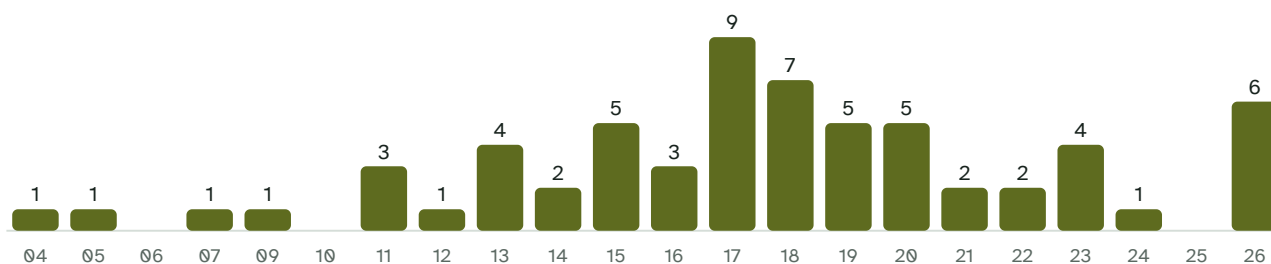


Educación para la salud

La educación para la salud (EpS) es la herramienta educativa de la promoción de la salud y una de las materias más constantes del EIR de comunitaria. Caen las definiciones de la OMS (promoción, EpS, alfabetización, empoderamiento, activo para la salud), la Carta de Ottawa y las conferencias posteriores, los modelos de cambio de conducta (creencias de salud, transteórico, acción razonada, cognitivo-social, PRECEDE) y, sobre todo, la metodología de la EpS en atención primaria: tipos de intervención, aprendizaje significativo, objetivos, técnicas educativas, evaluación y consejo en consulta con el modelo de las 5 Aes.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



63 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Activo para la salud: definido desde la perspectiva de las personas, no del profesional (4 exámenes)
- Carta de Ottawa: primera conferencia, 1986 (2 exámenes)
- Prochaska y DiClemente: fase de preparación (2 exámenes)
- Estrategia de las 5 Aes de la USPSTF (2 exámenes)
- Promoción de la salud: definición (2 exámenes)
- Prochaska y DiClemente: fase de contemplación (2 exámenes)
- Carta de Ottawa: la salud como recurso para la vida, no como objetivo (2 exámenes)
- Modelo de creencias de salud (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	7
1. Conceptos básicos: salud, promoción de la salud, educación para la salud, alfabetización y empoderamiento	8
2. Carta de Ottawa (1986) y conferencias mundiales de promoción de la salud	16
3. Salud comunitaria: salutogénesis, activos para la salud y agentes comunitarios	21
4. Tipos de intervención, áreas y ámbitos de la educación para la salud	25
5. Factores del comportamiento y modelos de creencias, acción razonada y cognitivo-social	29
6. Modelo transteórico (Prochaska y DiClemente) y modelo PRECEDE-PROCEED	33
7. Aprendizaje significativo, programación, objetivos y evaluación	38
8. Métodos y técnicas educativas	42
9. El consejo en la consulta: 5 Aes, counselling, adherencia y recomendaciones de actividad física	48
Todas las preguntas del tema (64)	54
Preguntas que también podrían ser de este tema (19)	72
Solucionario	78
Fuentes	82

Resumen para repasar

1. Conceptos básicos: salud, promoción de la salud, educación para la salud, alfabetización y empoderamiento

- Salud (Constitución OMS, **aprobada en 1946, en vigor en 1948**): completo bienestar físico, mental y social; en promoción, **un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida** ^{F1}.
- **Promoción de la salud**: proceso que permite a las personas **incrementar el control sobre su salud** (y sus determinantes) para mejorarla; **proceso político y social global** ^{F1}. Ottawa: **proporcionar a los pueblos los medios** para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre ella ^{F3}.
- **EpS (1998)**: oportunidades de aprendizaje **creadas conscientemente** para mejorar la alfabetización sanitaria, el conocimiento y las habilidades personales ^{F1}.
- **Empoderamiento**: proceso por el que las personas adquieren **mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud** ^{F1}. Dimensiones: **individual, organizacional y comunitaria** ^{F5}.
- **Alfabetización 1998**: **habilidades cognitivas y sociales** para acceder, comprender y usar la información ^{F1}. **2021**: **conocimiento y competencias personales acumulados** en la vida cotidiana, mediados por estructuras y recursos ^{F2}.
- **Nutbeam: funcional (o básica), interactiva y crítica** ^{F4}.
- **OMS 1969** (informe técnico 409, versión francesa): EpS = **acción ejercida sobre los individuos para llevarlos a modificar su comportamiento** ^{F32}. Primer objetivo específico (National Conference on Preventive Medicine, 1975): **informar** sobre salud, enfermedad, invalidez, formas de mejorar o proteger la salud y **uso eficaz de los servicios** ^{F33}.
- Modelos: clásico (**informativo prescriptivo, basado en el comportamiento**) → **radical/crítico**, del que surge la **EpS participativa** (modelo más representativo: Educación Popular): reducir **desigualdades**, objeto = **estructura social** ^{F34}. Enfoque radical: sujeto de la acción = **educador en alianza con los ciudadanos** ^{F35}. EpS participativa: origen también desde la **población general**; comunidad **protagonista** ^{F33}.

2. Carta de Ottawa (1986) y conferencias mundiales de promoción de la salud

- **1.ª Conferencia, Ottawa, 21 de noviembre de 1986**; punto de partida, **Alma-Ata**; «Hacia un nuevo concepto de la salud pública» ^{F3}.
- La salud es la **fuerza de riqueza de la vida cotidiana**, no el objetivo; prerequisites: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y **equidad** ^{F3}.
- **3 estrategias** (abogar, capacitar, mediar) y **5 áreas de acción** (política pública saludable, entornos, acción comunitaria, habilidades personales, reorientar servicios) ^{F1}; el glosario 2021 invierte los nombres ^{F2}.
- **Yakarta 1997**: la participación es esencial; prioridad: **incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento** ^{F1}.
- **Helsinki 2013**: **Salud en Todas las Políticas** ^{F9}. **Shanghái 2016**: **Consenso de alcaldes sobre Ciudades Saludables** ^{F8}. **Ginebra 2021**: resultados equitativos **sin destruir la salud del planeta** ^{F7}.

3. Salud comunitaria: salutogénesis, activos para la salud y agentes comunitarios

- **Salutogénesis** (Antonovsky): **Recursos Generales de Resistencia y Sentido de la Coherencia** (comprensibilidad, manejabilidad, significatividad) ^{F11}.
- **Recurso** = bien o servicio, **mirada objetiva**; **activo** = recurso reconocido como favorable **desde la perspectiva de las personas implicadas, mirada subjetiva** ^{F11}.
- El activo lo identifican **personas, grupos y comunidades**, no el profesional; actúa a nivel individual, familiar o comunitario ^{F11}.
- Modelo de **déficits** y de **activos: complementarios**; los activos revitalizan intersectorialidad, participación y equidad ^{F12}.
- **Tres agentes comunitarios: administraciones, recursos técnicos y profesionales, ciudadanía** ^{F11}.
- **Participación comunitaria** (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1981): **proceso de autotransformación** de los individuos según sus necesidades y las de su comunidad, que crea **sentido de responsabilidad** y capacidad de actuar ^{F31}.

4. Tipos de intervención, áreas y ámbitos de la educación para la salud

- Cuatro tipos: **consejo/información** (breve, aprovecha la consulta), **educación individual** (consultas programadas y pactadas), **grupal** y **promoción de salud** (actúa también sobre el entorno: acción social, medidas políticas) ^{F6}.
- **Consejo educativo: 2-10 minutos**, información + motivación + propuesta de cambio; eficacia **5-10 %**; no repetir antes de **6 meses-1 año** ^{F6}.
- **Tres áreas prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales** ^{F13}.
- En la escuela, la EpS se trabaja **en todas las áreas** (primaria) y **de manera transversal** (ESO) ^{F14}.
- **Educación diabetológica** (guía de Extremadura): fase inmediata o de supervivencia → ampliación → **profundización** (adiestramiento óptimo: **autorregulación de la dosis de insulina**, dietas por unidades de volumen) ^{F29}.

5. Factores del comportamiento y modelos de creencias, acción razonada y cognitivo-social

- Factores personales: área **cognitiva** (conocimientos, capacidades, estilos de pensamiento), **emocional** (actitudes, valores, **autoestima, autoeficacia**, creencias) y **habilidades** (psicomotoras, personales, sociales) ^{F6}.
- **Creencias de salud**: susceptibilidad, gravedad, beneficios, barreras, claves para la acción y **autoeficacia** ^{F15}.
- **Acción razonada / conducta planificada**: la **intención** es el principal determinante; **norma subjetiva = presión social percibida** ^{F16}.
- **Bandura**: determinismo recíproco; **autoeficacia**, el factor personal más importante; el **refuerzo negativo hace más probable** repetir la conducta ^{F15}.
- Ajzen firma con **Fishbein** los libros de 1975 y 1980 ^{F23}. **Refuerzo negativo** (retirar un estímulo indeseable para favorecer una conducta) ≠ **castigo** (estímulo desagradable para desalentarla) ^{F24}.

