾

La pedagogía problematizadora se centra en la persona y pone énfasis en el proceso educativo. No se preocupa tanto en la materia a ser comunicada, ni en los efectos en términos de comportamiento. El objetivo principal es más bien que el educando piense por sí mismo y que a partir de ese pensar parta la acción transformadora de su realidad y la de los demás. Ya no puede ser el acto de depositar, de narrar, de transferir o de transmitir conocimientos y valores a los educandos, meros pacientes, como lo hace la educación bancaria, sino ser un acto cognoscente”. Es el modelo que Pablo Freire su principal inspirador llama educación liberadora o transformadora.^(23,24)

Es ver a la educación como un proceso permanente, en que el sujeto va descubriendo, elaborando, reinventando, haciendo suyo el conocimiento. Un proceso de acción-reflexión-acción que él hace desde su realidad, desde su experiencia, desde su práctica social, junto con los demás. Y en el que hay también quien está ahí el “educador/educando” pero ya no como el que enseña y dirige, sino para acompañar al otro, para estimular ese proceso de análisis y reflexión, para facilitárselo; para aprender junto a él y de él; para construir juntos.⁽²³⁾

Enseñar desde esta perspectiva, desde el nuevo paradigma de educación integral humanista, requiere, que el facilitador tome al individuo como la fuente de conocimiento más importante.⁽²³⁾

El cambio fundamental aquí consiste en el paso de un individuo acrítico a un individuo crítico; en ese proceso de condicionamientos que lo han hecho pasivo, conformista, fatalista, hasta la voluntad de asumir su destino humano; desde las tendencias individualistas y egoístas hasta la apertura a los valores solidarios y comunitarios.⁽²³⁾

El modelo se basa en la participación activa del sujeto en el proceso educativo, y forma para la aportación en la sociedad. Como se ha visto, tiene que ser así, interactivo, no sólo por una razón de coherencia con la nueva sociedad democrática que busca construir, sino también por eficacia: porque sólo participando, involucrándose, investigando, haciéndose preguntas y buscando respuestas, problematizando y problematizándose, se llega realmente al conocimiento. Se aprende de verdad lo que se vive, lo que se recrea, lo que se reinventa y no lo que simplemente se lee y se escucha. Sólo hay un verdadero aprendizaje cuando hay proceso; cuando hay autogestión de los educandos.⁽²³⁾

La autora asume este modelo, al responder a las expectativas de la investigación; en donde las acciones formativas reconocen al individuo como centro del proceso, hace sea parte, tome parte y forme parte, lo que posibilita la satisfacción de sus necesidades, lo hace sujeto de su propia educación, con plenas posibilidades para decidir responsablemente y afrontar los problemas de manera autónoma a partir del manejo positivo de conocimientos, actitudes, valores y habilidades.

Como regularidades esenciales que rigen el enseñar y el aprender y permiten dirigir científicamente la formación, el desarrollo integral de los estudiantes y además garantizan medios propicios para la comunicación y la socialización, se encuentran a los principios de la didáctica. Según Labarrere,⁽²⁵⁾ son generales y fundamentales, actúan como leyes que guían el proceso de enseñanza aprendizaje y por tanto deben tomarse en cuenta en el desarrollo del proceso educativo.

De acuerdo a esta misma autora, los principios de la didáctica son: el carácter científico y educativo de la enseñanza, la sistematización, la relación entre la teoría y práctica, la asequibilidad del conocimiento, la solidez en la asimilación, el carácter consciente y activo de los alumnos, la atención a las diferencias individuales dentro del carácter colectivo del proceso y el carácter lúdico de la enseñanza.

En consonancia con estos presupuestos teóricos y metodológicos, a los fines de este estudio la autora asume como "estrategia para la promoción y la educación sexual", a un conjunto de acciones de promoción y educación para la salud extracurriculares, dirigida a contribuir al logro y el mantenimiento de la SSR de estudiantes universitarios; desarrolladas a partir del modelo PRECEDE – PROCEDE, con herramientas apropiadas para un diagnóstico multidisciplinar de las necesidades de educación sexual, con la participación activa de los involucrados en todo el proceso, basados en la pedagogía humanista y problematizadora, fundamentados en los principios de la didáctica y con el uso de técnicas de enseñanza aprendizaje interactivas y la evaluación de la misma.