6. Modelo transteórico (Prochaska y DiClemente) y modelo PRECEDE-PROCEED

- **Transteórico: precontemplación** (sin intención en 6 meses), **contemplación** (en 6 meses), **preparación** (en 30 días y con pasos dados), **acción** (<6 meses), **mantenimiento** (>6 meses); modelo **circular**, con recaídas ^{F15}.
- Contemplación: consciente del problema pero **sin compromiso para actuar** ^{F17}. Eficacia de las intervenciones por etapas: las fuentes discrepan ^{F17,F18}.
- **PRECEDE-PROCEED**: modelo de **planificación**; el **diagnóstico educacional precede** a la intervención; 9 pasos, el **3.º conductual y ambiental** ^{F15}.
- Factores **predisponentes** (conocimientos, actitudes, creencias), **facilitadores** (recursos) y **reforzantes** (apoyo, elogio tras la conducta) ^{F15}.
- **Edición de 2022: ocho fases** (1-3 diagnósticas, 4 estrategias, 5 evaluación de proceso, 6-8 resultados a corto, medio y largo plazo) ^{F37}.

7. Aprendizaje significativo, programación, objetivos y evaluación

- EpS con **pedagogía activa** y **aprendizaje significativo**: el aprendizaje **se construye** desde la experiencia; métodos activos e inductivos ^{F6}.
- Proceso: **expresar** su situación → **profundizar** → **actuar** (**desarrollar recursos y habilidades**, tomar decisiones) ^{F6}.
- Objetivos sobre **aprendizajes del educando**, concretos y evaluables; áreas cognitiva, **emocional (actitudes)** y de habilidades ^{F6}.
- Evaluación de **resultados, proceso** (asistencia, participación) y **estructura** ^{F6}.
- **Kolb: experiencia concreta, observación reflexiva, conceptualización abstracta y experimentación activa** ^{F25,F26}.

8. Métodos y técnicas educativas

- **Investigación en aula: rejilla, tormenta de ideas, Phillips 66, fotopalabra**, cuestionarios ^{F13,F6}.
- **Expositivas: lección, panel de expertos**; en consulta, **información con discusión** ^{F13,F6}.
- **Análisis: casos**, análisis de textos, confrontar incongruencias ^{F13,F6}.
- **Desarrollo de habilidades: demostración con entrenamiento, simulación, role-playing** ^{F13,F6}.
- **Salleras: directos e indirectos (visuales, sonoros y mixtos: cine, vídeo, televisión)** ^{F6}.
- **Nueve cuestiones** (qué, por qué, para qué... cuánto): técnica de **desarrollo de habilidades** para planificar planes de acción, en grupos pequeños ^{F27}. Otra «**rejilla**» (grupos numerosos): cada equipo estudia una parte y luego cada miembro la expone en equipos nuevos ^{F28}.

9. El consejo en la consulta: 5 Aes, counselling, adherencia y recomendaciones de actividad física

- **5 Aes (USPSTF): averiguar, aconsejar, acordar, ayudar, asegurar** ^{F18}.
- **Counselling: proceso interactivo basado en estrategias comunicativas** que ayuda a reflexionar y decidir según valores, intereses y estado emocional ^{F19}.
- Consejo eficaz: información **centrada en el usuario** y propuesta de cambio **concreta y personalizada** ^{F6}.
- **Actividad física 2022: 150-300 min** moderada o **75-150** vigorosa + **fuerza 2 días**; reducir el sedentarismo con actividad de cualquier intensidad ^{F21}.
- **2015: 150/75 min**, bloques de **≥10 minutos, flexibilidad**, descansos **cada 1-2 horas** si se pasa de 2 horas sentado ^{F20}.
- **Personas mayores:** ritmo **moderado o lento** si es necesario, vocalizar, **comprobar que han comprendido**, notas breves; elevar **ligeramente** el tono **solo si hay deficiencias auditivas** ^{F30}.

Puntos clave

- 1 Promoción de la salud: proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud (y sus determinantes) para mejorarla; es un proceso político y social global ^{F1}.
- 2 Educación para la salud: oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente para mejorar la alfabetización sanitaria, el conocimiento y las habilidades personales ^{F1}.
- 3 Alfabetización: en 1998, habilidades cognitivas y sociales para acceder, comprender y usar la información ^{F1}; en 2021, conocimientos y competencias personales acumulados en la vida cotidiana y mediados por estructuras y recursos ^{F2}. Nutbeam: funcional (o básica), interactiva y crítica ^{F4}.
- 4 Carta de Ottawa: primera conferencia, Ottawa, 21 de noviembre de 1986; la salud es un recurso para la vida cotidiana, no su objetivo; 3 estrategias (abogar, capacitar, mediar) y 5 áreas de acción ^{F3,F1}.
- 5 Yakarta 1997 (capacidad comunitaria y empoderamiento), Helsinki 2013 (Salud en Todas las Políticas), Shanghai 2016 (Consenso de alcaldes sobre Ciudades Saludables), Ginebra 2021 (equidad sin destruir la salud del planeta) ^{F1,F9,F8,F7}.
- 6 Activo para la salud: recurso reconocido como favorable desde la perspectiva de las personas implicadas (mirada subjetiva); el recurso es la mirada objetiva ^{F11}. Modelo de déficits y de activos son complementarios ^{F12}.
- 7 Consejo/información: intervención breve (2-10 minutos) con información y propuesta motivadora de cambio aprovechando la consulta ^{F6}.
- 8 Transteórico: precontemplación (sin intención en 6 meses), contemplación (en 6 meses), preparación (en 30 días y con pasos dados), acción (<6 meses), mantenimiento (>6 meses) ^{F15}.
- 9 PRECEDE: el diagnóstico educacional precede a la intervención; factores predisponentes (conocimientos, actitudes, creencias), facilitadores y reforzantes; paso 3, diagnóstico conductual y ambiental ^{F15}.
- 10 Técnicas: investigación en aula (rejilla, tormenta de ideas, fotopalabra), expositivas (panel de expertos), análisis (casos) y desarrollo de habilidades (demostración con entrenamiento, simulación, role-playing) ^{F13,F6}.
- 11 5 Aes de la USPSTF, por orden: averiguar, aconsejar, acordar, ayudar, asegurar ^{F18}.

1. Conceptos básicos: salud, promoción de la salud, educación para la salud, alfabetización y empoderamiento

La Constitución de la OMS —**aprobada en 1946 y en vigor desde el 7 de abril de 1948**— define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia»

^{F1}. En el contexto de la promoción de la salud se considera **un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida**: un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas ^{F1}.

Promoción de la salud es «el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla» (referencia: Carta de Ottawa, 1986) ^{F1}. El glosario de la OMS añade que constituye **un proceso político y social global** que abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas; es el proceso que permite a las personas **incrementar su control sobre los determinantes de la salud** y, en consecuencia, mejorarla ^{F1}. La versión española de la Carta de Ottawa lo formula así: 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** ^{F3}.

EIR 2017 · 38

P74 · respuesta en el solucionario

Promoción de la salud: definición

Se entiende por promoción de salud:

1. Una estrategia que tiene varios elementos comprendiendo en forma integrada varios programas dirigidos a poblaciones para la salud general.
2. Conjunto de instrumentos y decisiones de una determinada sociedad que asigna funciones sociales y a su vez recursos para alcanzar una meta de salud de una población.
3. Proceso político y social global dirigido a que las personas incrementen su control sobre los determinantes de salud.
4. Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

EIR 2018 · 184

P69 · respuesta en el solucionario

Promoción de la salud: definición

De las siguientes definiciones, ¿cuál se refiere a la de promoción de la salud?:

1. Conjunto de medidas necesarias para evitar el desarrollo de enfermedades.
2. Intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominio en las poblaciones.
3. Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.
4. Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar.

Educación para la salud (glosario OMS 1998): «comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad» ^{F1}. No se limita a transmitir información: fomenta también la motivación, las habilidades personales y la autoestima; la movilización social y la abogacía, que antes se incluían en la EpS, han pasado al término promoción de la salud ^{F1}. El glosario de 2021 la define como cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para ayudar a individuos y comunidades a mejorar su salud aumentando el conocimiento, influyendo en la motivación y mejorando la alfabetización en salud ^{F2}.

Concepto (glosario OMS)	Definición
Empoderamiento para la salud	Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud ^{F1}
Empoderamiento individual / de la comunidad	El individual se refiere a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal; el de la comunidad supone que los individuos actúan colectivamente para conseguir mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad ^{F1}
Abogacía por la salud	Combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un objetivo o programa de salud ^{F1}
Mediación	Proceso mediante el cual los distintos intereses (personales, sociales, económicos) de individuos, comunidades y sectores (público y privado) se ponen de acuerdo de forma que promuevan y protejan la salud ^{F1}
Acción comunitaria para la salud	Esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorar la salud ^{F1}

Definición de la OMS de 1969. El informe técnico n.º 409 de la OMS (comité de expertos sobre planificación y evaluación de los servicios de educación sanitaria) dice en su versión francesa: «L'éducation sanitaire représente essentiellement une action exercée sur les individus pour les amener à modifier leur comportement» (la educación sanitaria representa esencialmente una **acción ejercida sobre los individuos para llevarlos a modificar su comportamiento**) ^{F32}. Según el mismo pasaje, busca en general hacerles adquirir y conservar hábitos de vida sanos, enseñarles a aprovechar juiciosamente los servicios sanitarios a su disposición y llevarlos a tomar ellos mismos, individual y colectivamente, las decisiones que implica mejorar su estado de salud y la salubridad de su medio ^{F32}. La versión española del mismo informe traduce la primera frase de otro modo: «La educación sanitaria es, ante todo, una actividad orientada hacia la población» ^{F32}.