4. Discusión

El desarrollo social y tendencias históricas de los modelos en Salud Pública buscan establecer la causalidad de factores asociados a los problemas de salud, estos se concentran en tres grupos y perspectivas de análisis: grupo 1, la enfermedad (biomédico, epidemiológico clásico y epidemiológico social); grupo 2, la salud (higienista preventivo y ecológico); grupo 3, incluye tanto a la salud como la enfermedad (sanitarista y socio médicos). De los marcos revisados, a excepción de los sanitaristas y socio médicos, ninguno de ellos aborda el análisis de la respuesta social como objeto de estu-

dio fundamental para la Salud Pública.⁽²⁶⁾

La caracterización de estos paradigmas está vinculada con el abordaje epidemiológico poblacional, lo cual favorece la sistematización de actividades que orientan entre otras el análisis hacia las variables que explican comportamientos.⁽²⁷⁾

Un objetivo básico en promoción de la salud y en la educación para la salud, es conseguir que individuos y grupos poblacionales adopten comportamientos que les ayuden a conservar y mejorar su salud, lo que en muchas ocasiones supone la necesidad de modificar su conducta habitual o de adquirir otra nueva.⁽²⁸⁾

Por lo tanto, es fundamental la comprensión de los comportamientos y las maneras de cambiarlos. Desde una perspectiva ecológica, es decir, integral, los comportamientos tienen dos características fundamentales: son influenciados en múltiples niveles por factores intrapersonales o individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas, y son de causalidad recíproca con su entorno.⁽²⁹⁾

Las teorías de la persuasión y modelos, también llamadas teorías del comportamiento, presentan un marco para la comprensión de la conducta humana y sus determinantes; la utilidad es que pueden ayudar a comprender la índole y dinámica de los comportamientos de salud a los que se quiere llegar, así como los procesos para cambiarlos, los efectos de las influencias externas en él, adicionalmente ayudan a identificar las metas más adecuadas para los programas, los métodos para lograr el cambio y los resultados para la evaluación.⁽³⁰⁾

Entre las teorías y modelos que se han mantenido firmes en diversas culturas y conductas de salud están los que se pueden agrupar bajo categorías que explican comportamientos individuales, interpersonales o grupales y comunitarios o sociales. El nivel individual es el más básico de la práctica de la promoción de la salud, se pueden señalar dos modelos como muy representativos por el impacto y aportes históricos en este campo, así como estar masivamente diseminados y validados en múltiples contextos; los modelos el de creencias y comportamientos en salud y el transteórico o de etapas de cambio y dos teorías: la de acción

razonada y la de comportamiento planeado.⁽³⁰⁾

Sin duda los más difundidos y utilizados son aquellos basados en estas perspectivas, centradas en el individuo, concebido como protagonista del control sobre el cambio de comportamiento, la “cognición”, intenciones y motivaciones. Los modelos centrados en el individuo sólo incluyen variables de tipo sociodemográfico, como edad, género, nivel educativo, nivel socioeconómico o personalidad. Lo social queda reducido a la clasificación de las personas en variables sociodemográficas, pero su articulación teórica con lo individual y psicológico queda sin explicación, más allá de su alusión nominal.⁽³⁰⁾

Esta lógica subyace a los estudios de conocimientos actitudes y prácticas (CAP),⁽³¹⁾ aún son la tendencia de investigación dominante en los países del subcontinente americano, estos identifican las principales nociones y creencias que existen sobre ciertos temas para luego alimentar el diseño de encuestas que buscan generar correlaciones entre dichas creencias, determinadas variables socio económicas y (o) ciertos comportamientos en salud.⁽³²⁾

Son de poca utilidad para sustentar intervenciones eficaces, debido sobre todo a que el modelo CAP no permite investigar las dinámicas socioculturales inmersas en los problemas de estudio; el énfasis en lo cualitativo encontró eco en una preocupación más generalizada de las ciencias sociales por este tipo de abordaje.⁽³¹⁾

Hay que reconocer las limitaciones de estos enfoques, responsabilizar a las personas de su propia salud sin tener en cuenta la situación social y ambiental en la que viven, y que puede inhibir la adopción de estilos de vida saludables, puede culpabilizar a la víctima e ignorar aspectos de responsabilidad social y ambiental en la que viven.⁽²⁸⁾

La idea es que toda intervención en promoción de salud que quiera contar con la participación activa y la corresponsabilización de los grupos sociales, debe apoyarse en la exploración de los saberes y en las prácticas de las comunidades, sin embargo una revisión de trabajos publicados muestra que este acercamiento no es utilizado o es empleado parcialmente.⁽³¹⁾

Estas perspectivas de estudios basados en lo in-

dividual han sido útiles en educación para la salud, pero no se utilizaron como sustento teórico en la presente investigación, por cuanto no satisfacen los objetivos de estudio.

En el grupo de las propuestas que explican y facilitan la intervención e investigación de fenómenos interpersonales se destacan los aportes generados por las teorías cognitivo social o de aprendizaje social, la de soporte social en redes y la de comunicación paciente – proveedor. En el ámbito de lo comunitario y social se encuentran los desarrollos generados por los modelos de organización comunitaria, el PRECEDE-PROCEDE y las teorías de difusión de innovaciones, del cambio organizacional y la de comunicación masiva.⁽²⁹⁾

Las teorías de comportamiento de salud a nivel interpersonal e individual suponen que las personas se ven influidas por sus entornos sociales y, al mismo tiempo, ejercen influencia sobre ellos. Estas teorías no se limitan al desarrollo de la comprensión de las interacciones; incluyen factores relacionados con la experiencia y las percepciones de los individuos con respecto a su ambiente, junto con sus características personales. Dos conceptos clave dominan estas teorías: el comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a la manera como actuamos, pero el conocimiento es necesario pero no suficiente para producir cambio de comportamiento; también desempeñan funciones importantes las creencias, las actitudes, los valores y los factores del entorno social.⁽³³⁾

Durante un tiempo la educación para la salud se esforzó principalmente en la difusión de información y conocimientos, basándose en el supuesto que, en una persona consciente y sensata, el conocimiento lleva a la actitud correspondiente, y está a la conducta adecuada, pronto se pudo comprobar que esto no ocurría más que en algunos casos. Desde esta perspectiva, los atributos básicos que más directamente están interrelacionados con el cambio de la conducta son en el aspecto cognitivo, los conocimientos y las creencias, y en el afectivo los valores y actitudes. Los procesos cognitivos están fuertemente influenciados por las representaciones socio culturales.⁽²⁸⁾

Estas construcciones socioculturales son a las que los sujetos "apelan" o crean para "interpretar el mundo", para reflexionar sobre su propia situación y la de los demás, e incluso para "determinar el alcance y la posibilidad de su acción histórica". Sin duda estos imaginarios y representaciones actúan como reguladores de conductas por adhesión o rechazo, y se trata de un dispositivo móvil, cambiante, impreciso y contundente a la vez y produce efectos concretos sobre los sujetos y su vida de relación, así como sobre las realizaciones humanas en general.⁽³⁴⁾

La evidencia científica de un estudio realizado en Estados Unidos, muestra que una mayor inclusión de género, el trabajo sobre los estereotipos dañinos y aspectos socioculturales, así como el abordaje de la orientación sexual, hace que la educación sexual sea integral y más eficaz.⁽³⁵⁾

La autora coincide con estos planteamientos, si bien es cierto el conocimiento erróneo está en relación con un comportamiento negligente, la carencia de atención y la subvaloración del problema y por tanto vulnerabilidad; aquí desempeña un papel fundamental lo cognitivo, pero también lo afectivo, lo volitivo y las habilidades, en consonancia con los factores socio culturales, relacionados con sus vivencias, experiencias, sentimientos, saberes, imaginarios y representaciones, los mismos que se van configurando a partir de la interacción del sujeto con otras personas, que actúan como mediadores entre el individuo y la cultura de la sexualidad.