Objetivos específicos de la EpS. Un artículo de formación de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (FAPap, 2012) recoge los definidos por el IV Grupo de Trabajo de la *National Conference on Preventive Medicine* (EE. UU., 1975) ^{F33}:

- El primero: **informar a la población sobre salud, enfermedad, invalidez, formas para mejorar o proteger la salud y uso eficaz de los servicios de asistencia médica** ^{F33}.
- Motivar para adquirir hábitos más saludables y eliminar los hábitos insanos ya establecidos ^{F33}.
- Ayudar a la población a adquirir las capacidades necesarias para adoptar y mantener hábitos de vida saludables ^{F33}.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten condiciones de vida y conductas saludables ^{F33}.
- Promover la formación y capacitación de todos los agentes de educación sanitaria de la comunidad ^{F33}.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos sobre la forma más efectiva de alcanzar esos objetivos ^{F33}.

Modelos de EpS. Un artículo de la Universidad de Guadalajara (Valadez y cols., 2004) distingue dos periodos. El primero, **clásico**, dio lugar a un enfoque **informativo prescriptivo** y a otro de EpS **basada en el comportamiento**, dirigidos solo al individuo y al cambio de sus conductas ^{F34}. El segundo parte del fracaso de esos modelos y reconoce la influencia de los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica: conforma un **modelo radical** político, económico, ecológico o crítico que tiene como objetivo **reducir las desigualdades sociales** ante el proceso salud-enfermedad, con una perspectiva de búsqueda participativa ^{F34}. De ahí surge el concepto de una **EpS participativa**, crítica y emancipadora, cuyo modelo más representativo es la **Educación Popular**: rechaza las intervenciones «neutrales», **enfatisa la participación** y su objeto de intervención ya no es la conducta sino **la estructura social**, donde se encuentra el «tejido causal» de los patrones de **morbilidad y mortalidad** ^{F34}.

El *Diccionario de la educación profesional en salud* de la Fundação Oswaldo Cruz (Brasil, 2008) reproduce, según Tones (1987) citado por Stotz (1993), un cuadro de cuatro enfoques de la educación en salud: educativo, preventivo, **radical** y de desarrollo personal ^{F35}. En el enfoque radical, el objetivo es la «consciência social da saúde» (conciencia social de la salud); el **sujeto de la acción** es el «educador em aliança com cidadãos» (**educador en alianza con los ciudadanos**), mientras que en los otros tres enfoques es solo el educador; su ámbito de acción son los grupos sociales y la sociedad, y su presupuesto de eficacia es la «participação dos cidadãos na luta pelas políticas» (**participación de los ciudadanos en la lucha por las políticas**) ^{F35}.

La FAPap (2012) contrapone la EpS **clásica/tradicional** (estrategia informativa, persuasiva-prescriptiva y autoritaria; origen desde el profesional sanitario; papel de la comunidad: cliente y contexto) y la EpS **actual/participativa** (estrategia de capacitación, participación, organización popular y planificación; origen desde el «profesional sanitario/educador», las «administraciones» y la «**población general**»; papel de la comunidad: «**protagonista**») ^{F33}. En el periodo actual se incluye la capacitación de los individuos, grupos y colectivos para que puedan **participar activamente en la planificación**, administración y evaluación ^{F33}.

EIR2017-044: quién diseña en el modelo radical

La clave oficial de EIR2017-044 («toda la población en su conjunto») no aparece con esas palabras en ninguna fuente de este tema. Se llega a ella **por descarte**: en el cuadro de Tones, el sujeto de la acción del enfoque radical es el **educador en alianza con los ciudadanos**, no solo el educador ^{F35}; del modelo radical surge la EpS participativa ^{F34}, que la FAPap hace nacer también desde la **población general**, con la comunidad como **protagonista** ^{F33}. Quedan fuera, por tanto, las opciones que reservan el diseño solo a los gestores o solo a los profesionales sanitarios.

EIR 2014 · 135

P50 · respuesta en el solucionario

Educación para la salud: definición de la OMS

Según la Organización Mundial de la Salud, la acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos, recibe el nombre de:

1. Evaluación del Impacto de Salud.
2. Educación para la Salud.
3. Intervención participativa en Salud.
4. Empoderamiento.
5. Transición Educativa en Salud.

EIR 2012 · 75

P56 · respuesta en el solucionario

Actividad de educación para la salud: informar a la población

Una actividad de educación para la salud consiste en:

1. Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales las personas pueden mejorar y proteger su salud incluyendo el uso más eficaz de los servicios sanitarios del país.
2. Desarrollar y aplicar un programa de crónicos con el fin de mejorar las condiciones de vida del grupo concreto.
3. Llevar a cabo un plan de intervención interdisciplinar, con objetivos comunes de equipo.
4. Motivar a los profesionales para que inicien intervenciones dirigidas a propiciar prácticas y hábitos saludables en la población.
5. Todas pueden considerarse actividades de educación para la salud.

Modelo participativo de educación para la salud

Un modelo de educación para la salud que propone alternativas de cambio social, ligando la morbilidad a la estructura socioeconómica e intenta reducir las desigualdades y potenciar la participación, responde a un enfoque de educación:

1. Informativa.
2. Comportamental.
3. Participativa.
4. Complementaria.
5. Actitudinal.

Modelo radical de EpS: diseño por toda la población

Según la definición que aporta el modelo radical de la Educación para la Salud, ¿qué personas serían las apropiadas para llevar a cabo el diseño de este programa de Educación para la Salud?:

1. Sólo los gestores, ya que sólo ellos pueden imponer medidas organizativas.
2. Toda la población en su conjunto.
3. Sólo los gestores, ya que poseen control sobre todo el proceso y pueden llevar una adecuada evaluación.
4. Sólo los profesionales sanitarios, ya que se trata de una cuestión que afecta a la salud.

Un manual universitario sobre empoderamiento comunitario, siguiendo a Rodríguez Beltrán (2009), distingue tres **niveles o dimensiones del empoderamiento**: la **individual o personal** (control personal y competencia para actuar), la **organizacional** (procesos para ejercer control sobre las organizaciones y cómo estas influyen en las políticas) y la **comunitaria o colectiva** (proceso por el que una comunidad gana poder y posibilidad de generar cambios) ^{F5}. Dentro de la dimensión individual el manual distingue el nivel personal y el marcado por las relaciones más cercanas (lo interpersonal); la familia no aparece como una dimensión aparte ^{F5}.

Empoderamiento: definición

El proceso mediante el cual las personas o comunidades adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a la salud, se corresponde con el concepto de:

1. Consentimiento informado.
2. Conciliación comunitaria.
3. Empoderamiento.
4. Participación comunitaria.
5. Mediación.

Dimensiones del empoderamiento comunitario

¿Cuál de las siguientes NO es una de las dimensiones del empoderamiento comunitario?:

1. Comunitaria o colectiva.
2. Individual.
3. Organizacional.
4. Familiar.

Alfabetización para la salud (1998): «está constituida por las **habilidades cognitivas y sociales** que determinan la **motivación y la capacidad** de los individuos para **acceder a la información, comprenderla y utilizarla**, para promover y mantener una buena salud» ^{F1}. Supone más que poder leer un folleto y pedir citas ^{F1}.

Alfabetización en salud (glosario OMS 2021, definición modificada): representa **el conocimiento y las competencias personales que se acumulan a través de las actividades cotidianas, las interacciones sociales y a lo largo de las generaciones**; esos conocimientos y competencias están mediados por las estructuras organizativas y la disponibilidad de recursos que permiten a las personas acceder, comprender, evaluar y utilizar la información y los servicios de manera que promuevan y mantengan una buena salud y bienestar para sí mismas y para quienes las rodean ^{F2}. El glosario añade que es un resultado observable de la educación para la salud y que **no es responsabilidad exclusiva de los individuos** ^{F2}.

EIR2018-182: la definición de alfabetización ha cambiado

EIR2018-182 da como correcta la definición del glosario de la OMS de 1998: habilidades sociales y cognitivas que determinan la motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información para promover y mantener una buena salud ^{F1}. Ese era el criterio vigente en 2018. El glosario de la OMS de 2021 la ha sustituido por una definición «modificada» centrada en el conocimiento y las competencias personales acumulados en la vida cotidiana y mediados por las estructuras y los recursos ^{F2}, que es la que se preguntó en EIR2026-082. La respuesta oficial de 2018 no se corrige: entre sus opciones, la única que corresponde a una definición de alfabetización de la OMS es la de 1998.

Modelo de Nutbeam (2000): describe tres niveles de alfabetización en salud ^{F4}:

- **Funcional (Nutbeam la llama «basic/functional», básica/funcional):** habilidades básicas suficientes de lectura y escritura para desenvolverse en situaciones cotidianas ^{F4}.
- **Interactiva (comunicativa):** habilidades cognitivas y de alfabetización más avanzadas que, junto con las sociales, permiten participar activamente, extraer información y dar sentido a distintas formas de comunicación ^{F4}.
- **Crítica:** habilidades cognitivas más avanzadas que, con las sociales, permiten analizar críticamente la información y usarla para ejercer mayor control sobre los acontecimientos y situaciones de la vida ^{F4}.

Nutbeam: F-I-C

Funcional (= básica: es el mismo nivel), **I**nteractiva (comunicarse), **C**rítica (analizar y controlar) ^{F4}. Una opción que cuente «básica» y «funcional» como dos niveles distintos, o que añada un nivel «comunitario», «cognitivo» o «técnico», es falsa.