Los estudiantes universitarios con seguridad han construido realidades particulares acerca de la salud sexual y reproductiva en los procesos de socialización, la existencia de sistemas de creencias, mitos, tabúes, prejuicios, estereotipos, significados, saberes e imaginarios preestablecidos, valores y normas de convivencia impuestos, nuevas formas de expresión que son aceptados y acogidos por estos grupos sociales, influyen de manera determinante e intervienen como reguladores del comportamiento, es decir sobre la forma como los individuos perciben, creen y actúan en el mundo; bajo este análisis la autora considera necesario una valoración y aproximación a las representaciones socioculturales e imaginarios de la SSR en este grupo poblacional, que sirvan

de referentes estratégicos y se articulen a las acciones de promoción y educación para la salud.

Es importante considerar que las actitudes se adquieren en el intercambio de grupos y se modifican en la relación intrainterpersonal e intraintergrupala. Ésta no es total ni automáticamente mediada siempre por el individuo y el grupo. Ambos agentes son necesarios e interdependientes. A la vez, los grupos son mediadores entre lo psicológico y lo social. En el grupo, como espacio tiempo de una actividad compartida, se dan los procesos psicosociales de interacción, identidad e influencia, que están en la base de la formación, el mantenimiento y la posibilidad de cambio de las actitudes. Cuando los patrones sociales se han interiorizado, se convierten en elementos esenciales de la naturaleza de los sistemas sociales y de la personalidad de los actores individuales. Por consiguiente, se propone la perspectiva individuo grupo como el escenario apropiado para leer el cambio actitudinal frente a otras alternativas que destacan lo meramente individual.⁽³¹⁾

Clave de las iniciativas de promoción de salud es la activa participación de la comunidad en los procesos que estimulan y capacitan a los individuos y las comunidades a definir, analizar y actuar en relación con los actos que afectan sus vidas, los profesionales sanitarios participan asesorando con dichas iniciativas, pero ya no son los responsables directos de las mismas, el proceso surge de la identificación de necesidades por parte de la comunidad.⁽³¹⁾

En este sentido tienen mucho interés los llamados líderes naturales que son individuos con una red de comunicaciones personales muy extensa y tienen características propias que les permiten interpretar los mensajes y adaptarlos a la comunidad para difundirlos en ella sin producir rechazo y sin que los que modifiquen su actitud por su influencia sean considerados disidentes o extraños a aquella. Las actitudes de los individuos pueden ser modificadas mediante el intercambio y discusión de ideas con otros individuos en especial aquellos a quienes la persona considera expertos y son apreciados.⁽²⁸⁾

La autora coincide con estas perspectivas, la salud es un producto social, por lo tanto las acciones para su logro y mantenimiento deben ser edificadas en procesos participativos, donde los

involucrados se conviertan en intérpretes de su realidad, aliados estratégicos, protagonistas de la construcción de herramientas para el cambio que no resulten impuestas, sino consensuadas, por ello la movilización y empoderamiento de los estudiantes universitarios es un proceso clave en la presente investigación.

El estudio de las teorías y modelos citados anteriormente y las valoraciones de la autora en cuanto a la necesidad de incorporar los enfoques precisos ante la amplitud y matices que requirió el estudio de un tema transdisciplinar como la promoción de la SSR, demandó elegir un modelo atinente a esta complejidad, provisto de aspectos que tomen en cuenta los determinantes con una visión amplia, acorde a un modelo ecológico, que mire los detalles y provoque un análisis sistémico, sin aislar a la persona de su contexto, con una mirada que considere la esfera social, que no sea lineal, ni mecánico, sino más bien flexible; se decidió entonces fundamentar la propuesta de estrategia de educación sexual a partir de las concepciones teóricas del modelo PRECEDE – PROCEDE, diseñado por Lawrence Green y Marshall Kreuter en 1980.⁽²⁰⁾

A diferencia de otros modelos, este modelo no tiene como objetivo explicar la relación entre variables y una determinada conducta relacionada con la salud; se trata de un modelo clásico, considerado el más robusto, para la planificación, diseño y desarrollo de actividades de promoción y educación para la salud, en el que se proponen dos etapas básicas; la determinación de las necesidades educacionales (PRECEDE) y el desarrollo de los componentes del programa (PROCEDE).

El acrónimo PRECEDE responde a las iniciales de Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation; equivalente a “predisponer, reforzar y establecer constructos de diagnóstico y evaluación educativa y ambiental”. Por su parte, el acrónimo PROCEED responde a Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational/Environmental Development, significa “Política, Regulación y Recursos Organizacionales para el Desarrollo Educativo y del Medio”; y fue añadido a posteriori reconociendo así la importancia de los factores ambientales y sociales como determinantes de la salud y del compor-

tamiento relacionado con ésta.⁽²⁰⁾

PRECEDE-PROCEDE es un modelo metodológico para planear y evaluar intervenciones educativas en la salud, que sugiere enfoques teóricos en el diagnóstico social, epidemiológico, educacional y organizacional, para proponer estrategias de promoción de la salud congruentes con las necesidades, los recursos y los entornos de grupos sociales específicos. Además, el modelo enfatiza la participación en el proceso sistemático de planeación, que intenta empoderar a los individuos a través de la reflexión, motivación y desarrollo de habilidades para manejar los factores predisponentes, facilitadores y capacitadores, y así solucionar los problemas de salud de la comunidad y mejorar su calidad de vida. Este modelo, es una guía metodológica que se ha puesto en práctica en escenarios distintos, para promover la salud de diversos segmentos de la población; las fases más usadas son las de los diagnósticos comportamental, medioambiental y educacional. Para ello se requiere la participación de los actores y los agentes sociales implicados, desde el grupo que plantea una necesidad de salud, hasta los mediadores y proveedores de servicios para satisfacerla. El modelo propone la idea básica de que la salud y las conductas están determinadas por elementos biológicos, ambientales y de estilos de vida, y que las acciones multisectoriales y multidisciplinarias son fundamentales para lograr los cambios esperados.⁽³⁶⁾

5. Conclusiones

La necesidad de la promoción y la educación sexual para favorecer el logro y mantenimiento de la salud sexual y reproductiva de jóvenes emergió como un problema global, la que no está ajena a la realidad ecuatoriana y su transcendencia en el contexto universitario.

Continúa siendo objeto de investigación científica la búsqueda de modelos y metodologías que se ajusten a las características y escenarios de los jóvenes, aspectos corroborados al hacer la revisión bibliográfica y documental correspondiente. Se constató que los problemas de la salud sexual y reproductiva tienen su posible solución y se alcanza mejoras cuando se abordan desde la perspectiva de la promoción y de

la educación para la salud.

Al realizar una revisión de los principales modelos teóricos que se utilizan para incidir en esta problemática, se adoptó una posición respecto a usar el modelo PRECEDE – PROCEDE al reconocer que este incorpora los enfoques necesarios ante la complejidad, amplitud y matices que requiere el estudio de un tema transdisciplinar como la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Entre las características de este modelo se destacan que es dinámico, holístico, educativo, multidisciplinario, acorde a un modelo ecológico, que mira los detalles y provoca un análisis sistémico, sin aislar a la persona de su contexto, con una mirada que considera la complejidad social, no es lineal ni mecánico sino flexible y susceptible a adecuaciones y uso concomitante de otras alternativas en búsqueda de encontrar la mejor forma de resolver el problema, permite la participación de los involucrados en todas las fases de diagnóstico, diseño, implementación y evaluación.