EIR 2018 · 182

P26 · respuesta en el solucionario

Alfabetización en salud: definición clásica (habilidades sociales y cognitivas)

La alfabetización en salud hace referencia a:

1. A las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud.
2. A los cambios de comportamiento de los usuarios secundarios a un abordaje desde las condiciones sociales, ambientales, económicas y de uso de los sistemas sanitarios.
3. Al fortalecimiento de las capacidades de los individuos, ofreciendo no solo información, sino los conocimientos y las habilidades necesarias para que puedan hacerse responsables de su salud.
4. A las modificaciones individuales de comportamiento, determinado por las características personales y los factores socioculturales.

EIR 2026 · 82

P3 · respuesta en el solucionario

Alfabetización en salud: nueva definición de la OMS

Según la nueva definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la “alfabetización en salud” hace referencia a:

1. Las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de las personas para acceder a la información, comprenderla y utilizarla de manera que promuevan y mantengan su salud.
2. Proceso orientado a empoderar a las personas para la toma de decisiones informadas, que combina oportunidades de aprendizaje planificadas que implican alguna forma de conocimiento y desarrollo de habilidades personales para mejorar la salud individual y comunitaria.
3. Habilidades para la promoción de la salud basada en el uso de estrategias para informar e influir en las decisiones individuales y comunitarias que mejoran la salud, abarcar procesos que faciliten el intercambio de información, promover cambios de comportamiento y apoyar la participación activa en la toma de decisiones relacionada con la salud.
4. El conocimiento y las competencias personales que se acumulan por medio de las actividades cotidianas, las interacciones sociales y entre generaciones. En los conocimientos y las competencias personales influyen las estructuras institucionales y la disponibilidad de recursos que permiten a las personas acceder a la información y a los servicios, así como comprenderlos, evaluarlos y utilizarlos de manera que promuevan y mantengan una buena salud para sí mismo y su entorno.

Modelo de Nutbeam: alfabetización funcional, interactiva y crítica

Según el modelo de Nutbeam, ¿cuáles son las tres dimensiones que conforman la alfabetización en salud?:

1. Funcional, interactiva y crítica.
2. Cognitiva, conductual y emocional.
3. Técnica, informativa y comunicativa.
4. Básica, funcional y comunitaria.

2. Carta de Ottawa (1986) y conferencias mundiales de promoción de la salud

La **Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud**, reunida en **Ottawa el 21 de noviembre de 1986**, emitió la Carta dirigida a la consecución del objetivo «Salud para Todos en el año 2000»^{F3}. La conferencia fue una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo y tomó como punto de partida los progresos alcanzados tras la **Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria**^{F3}. La versión española del Ministerio de Sanidad la subtitula «**Hacia un nuevo concepto de la salud pública**»^{F3}. El glosario de la OMS de 2021 la describe como una declaración de consenso internacional de la Primera Conferencia Internacional de la OMS sobre Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa (Canadá) en noviembre de 1986, que defiende un **enfoque de nueva salud pública**^{F2}.

EIR 2018 · 177

P27 · respuesta en el solucionario

Carta de Ottawa: primera conferencia, 1986

En qué año se celebró la 1ª Conferencia mundial sobre Promoción de Salud situada en Ottawa:

1. 1978.
2. 1882.
3. 1986.
4. 1991.

EIR 2023 · 16

P11 · respuesta en el solucionario

Carta de Ottawa: primera conferencia, 1986

¿En qué conferencia de la OMS se publicó la carta de Ottawa para la Promoción de la Salud?:

1. En la segunda conferencia en 1976.
2. En la primera conferencia en 1979.
3. En la tercera conferencia en 1984.
4. En la primera conferencia en 1986.

EIR 2006 · 68

P83 · respuesta en el solucionario

Conferencia de Ottawa: «Hacia una nueva salud pública»

La Conferencia de Ottawa, celebrada en el año 1986, es conocida también como:

1. Conferencia de Alma Ata.
2. Conferencia de los 35 objetivos de salud.
3. Hacia una nueva salud pública.
4. Salud para todos en el año 2000.
5. Conferencia de Adelaida.

Ideas clave de la Carta ^{F3,F1}:

- La salud se percibe **no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana** ^{F3}; en el glosario: «un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida» ^{F1}.
- **Prerrequisitos para la salud**: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la **equidad** ^{F3}.
- **Tres estrategias básicas**: **abogar** por la salud, **facilitar (capacitar)** que todas las personas desarrollen su completo potencial de salud y **mediar** entre los distintos intereses de la sociedad ^{F1}. En la versión española se titulan «promocionar el concepto», «proporcionar los medios» y «actuar como mediador» ^{F3}.
- **Cinco áreas de acción**: establecer una **política pública saludable**, crear **entornos que apoyen la salud**, fortalecer la **acción comunitaria**, desarrollar las **habilidades personales** y **reorientar los servicios sanitarios** ^{F1}.

Lo que la Carta de Ottawa NO hizo

No definió por primera vez la salud: la definición de la OMS es la de su Constitución, **aprobada en 1946 y en vigor desde 1948** ^{F1}. No es la conferencia de la **atención primaria** (esa es Alma-Ata, su punto de partida) ^{F3}. Tiene **3 estrategias y 5 áreas de acción**, no diez ^{F1}. Y la salud es un **recurso**, no el objetivo de la vida ^{F1}.

Estrategias y áreas: el glosario de 2021 invierte los términos

El glosario de 1998 llama **estrategias** a abogar, capacitar y mediar, y **áreas de acción** a las cinco (política pública, entornos, acción comunitaria, habilidades personales, reorientación de servicios) ^{F1}. El glosario de la OMS de 2021, en su entrada sobre la Carta de Ottawa, usa los términos al revés: «the five strategies» para las cinco y «the three action areas – health advocacy, enabling and mediation» para las tres ^{F2}. Si una pregunta habla de «cinco estrategias», sigue esta última terminología; el contenido (3 + 5) es el mismo.

Estrategias y áreas de Ottawa

Estrategias: **A-C-M** (Abogar, Capacitar, Mediar). Áreas (5): **política** pública saludable, **entornos** que apoyen la salud, **acción comunitaria**, **habilidades personales** y **reorientar los servicios** sanitarios.

EIR 2016 · 97

P42 · respuesta en el solucionario

Carta de Ottawa: la salud como recurso para la vida, no como objetivo

Señale la respuesta INCORRECTA sobre lo que se expone en la Carta de Ottawa:

1. Dispone la equidad como requisito previo a la salud.
2. La salud se contempla como el objetivo de la vida.
3. Entre sus acciones de promoción de la salud implica elaborar una política pública saludable.
4. Dispone de tres estrategias: abogar, mediar y capacitar.

Carta de Ottawa: la salud como recurso para la vida, no como objetivo

De las siguientes afirmaciones sobre la Carta presentada en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, señale la respuesta correcta:

1. Se define por primera vez el concepto de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. La Carta de Ottawa identifica diez acciones de promoción de salud.
3. La salud se contempla como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida.
4. Entre sus objetivos plantea promover el concepto de la atención primaria de salud en todos los países.

A Ottawa (1986) le siguieron **Adelaida 1988, Sundsvall 1991, Yakarta 1997, Ciudad de México 2000, Bangkok 2005 y Nairobi 2009** ^{F10}. La **Declaración de Yakarta** (cuarta conferencia, julio de 1997) confirmó las estrategias y áreas de Ottawa, afirmó que **la participación es esencial para sostener los esfuerzos** (las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de la toma de decisiones) e identificó **cinco prioridades para el siglo XXI** ^{F1}:

- Promover la responsabilidad social para la salud ^{F1}.
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud ^{F1}.
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud ^{F1}.
- **Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos** ^{F1}.
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud ^{F1}.

Declaración de Yakarta: prioridades

La declaración de YAKARTA identifica como una prioridad en el trabajo en promoción de salud:

1. Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
2. Reorientar los servicios públicos.
3. Desarrollar habilidades personales.
4. Promover el concepto de atención primaria en todos los países.

Conferencia	Aportación que cae
8.ª, Helsinki, 2013	Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas : la salud y la equidad como responsabilidad central de los gobiernos; marco para aplicar ese enfoque en los países ^{F9}
9.ª, Shanghái, noviembre de 2016	Declaración de Shanghái (la salud en la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible) y, en un foro de más de 100 alcaldes , el Consenso de Shanghái sobre Ciudades Saludables , con diez áreas de acción municipales ^{F8}
10.ª, Ginebra, diciembre de 2021	Carta de Ginebra para el Bienestar : compromisos mundiales para lograr resultados sanitarios y sociales equitativos , ahora y para las generaciones futuras, sin destruir la salud de nuestro planeta ^{F7}

EIR 2023 · 17

P10 · respuesta en el solucionario

Conferencia de Helsinki 2013: Salud en todas las políticas

¿Cuál fue la aportación principal de la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Helsinki en 2013?

1. Abordaje de los determinantes de la salud, incluyendo aspectos nuevos como la promoción de la responsabilidad social.
2. Compromiso con el enfoque «Salud en todas las políticas».
3. La necesidad de establecer políticas públicas favorables a la salud.
4. Se centró en la relación entre la salud, sus determinantes y el empoderamiento de las personas.

EIR 2018 · 176

P71 · respuesta en el solucionario

Conferencia de Shanghai 2016: ciudades saludables

La 9ª Conferencia mundial sobre Promoción de Salud celebrada en Shanghai en el año 2016, incorpora como novedad una estrategia clave para promover la salud y el desarrollo sostenible que trata de:

1. Destacar determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.
2. La necesidad de promover el concepto de Atención Primaria en todos los países y su desarrollo.
3. Un foro internacional de alcaldes que culmina con la adopción del Consenso sobre Ciudades Saludables.
4. La participación como elemento esencial para sostener los esfuerzos en salud. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud, de los procesos y de la toma de decisiones.

Conferencia de Ginebra 2021: salud equitativa y sostenible

¿En qué Conferencia de Promoción de la Salud de la OMS se recoge la necesidad de asumir compromisos mundiales destinados a lograr resultados sanitarios y sociales equitativos, sin destruir la salud de nuestro planeta?:

1. Ginebra 2021.
2. Shanghai 2016.
3. Helsinki 2013.
4. Nairobi 2009.

3. Salud comunitaria: salutogénesis, activos para la salud y agentes comunitarios

La **salutogénesis** (Antonovsky) estudia las características biológicas, materiales y psicosociales que facilitan a las personas afrontar la vida y los factores estresores, percibiéndola como coherente, estructurada y comprensible ^{F11}. Esos recursos son los **Recursos Generales de Resistencia**, y la capacidad de utilizarlos se denomina **Sentido de la Coherencia**, formado por **comprensibilidad, manejabilidad y significatividad** ^{F11}. Frente a la visión patogénica que pregunta por qué enferman las personas, la salutogénesis se centra en cómo pueden mantenerse sanas ^{F11}. Apoyándose en este marco teórico se ha desarrollado el **modelo de activos para la salud** ^{F11}.

La guía del Ministerio de Sanidad distingue ^{F11}:

	Definición (Ministerio de Sanidad)	Mirada
Recurso	Bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población ^{F11}	Objetiva ^{F11}
Activo	Recurso que es reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas ^{F11}	Subjetiva ^{F11}

En su glosario, la misma guía define **activo para la salud** como cualquier factor o recurso **identificado por personas, grupos y comunidades** como apoyo para mantener y sostener la salud y el bienestar y para reducir las desigualdades en salud; estos recursos pueden actuar a nivel **individual, familiar y/o comunitario** y tienen en común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud y **contrarrestar situaciones de estrés** ^{F11}. Morgan y Ziglio (2007) lo definen como cualquier factor o recurso que mejora la capacidad de personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud ^{F12}. El **mapa de recursos** es un inventario que aporta información para estudiar su distribución por áreas e identificar focos de acción; el **mapa de activos** se elabora mediante un proceso participativo entre personas, asociaciones e instituciones de la comunidad ^{F11}.



Lo que más cae: quién define el activo

El activo lo reconoce **la propia comunidad o las personas implicadas** (mirada subjetiva), **no el profesional sanitario** ^{F11}. Un parque es un recurso; solo es un activo si la vecindad lo usa y lo reconoce como beneficioso para su salud ^{F11}. La opción que atribuye la identificación del activo al profesional o al centro de salud es la incorrecta.

Un informe SESPAS de Gaceta Sanitaria resume el enfoque: el modelo de activos aporta una perspectiva que fomenta que las comunidades **reorienten su mirada al contexto y se centren en aquello que mejora la salud y el bienestar**, potencien la equidad y fortalezcan sus decisiones sobre las causas de las causas ^{F12}. Puede suponer una **revitalización de las intervenciones de promoción de la salud y de salud comunitaria en términos de intersectorialidad, salud positiva, participación, equidad y orientación a los determinantes** ^{F12}. Y una lección aprendida: **los dos enfoques (el modelo de déficits y el de activos) son**

complementarios, no incompatibles ^{F12}. La guía ministerial insiste en lo mismo: la identificación de recursos y el mapeo de activos deben verse como complementarias ^{F11}.

EIR 2017 · 33

P77 · respuesta en el solucionario

Activo para la salud: definido desde la perspectiva de las personas, no del profesional

Según el modelo de salud comunitaria basado en activos, ¿cuáles diría que son los elementos que determinan qué es un activo en salud?: (Señale la respuesta INCORRECTA):

1. Aquellos que mejoren la capacidad de las personas, poblaciones e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar.
2. Aquellos que pueden actuar a nivel individual, familiar o comunitario como elementos protectores para contrarrestar situaciones de estrés.
3. Aquellos factores que sean definidos por el profesional sanitario desde el centro de salud.
4. Aquellos factores que implican un cambio en la mirada de las poblaciones e instituciones al contexto y se centran en aquello que mejora la salud.

EIR 2020 · 78

P17 · respuesta en el solucionario

Activo para la salud: definido desde la perspectiva de las personas, no del profesional

Sobre el modelo de activos para la salud en Atención Primaria de Salud, indique la respuesta INCORRECTA:

1. El enfoque de activos se basa en la teoría de la salutogénesis desarrollada por Antonovsky basada en el modelo factorial denominado “sentido de la coherencia”.
2. El modelo de activos aporta claves fundamentales para abordar la promoción de la salud a nivel comunitario, y proporciona herramientas para trabajar desde diferentes niveles en Atención Primaria.
3. Se define activo de salud como cualquier factor o recurso que identifican profesionales sanitarios como potenciadores de la capacidad de individuos, comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar.
4. El modelo de activos para la salud supone una revitalización de las intervenciones de promoción de la salud y de salud comunitaria en términos de intersectorialidad, salud positiva, participación, equidad y orientación a los determinantes de la salud.

EIR 2023 · 41

P67 · respuesta en el solucionario

Activo para la salud: definido desde la perspectiva de las personas, no del profesional

A qué se refiere un “recurso reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas”:

1. Activo.
2. Recurso.
3. Proceso de empoderamiento.
4. Producto saludable.

Activo para la salud: definido desde la perspectiva de las personas, no del profesional

¿Qué es un activo para la salud en acción comunitaria?:

1. Bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población y cuyo inventario aporta información valiosa para estudiar su distribución por áreas e identificar focos de acción para un posterior desarrollo o potenciación de los mismos.
2. Recurso que es reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas. Supone una mirada subjetiva.
3. Recurso que es reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva y mirada objetiva de las personas implicadas.
4. Bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población. Supone una mirada objetiva.

Modelo de activos frente a modelo de déficits

En la promoción de la salud basada en el modelo de activos para la salud, cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA:

1. En las intervenciones de salud comunitaria, la incorporación del modelo de activos para la salud puede reforzar aspectos relacionados con la equidad y el enfoque hacia los determinantes sociales.
2. El modelo de déficits, centrado en la resolución de los problemas de salud potenciando la medicalización y dependencia, y el modelo de activos de salud que aprovecha los talentos y habilidades de la comunidad, no pueden complementarse por resultar incompatibles en su enfoque.
3. La intersectorialidad y participación de intervenciones comunitarias podrían potenciarse utilizando el modelo de activos para la salud.
4. El modelo de activos aporta una perspectiva de la salud que fomenta que las comunidades se centren en aquello que mejora su salud y bienestar.

Los **agentes comunitarios** se clasifican en **tres grupos** ^{F11}:

- **Administraciones** (administración local, otras administraciones públicas y entidades privadas); en la acción comunitaria es especialmente importante el gobierno local ^{F11}.
- **Recursos técnicos y profesionales**, públicos y privados, que contribuyen a que la ciudadanía participe activamente ^{F11}.
- **Ciudadanía**: asociaciones, grupos y personas; su participación es el **elemento central** de la intervención comunitaria ^{F11}.

Los tres protagonistas

Administración – técnicos/servicios – ciudadanía. No son «tres profesiones» (trabajo social, medicina, enfermería) ni «tres sectores profesionales».

Participación comunitaria: tres agentes implicados

Los agentes implicados en un proceso de participación comunitaria son tres (señale la respuesta correcta):

1. Servicios que incluyen técnicos y profesionales, ciudadanía y la administración.
2. Profesionales de Trabajo Social, Medicina y Enfermería.
3. Políticos, personal sanitario y personal del ámbito educativo.
4. Personal sanitario, personal del ámbito educativo y personal del sector social.

Participación comunitaria. Una reseña del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (1981) señala que el enfoque de atención primaria de salud exige la participación de la comunidad y, dentro de ese enfoque, entiende la participación comunitaria como un «**proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad**, que crea en ellos un **sentido de responsabilidad** en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, así como la **capacidad de actuar** consciente y constructivamente en el desarrollo» ^{F31}.

Participación comunitaria: definición de la OMS

La idea expresada por la Organización Mundial de la Salud como: Un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y de las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad sobre la salud y la capacidad de actuar en el desarrollo comunal, se refiere al concepto de:

1. Salud Comunitaria.
2. Atención Primaria de Salud.
3. Participación Comunitaria.
4. Intersectorialidad.
5. Salud Pública.

4. Tipos de intervención, áreas y ámbitos de la educación para la salud

El Manual de EpS del Gobierno de Navarra diferencia **cuatro tipos de intervención** ^{F6}:

Tipo	Qué es (Manual de Navarra)
Consejo / información	Intervención breve que incluye información y propuesta motivadora de cambio, aprovechando la oportunidad de una consulta o encuentro profesional, a demanda o programado ^{F6}
Educación individual	Serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario en las que se trabajan sus capacidades sobre un tema desde una perspectiva más amplia ^{F6}
Educación grupal o colectiva	Serie de sesiones programadas dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos para mejorar sus capacidades ante un problema o tema de salud; incluye intervenciones con colectivos para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales ^{F6}
Promoción de salud	Aborda las capacidades de las personas y también el entorno social ; además de la EpS incluye información y comunicación en medios, acción social y medidas políticas, técnicas o económicas ; colaboran distintos servicios de la zona y entidades sociales ^{F6}

El **consejo educativo** es una intervención mínima o breve, **entre 2 y 10 minutos** (hasta 20-30), de información, motivación y propuesta de cambio respecto a un comportamiento de salud; su eficacia es del **5-10 %** según distintas investigaciones ^{F6}. El consejo **sistematizado** es más eficaz y tiene cuatro pasos: preguntar sobre el comportamiento y registrarlo, aconsejar el cambio (información + motivación), entregar material informativo y ofertar apoyo ^{F6}. No está indicado repetir el consejo antes de un tiempo prudencial (**seis meses - un año**) por el riesgo de motivación negativa ^{F6}.