Se constató la importancia de investigar la problemática de la salud sexual y reproductiva desde varios enfoques el cuantitativo y cualitativo; así como considerar a la estrategia de pares como una clave de las iniciativas de la promoción y educación para la salud y asumir los principios rectores para las acciones educativas basadas en una pedagogía problematizadora, con el uso de métodos de enseñanza aprendizaje interactivos y la evaluación de la misma.

Agradecimientos

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, magno templo bastión de la patria por ser la fuente inspiradora, por suerte es mi casa durante muchos años, aquí se me ha permitido dedicar muy apasionadamente al estudio de un componente fundamental de la vida de sus principales actores, la situación de la salud sexual y reproductiva de sus estudiantes.

A la Facultad de Salud Pública de la ESPOCH, por el apoyo y aval otorgado al Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva PROSASER – ESPOCH – ENSAP.

De manera especial a los estudiantes de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, por su apoyo a la investigación científica, por su tiempo, su tolerancia, su consentimiento y la voluntad para participar en las diferentes fases de la investigación.

A la contribución valiosa de los estudiantes de Quinto Semestre de la Cátedra de Salud Sexual, quienes participaron como pares en el diseño de la estrategia de educación sexual, sin duda, un aprendizaje mutuo y una gran experiencia, mil gracias a ustedes los actores principales en esta importante etapa de la investigación.

Declaración de conflicto de interés

No existen intereses particulares por parte de los autores, de la entidad científica o financiadora que pudiesen afectar directa o indirectamente a los resultados obtenidos.

Limitación de responsabilidad

Declaro que todos los puntos de vista expresados son de entera responsabilidad de los autores.

Fuentes de apoyo

Fondos propios y ayuda económica de la ESPOCH, para estudios de Doctorado.

Referencias Bibliográficas

1. Organización de Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Nueva York: ONU; 1995.
2. Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 25 Ag 2017]; 30 (3): 1-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1726-46342013000300014&lng=es&nrm=iso&tln g=es.

3. Alfonso M. La Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. En: Investigación para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. Experiencias en el contexto cubano: La Habana: CENESEX; 2013. p. 9-11.
4. Sanabria G. La Investigación para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. En: Investigación para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. Experiencias en el contexto cubano: La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública y Editorial CENESEX; 2013. p. 55-61.
5. World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Minneapolis: WAS; 2008.
6. Rozo C. Fundamentos pedagógicos que sustentan el proceso de la educación en salud. Aquichan: Universidad de La Sabana; 2011.
7. Golpe M. La salud en la escuela. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2011.
8. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986.
9. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS. Ecuador: MSP; 2012.
10. Organización Mundial de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. México: OMS; 2000.
11. Sanabria G. El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 [citado 12 Ag 2017]; 33(2): 1-7. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200004&lng=es.
12. Unión Internacional de Educación para la Salud. Como afrontar los desafíos de la salud mundial. Documento de referencia para la educación para la salud. Helsinki: UIES; 1991.
13. Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En: 9na Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Shanghái 21-24 Noviembre 2016 [citado 24 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf>.
14. Espino La O Z, Chong Quesada D, Rodríguez Artiles M, Lidia Álvarez Pérez N. Instrumento de medición de la alfabetización en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. MEDISAN. [Internet]. 2018 [citado 23 Jun 2018]; 22(5): 577-86. Corregido y vuelto a publicar a partir de: MEDISAN. 2018; 22(1): 91-99. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n5/san15225.pdf>.
15. Vygotski L. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Editorial Grijalbo: Madrid; 1997.
16. Jiménez F. Centralidad pedagógica de la sexología. Un lugar en teoría de la educación Varona. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal [Internet]. 2005 [citado 24 Ag 2017]; 45: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360635565006>.
17. Rodríguez B, Ponce T, Lang L. Educación sexual, su influencia en el desarrollo de la salud sexual de los adolescentes del preuniversitario. Revista Conrado [Internet]. [citado 24 Ag 2017]; 10 (44). [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.conrado.ucf.edu.cu/index.php/RCr/article/download/375/230>.
18. Nader L. Sexualidad Humana. Orientaciones para Padres y Maestros. Bogotá: Ediciones Norma; 2014.