Cómo distinguirlas en un caso

Aprovechar la consulta de HTA para informar sobre el tabaco y ofrecer apoyo = **consejo/información** ^{F6}. Sesiones con padres y profesores, carteles, recogida de firmas y una normativa nueva (actuar sobre el entorno) = **promoción de la salud** ^{F6}.

Intervención de consejo/información oportunista

Acude a consulta de enfermería un hombre de 55 años para seguimiento de HTA recién diagnosticada. En la valoración comenta que es fumador de 15 cigarros al día. Aprovechando la oportunidad de la consulta, la enfermera le proporciona información sobre la importancia de dejar de fumar y le ofrece apoyo si decide dejarlo. Este tipo de intervención de EpS se considera:

1. Consejo/Información.
2. Atención individual.
3. Promoción de la salud.
4. EpS demandada.
5. Todas son correctas.

Consejo breve: definición

La intervención educativa de tipo oportunista, de 2 a 10 minutos de duración, que incluye información y una propuesta motivadora de cambio, aprovechando el encuentro profesional corresponde a:

1. Educación grupal o colectiva.
2. Educación individual.
3. Educación particular.
4. Consejo breve.

Promoción de la salud: intervención comunitaria multisectorial

En el área de salud, se identifican problemas de seguridad en dos centros escolares. Para abordar la situación se desarrollan sesiones educativas con padres-madres y profesores de los centros, se elaboran carteles de prevención, se recogen firmas para apoyar la eliminación de los puntos negros y se consigue terminar con los riesgos y crear una normativa que favorezca la seguridad de los centros escolares. Este tipo de intervención se considera:

1. Promoción de la salud.
2. Consejo e información.
3. Educación para la salud individual.
4. Educación para la salud grupal.
5. Educación para la salud masiva.

Fases de la educación diabetológica. La guía de educación diabetológica de la Junta de Extremadura organiza la educación individual en tres etapas: **fase inmediata o de supervivencia** (en el momento del diagnóstico y poco después), **fase de ampliación** (en los meses posteriores al diagnóstico) y **fase de profundización** (a largo plazo), que consiste en el **adiestramiento óptimo** de la persona con diabetes, profundizando y reforzando cada tema para lograr su autocontrol a largo plazo ^{F29}. Contenidos de la fase de

profundización: **manejo de dietas basadas en unidades de volumen, autorregulación de la dosis de insulina**, manejo y control de complicaciones y qué hacer ante procesos intercurrentes; las complicaciones tardías y su prevención figuran ya en la fase de ampliación ^{F29}.

EIR 2009 · 78

P61 · respuesta en el solucionario

Educación grupal de profundización

La actividad que realiza una enfermera con un grupo de personas con diabetes mellitus tipo II, para adiestrar a los pacientes en el manejo de tablas de equivalencias de alimentos, la autorregulación de dosis de insulina y el conocimiento de complicaciones tardías y su prevención, se corresponde con la fase de educación sanitaria:

1. Inicial.
2. De profundización.
3. De aplicación.
4. Intermedia.
5. Inmediata.

Áreas de intervención. Un informe del Consejo Interterritorial (2003) establece que la promoción y la EpS deben responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud y que **tres son las áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales**; estas áreas condicionan los objetivos y planteamientos de la formación, ya que son necesarios **conocimientos, actitudes y habilidades** ^{F13}. El Manual de Navarra agrupa las necesidades en esas mismas tres áreas ^{F6} y señala que las sesiones se programan, en contenidos y metodología, para afrontar las necesidades de aprendizaje ^{F6}.

EIR 2022 · 184

P13 · respuesta en el solucionario

Diseño de programas de EpS: áreas prioritarias

A la hora de plantearse el diseño de un programa de Educación para la Salud (EpS), identifique la opción INCORRECTA:

1. La promoción y EpS deben responder a las diferentes necesidades de salud.
2. El área reconocida y prioritaria de intervención a tener en cuenta para su abordaje en promoción de la salud son los problemas de salud.
3. Los objetivos y planteamientos de la formación tendrán en cuenta conocimientos, actitudes y habilidades.
4. El programa de educación debe seguir una metodología diseñada previamente a su ejecución.

Ámbitos. Son ámbitos de EpS los centros de educación formal y no formal, los servicios de salud, los servicios municipales, la salud laboral, las instancias político-administrativas, las entidades sociales, los canales culturales y los barrios y pueblos ^{F6}. En la **escuela**, la Ley Orgánica de Educación (texto consolidado) dispone que en primaria la educación para la salud, incluida la afectivo-sexual, se trabajará **en todas las áreas**, y que en la ESO se fomentará **de manera transversal** ^{F14}.

EpS en la escuela: transversal en el currículo

La forma más recomendable para realizar Educación para la Salud en la escuela es:

1. Constituir una asignatura específica sobre la salud.
2. Organizar charlas por expertos en la escuela.
3. Introducir la Educación para la Salud transversalmente en los currículos escolares.
4. Informar a los padres y profesores de los principales problemas de salud.

5. Factores del comportamiento y modelos de creencias, acción razonada y cognitivo-social

El Manual de Navarra divide los **factores personales** relacionados con los comportamientos de salud en tres áreas ^{F6}:

Área	Componentes
Cognitiva	Conocimientos, capacidades cognitivas y estilos de pensamiento ^{F6}
Emocional o afectiva	Actitudes, valores y sentimientos; las creencias tienen un componente cognitivo y otro emocional. Ejemplos: autoestima , autoeficacia , atribución de causalidad, locus de control, creencias de gravedad y de coste-beneficio, expectativas de los demás, adhesión a normas sociales, resistencia a la presión de grupo ^{F6}
Habilidades	Psicomotoras (p. ej., inyectarse insulina, manejo de inhaladores), personales (toma racional de decisiones, manejo del estrés) y sociales (escucha, comunicación, manejo de conflictos) ^{F6}

Autoeficacia: sentimiento de ser capaz o no de introducir cambios en la propia vida; si siento que, aunque sea difícil, soy capaz de dejar de fumar, tengo más posibilidades de éxito ^{F6}. **Creencia:** información que la persona cree, hace suya y **dirige sus comportamientos** ^{F6}.

EIR 2020 · 75

P19 · respuesta en el solucionario

Factores personales del área emocional: autoeficacia

Los factores personales tienen mucha influencia en los comportamientos en salud, pudiendo ser del área cognitiva, emocional o de habilidades. ¿Cuál de los siguientes factores pertenece al área emocional de la persona?:

1. Autoeficacia.
2. Capacidades cognitivas.
3. Habilidades psicomotoras.
4. Estilos de pensamiento.

Modelo de creencias de salud (*Health Belief Model*): uno de los primeros modelos de conducta de salud, desarrollado en los años cincuenta por psicólogos sociales del Servicio de Salud Pública de EE. UU. para explicar la baja participación en programas de prevención y detección; sostiene que **las creencias de las personas** sobre su susceptibilidad y sobre los beneficios de actuar influyen en su disposición a actuar ^{F15}. Tiene seis constructos ^{F15}:

Constructo	Definición (NCI)
Susceptibilidad percibida	Creencias sobre la probabilidad de padecer un problema ^{F15}
Gravedad percibida	Creencias sobre la gravedad del problema y sus consecuencias ^{F15}

Constructo	Definición (NCI)
Beneficios percibidos	Creencias sobre la eficacia de actuar para reducir el riesgo o la gravedad ^{F15}
Barreras percibidas	Creencias sobre los costes materiales y psicológicos de actuar ^{F15}
Claves para la acción	Factores que activan la disposición al cambio (p. ej., un recordatorio del médico) ^{F15}
Autoeficacia	Confianza en la propia capacidad para realizar la acción ^{F15}

★ Casos típicos

«Mi madre dice que el niño necesita un huevo al día para crecer fuerte» = **creencia sobre la salud** ^{F6}. «No voy a ser capaz de pincharme la insulina; mi madre lo intentó y no pudo» = **autoeficacia** baja, constructo incluido en el modelo de creencias de salud ^{F15}.

EIR 2010 · 107

P60 · respuesta en el solucionario

Modelo de creencias de salud

El modelo de Educación para la Salud que considera que las decisiones adoptadas por los usuarios en relación con las pautas preventivas o terapéuticas recomendadas, guardan una estrecha relación con las creencias y valores que él mismo tiene sobre la salud, se refiere al Modelo de:

1. Aprendizaje del comportamiento.
2. Creencia de salud.
3. PRECEDE.
4. Integral.
5. Reforzador de conductas.

EIR 2016 · 95

P80 · respuesta en el solucionario

Modelo de creencias de salud

Acude a la consulta Mar con su hijo de 18 meses y su madre Carmen, viuda de 67 años que actualmente cuida de su nieto. Durante la entrevista Mar refiere “mi madre está siempre intentando que mi hijo coma un huevo al día porque dice que es necesario para que crezca fuerte”. Esta afirmación confirmada por Carmen refleja en la abuela el concepto de:

1. Acción de autocuidado.
2. Creencia sobre la salud.
3. Conducta positiva de salud.
4. Protección ineficaz.

Autoeficacia en el cambio de conducta

Una persona padece Diabetes tipo 2 desde hace diez años. Actualmente se le está tratando con medicación oral, pero su enfermedad se está agravando, por lo que se le plantea la administración de insulina subcutánea. Refiere que no va a ser capaz de pincharse, comenta que su madre también era diabética, lo intentó y no pudo. Indique qué determinante conductual (para inyectarse la insulina) aparece en este caso, según el modelo de Creencias de Salud:

1. Actitud negativa.
2. Influencia social.
3. Presión social.
4. Autocontrol o autoeficacia.

Teoría de la acción razonada / de la conducta planificada (Ajzen): la **intención** es el determinante más importante de la conducta, y depende de la **actitud** hacia la conducta y de la **norma subjetiva** (la conducta planificada añade el **control conductual percibido**) ^{F15}. Según el propio Ajzen, la **norma subjetiva es la presión social percibida para realizar o no una conducta**, y está determinada por el conjunto de **creencias normativas** sobre las expectativas y conductas de los referentes sociales significativos ^{F16}. Las creencias normativas reflejan la presión que ejercen esos referentes concretos —pareja, familia, amigos y, según el caso, profesor, médico, supervisor o compañeros— y, combinadas con la importancia de cada referente, determinan la norma subjetiva ^{F22}. Las actitudes se forman a partir de creencias sobre la conducta y sus resultados ^{F15}. En su currículum, Ajzen firma con **Martin Fishbein** los libros *Belief, attitude, intention, and behavior* (1975), *Understanding attitudes and predicting social behavior* (1980) y *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach* (2010) ^{F23}.

Teoría de la Acción Razonada: normas subjetivas

Según la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980), ¿cuál de los siguientes componentes explica la presión social percibida para realizar una conducta?:

1. Creencias conductuales.
2. Actitud hacia la conducta.
3. Creencias normativas.
4. Normas subjetivas.

Teoría cognitivo-social (Bandura): describe una interacción dinámica entre factores personales, ambientales y la conducta (**determinismo recíproco**); Bandura añadió a la teoría del aprendizaje social el constructo de **autoeficacia**, que considera el factor personal más importante del cambio ^{F15}. Otros constructos: capacidad conductual, expectativas, aprendizaje por observación (modelado) y **refuerzos**, que son respuestas a la conducta que aumentan o disminuyen la probabilidad de que se repita ^{F15}. Los refuerzos positivos (recompensas) aumentan la probabilidad de repetirla; los **refuerzos negativos también pueden hacerla más probable**, al motivar a la persona a eliminar un estímulo negativo (el pitido que recuerda abrocharse el cinturón) ^{F15}.

Refuerzo negativo: aumenta la conducta

El refuerzo negativo hace **más probable que la conducta se repita**, porque motiva a la persona a eliminar un estímulo negativo ^{F15}. Por tanto, fortalece una conducta; no es una forma de reducirla. Y no es un castigo: un manual de enfermería de promoción de la salud define el **refuerzo negativo** como retirar un estímulo indeseable del entorno para **favorecer** una conducta concreta, y el **castigo** como usar un estímulo desagradable o doloroso para **desalentar** una conducta ^{F24}.

EIR 2016 · 232

P79 · respuesta en el solucionario

Reforzador negativo: fortalece una conducta

Un reforzador negativo tiene como fin:

1. La reducción de la frecuencia de una conducta no deseada.
2. La eliminación de una conducta.
3. El moldeamiento de una conducta compleja.
4. La promoción de nuevas conductas o el fortalecimiento de una conducta ya existente.

6. Modelo transteórico (Prochaska y DiClemente) y modelo PRECEDE-PROCEED

El **modelo de etapas del cambio o transteórico**, desarrollado por **Prochaska y DiClemente** a partir de estudios con fumadores que dejaban de fumar, parte de que el cambio de conducta es **un proceso, no un acontecimiento** ^{F15}. Describe **cinco etapas**; el modelo es **circular**, no lineal: se puede entrar en cualquier etapa, **recaer** a una anterior y reiniciar el proceso varias veces ^{F15}. La Estrategia de Promoción de la Salud del SNS pide valorar en el consejo integral el estadio de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento) ^{F17}.

Etapas	Definición (NCI)	Estrategia
Precontemplación	No tiene intención de actuar en los próximos seis meses ^{F15}	Aumentar la conciencia de la necesidad de cambio; personalizar riesgos y beneficios ^{F15}
Contemplación	Tiene intención de actuar en los próximos seis meses ^{F15}	Motivar; animar a hacer planes concretos ^{F15}
Preparación	Tiene intención de actuar en los próximos 30 días y ya ha dado algunos pasos conductuales ^{F15}	Ayudar a elaborar un plan de acción; metas graduales ^{F15}
Acción	Ha cambiado la conducta hace menos de seis meses ^{F15}	Retroalimentación, resolución de problemas, apoyo social, refuerzo ^{F15}
Mantenimiento	Ha cambiado la conducta hace más de seis meses ^{F15}	Afrontamiento, recordatorios, alternativas, evitar recaídas ^{F15}

La Estrategia de Promoción de la Salud del SNS define las etapas de forma parecida: en la **contemplación** «se es consciente de la existencia de un problema y se piensa en abordarlo, pero **aún no se ha realizado ningún compromiso para actuar**»; en la **preparación** existe intención de actuar en un futuro cercano (normalmente dentro del siguiente mes) y **es posible que haya tomado ya alguna acción** ^{F17}. Sobre su utilidad, las fuentes del Ministerio no coinciden: la Estrategia afirma que las intervenciones basadas en estas etapas han demostrado ser más efectivas que las genéricas ^{F17}, mientras que el documento de consejo integral cita una revisión Cochrane según la cual, en tabaco, **no son ni más ni menos efectivas** que las no basadas en el modelo, y el valor de adaptar la intervención al estadio es incierto ^{F18}.



Cómo se reconocen en el caso clínico

Niega el problema o lo aplaza («es muy pequeño para hacer dieta; ya adelgazaré con el estirón») = **precontemplación**. Sabe que le perjudica, piensa dejarlo en los próximos meses, está abierto a información pero **sin compromiso** = **contemplación**. Ya ha decidido empezar **ya** y ha dado pasos (se compró un libro, **está reduciendo los cigarrillos**) = **preparación** ^{F15,F17}.

Prochaska y DiClemente: fase de precontemplación

En una revisión de atención al niño sano, el padre le dice a la enfermera: “Creo que Carlos es aún muy pequeño para hacer dieta. Además, seguro que cuando dé el estirón de la pubertad adelgazará”. ¿A qué estadio corresponde esta frase atendiendo al Modelo transteórico de predisposición al cambio de Prochaska y Di Clemente?:

1. Precontemplación.
2. Contemplación
3. Preparación.
4. Acción.

Prochaska y DiClemente: fase de contemplación

Según Prochaska y Di Clemente, una persona que se plantea dejar de fumar en los próximos 3 meses y está abierta a recibir información, se encuentra en la siguiente fase de cambio de conducta:

1. Precontemplación.
2. Contemplación.
3. Preparación.
4. Acción.
5. Entre la precontemplación y la contemplación.

Prochaska y DiClemente: fase de contemplación

Según el modelo transteórico de las etapas del cambio de Prochaska y Diclemente, cuando una persona es consciente de que el hábito tabáquico es nocivo para su salud y piensa en dejarlo, pero aún no se ha comprometido, diremos que se encuentra en fase:

1. Precontemplativa.
2. Contemplativa.
3. Preparativa.
4. De acción.

Prochaska y DiClemente: fase de preparación

Una persona acude a nuestra consulta de Atención Primaria para ver que dieta ha de seguir, refiere que se ha comprado un libro sobre consejos dietéticos hace meses. Ha decidido que quiere empezar a adelgazar ya. ¿En qué fase se encuentra según El Modelo de Etapas del Cambio o Transteórico?:

1. Precontemplación.
2. Contemplación.
3. Preparación.
4. Acción.

Prochaska y DiClemente: fase de preparación

En qué etapa del proceso de cambio de Prochaska y Di Clemente se encuentra una persona que quiere dejar de fumar y que está disminuyendo el número de cigarrillos/día:

1. Contemplación.
2. Preparación.
3. Acción.
4. Mantenimiento.

Modelo transteórico: etapas del cambio

¿Cuáles son las etapas claves del cambio de conducta que abarca el modelo transteórico?:

1. Precontemplación, preparación, planificación, acción, mantenimiento y recaídas.
2. Contemplación preparación, planificación, acción, mantenimiento y recaídas.
3. Preparación, contemplación, preacción, acción y evaluación.
4. Precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaídas.

PRECEDE-PROCEED (Green, Kreuter y colaboradores) es **un modelo de planificación, no una teoría**: parte de los resultados deseados y trabaja hacia atrás para identificar las estrategias ^{F15}. PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation*), desarrollado en los años setenta, sostiene que **se necesita un diagnóstico educacional para diseñar una intervención de promoción de la salud, igual que se necesita un diagnóstico médico para diseñar un tratamiento** ^{F15}. PROCEED se añadió en 1991 para incorporar los factores ambientales ^{F15}. En la web del propio Green, el acrónimo **PRECEDE** (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*) se acuñó en la primera edición del libro (Green, Kreuter, Deeds y Partridge, 1980), y **PROCEED** (*Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*), en la segunda (Green y Kreuter, 1991), cuando el modelo se amplió a los factores ambientales, políticos y organizativos ^{F36}.