19. Cabeza E, March S, Cabezas C. & Segura A. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza. *Gaceta Sanitaria*. [Internet]. 2016 [citado 23 Ag 2017]; 30: [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0213911116301169/1-s2.0-S0213911116301169-main.pdf?_tid=0a6fa33a-9665-11e7-af5b-00000aab0f26&acdnat=1505074817_0ba2171e22d3198f66bc3826a0b6a69e.
20. Green L, Kreuter M, Deeds S, Partridge K. *Health Education Planning: a diagnostic approach*. Mayfield: California; 1980.
21. Green L, Simons-Morton B. *Educación para la salud*. México: Interamericana; 1988.
22. Bas E. Educar para innovar: La innovación como cultura. Juventud, proactividad, creatividad, participación y visión de futuro compartida. *Revista de Estudios de Juventud*. [Internet]. 2014 [citado 1 Sep 2017]; 104: [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://www.xuventude.xunta.es/uploads/docs/Observatorio/Revista_n_104_Imgenes_de_futuro_en_la_juventud.pdf#page=12.
23. Kaplun M. *Una Pedagogía de la Comunicación*. Madrid: Ediciones De la Torre; 1998.
24. Freire P. *Pedagogía del Oprimido*. Santiago de Chile: Ediciones San Santiago; 1970.
25. Labarrere G, Valdivia G. *Pedagogía*. Editorial Pueblo y Educación: Ciudad de la Habana Cuba; 1988.
26. López A. Modelos y conceptos en salud pública y sistemas de salud: Hacia una perspectiva transdisciplinaria. *Cuad Méd Soc Chile* [Internet]. 2009 [citado 23 Ag 2017]; 49(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.cms.colegiomedico.cl/Magazine/2009/49/1/49_1_4.pdf.
27. Hernández C, Orozco E, Arredondo A. Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2012 [citado 23 Sep 2017]; 14(2): 1-10. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a12.pdf>.
28. Sarriá A, Villar F. *Promoción de la Salud en la Comunidad*. Costa Rica: Editorial UNED; 2014.
29. Organización Panamericana de la Salud. *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*. Washington, D.C.: OPS; 2001.
30. Álvarez L. Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y Salud* [Internet]. 2010 [citado 20 Sep 2017]; 20(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/621/1080>.
31. Cardaci D. Investigación en Promoción de la Salud. Una mirada hacia América Latina. En: *Investigación para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. Experiencias en el contexto cubano: La Habana: CENESEX*; 2013. p. 49-54.
32. Castro R. *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.
33. Hernández I. Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la Comunicación* [Internet]. 2011 [citado 21 Sep 2017]; 4(1): [aprox. 18.]. Disponible en: <http://www.publicacionescienciassociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/view/111>.
34. Lavallén F. Procesos de construcción de las representaciones sociales en la Argentina. Aproximaciones a una utopía social justicialista en Argentina. *Signos Universitarios* [Internet]. 2013 [citado 19 Sep 2017]; 30(46): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.p3.usal.edu.ar/index.php/signos/article/view/1872/2339>.

35. Schalet A, Santelli, J, Russell, Stephen T, Halpern C, Miller S, A, Pickering S, Hoenig J. Invited commentary: broadening the evidence for adolescent sexual and reproductive health and education in the United States. *Journal of youth and adolescence* [Internet]. 2014 [citado 28 Ag 2017]; 43 (10): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10964-014-0178-8.pdf>.
36. González D, Grijalva M, Montiel M, & Ortega M. Identificación de factores predisponentes, reforzadores y capacitadores para una alimentación y actividad física adecuadas en escolares sonorenses. *Región y sociedad*. [Internet]. 2018 [citado 23 Jun 2018]; 30 (72). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v30n72/1870-3925-regsoc-30-72-00006.pdf>