Tiene **nueve pasos**: cinco diagnósticos — (1) social, (2) epidemiológico, (3) **conductual y ambiental**, (4) educacional y ecológico, (5) administrativo y de políticas — y cuatro de ejecución y evaluación — (6) implementación, (7) evaluación de proceso, (8) de impacto y (9) de resultados ^{F15}.

Edición de 2022. La web de Green presenta la quinta edición del libro (Johns Hopkins University Press, 2022), en la que el modelo tiene **ocho fases**: las fases **1, 2 y 3 son las de diagnóstico**; la 4 desarrolla las estrategias de intervención, de implementación y de evaluación; la 5 se centra en la **evaluación de proceso**, y las 6 a 8, en la evaluación de los resultados **a corto plazo, intermedios y a largo plazo** (antes llamados «impacto» y «resultados») ^{F37}.

Nueve pasos (NCI, 2005) u ocho fases (2022)

La numeración de **nueve pasos**, con el diagnóstico **conductual y ambiental** en el tercero, es la de la versión que resume el NCI (2005) ^{F15}. En la edición de 2022 las tres primeras fases siguen siendo diagnósticas, pero la web del autor no da el nombre de cada una ^{F37}. Una pregunta que numere las fases (EIR2004-037, «tercera fase») se responde con la numeración de nueve pasos.

Factor (diagnóstico educacional)	Definición (NCI)
Predisponentes	Motivan o dan una razón para la conducta: conocimientos, actitudes, creencias culturales y disposición al cambio ^{F15}
Facilitadores	Permiten actuar según esas predisposiciones: recursos disponibles, políticas de apoyo, asistencia y servicios ^{F15}
Reforzantes	Actúan después de iniciada la conducta y favorecen su repetición: apoyo social, elogios, alivio de síntomas ^{F15}

PRE-dispone, FACILITA, REFUERZA

Antes de actuar, lo que **pienso** (baja percepción de riesgo = **predisponente**); para poder actuar, lo que **tengo** (recursos = **facilitador**); después de actuar, lo que **recibo** (elogio, apoyo = **reforzante**).

EIR 2018 · 172

P31 · respuesta en el solucionario

Modelo Precede-Procede: el diagnóstico educacional precede al plan

¿Cuál de los siguientes Modelos de modificación de comportamientos en salud es un modelo de planificación de promoción de salud que está basado en la premisa de que el diagnóstico educacional debe de preceder al plan de intervención?:

1. El Modelo del proceso de precauciónadopción.
2. El Modelo del aprendizaje social.
3. El Modelo Precede-Procede.
4. El Modelo de acción razonada.

Modelo PRECEDE: factores predisponentes

En un centro educativo se detecta un aumento en el uso de cigarrillos electrónicos entre adolescentes de 13 a 18 años. Para diseñar una intervención eficaz, se aplica el modelo PRECEDE con el fin de identificar los factores que influyen en esta conducta. Uno de los hallazgos es la baja percepción de riesgo sobre las consecuencias del vapeo. Según el modelo PRECEDE, este factor se clasifica como:

1. Factor reforzante.
2. Factor facilitador.
3. Factor limitante.
4. Factor predisponente.

Modelo PRECEDE: tercera fase, diagnóstico del comportamiento

El método PRECEDE (Predisponer, reforzar y causas que hacen posible el diagnóstico y evaluación educacional) permite planificar la educación para la salud de la población. ¿Cómo se denomina la tercera fase?:

1. Diagnóstico epidemiológico.
2. Diagnóstico del comportamiento.
3. Diagnóstico social.
4. Diagnóstico educacional.
5. Diagnóstico administrativo.

7. Aprendizaje significativo, programación, objetivos y evaluación

La pedagogía **tradicional** está centrada en la enseñanza, la información y el profesor, con objetivos sobre todo cognitivos y métodos expositivos ^{F6}. La **pedagogía activa**, que es la que propone el Manual de Navarra para la EpS, tiene como eje **el aprendizaje y el alumnado**, y su teoría básica es la del **aprendizaje significativo**; los objetivos abarcan las áreas **cognitiva, emocional y de habilidades**, y el rol educador es de ayuda y apoyo ^{F6}. El informe del Consejo Interterritorial también señala que en la formación se trata de lograr **aprendizajes significativos** ^{F13}.

El **aprendizaje significativo** (Piaget, Vygotsky, Freire, Bandura, Ausubel, Novak...) es un aprendizaje eficaz, permanente y real, que tiene significado para la persona; **no ocurre por suma de informaciones, sino que se construye**: la persona parte de sus experiencias, conocimientos, sentimientos y habilidades y los reorganiza ante las nuevas informaciones y experiencias ^{F6}. Por eso los métodos deben ser **activos** (con participación de quien se educa) e **inductivos** (que parten de su experiencia) ^{F6}.

EIR 2020 · 77

P18 · respuesta en el solucionario

Aprendizaje significativo en EpS

¿Con qué tipo de aprendizaje se debe trabajar desde la Educación para la Salud?:

1. Aprendizaje significativo.
2. Aprendizaje informal.
3. Aprendizaje personalizado.
4. Aprendizaje Blended.

EIR 2022 · 187

P12 · respuesta en el solucionario

Aprendizaje no recomendado en EpS: conductivo

¿Qué tipo de aprendizaje NO se recomienda dentro de la metodología de la Educación para la Salud?:

1. Aprendizaje significativo.
2. Aprendizaje centrado en el discente.
3. Aprendizaje constructivista.
4. Aprendizaje conductivo.

Proceso de enseñanza-aprendizaje (Navarra)	Contenido
1. Conocer y expresar su situación	Experiencias, conocimientos, valores, creencias, habilidades ^{F6}
2. Profundizar en ella	Desarrollar conocimientos, analizar diferentes aspectos, reflexionar sobre el área emocional ^{F6}
3. Actuar	Desarrollar recursos y habilidades , tomar decisiones, experimentarlas en la realidad, evaluarlas ^{F6}

Proceso de enseñanza-aprendizaje: etapa de actuación

Dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, en la etapa de actuación se incluye:

1. Desarrollar conocimientos.
2. Analizar diferentes aspectos.
3. Reflexionar sobre el área emocional.
4. Desarrollar recursos y habilidades.

Aprendizaje experiencial de Kolb. El aprendizaje experiencial integra dos modos de obtener información (en inglés, *grasping experience*), la **experiencia concreta** y la **conceptualización abstracta**, y dos modos de transformarla, la **observación reflexiva** y la **experimentación activa**; los cuatro forman parte del proceso de aprendizaje experiencial ^{F25,F26}.

Aprendizaje experiencial de Kolb: elementos

¿Cuáles son los elementos del aprendizaje experiencial de Kolb?:

1. Observación del Experto, Experimentación Activa, Aprendizaje.
2. Experiencia Concreta, Observación Reflexiva, Conceptualización Abstracta y Experimentación Activa.
3. Experiencia Concreta, Aprendizaje, Reflexión Abstracta.
4. Experimentación Activa, Pensamiento, Aprendizaje.

Programación. Sus etapas son: análisis de la situación (necesidades educativas), objetivos y contenidos, metodología y evaluación ^{F6}. Los objetivos se formulan respecto a las tres áreas de la persona — **cognitiva** (conceptos, hechos, principios), **emocional (valores, actitudes, normas)** y **procedimental o de habilidades** — y **se refieren a aprendizajes del educando**, están **concretamente definidos y son evaluables** ^{F6}. En los ejemplos del manual, los objetivos específicos se enuncian desde quien aprende: «que las personas participantes expresen..., reorganicen..., analicen..., elaboren su propio plan...» ^{F6}.

El objetivo mal formulado

Un objetivo específico de aprendizaje describe lo que **hará el educando** (identificar, señalar, explicar, argumentar), de forma concreta y evaluable ^{F6}. Si empieza por «**Enseñar...**», describe la tarea del educador, no el aprendizaje: está mal formulado. Un objetivo de **cambio de actitudes** pertenece al área **emocional o afectiva** ^{F6}.

Objetivos específicos de aprendizaje bien formulados (conocimientos)

Entre los objetivos específicos que ha elaborado con el fin de hacer una intervención de educación para la salud, encaminada a facilitar a las personas de 65 y más años la incorporación de actividades preventivas para el golpe de calor en los autocuidados diarios, identifique el que está INCORRECTAMENTE formulado:

1. Enseñar a las personas de 65 y más años los signos y los síntomas del golpe de calor, durante las dos primeras sesiones, de las 10 totales.
2. Seleccionar el vestido-calzado pertinente para utilizar durante la época de calor en el lugar de la residencia, al finalizar la 3ª sesión.
3. Enunciar las actividades que más se hacen cada día y que están influenciadas por el exceso de calor, al finalizar todas las sesiones.
4. Señalar en una lista de 15 alimentos, los que facilitan la hidratación corporal, al final de la 2ª sesión y con un máximo de 3 errores.
5. Argumentar cada una de las acciones que hay que hacer cuando ocurra un golpe de calor, pasada una semana desde el final de la intervención.

Objetivos específicos de aprendizaje bien formulados (habilidades)

Usted va a participar en una intervención de educación para la salud con niños y niñas con la finalidad de capacitarles para el autocuidado bucodental. Mientras revisa los objetivos específicos de aprendizaje seleccionados para ellos/ellas, detecta que existe uno que está incorrectamente formulado. Identifíquelo:

1. Identificar los alimentos que deben ser excluidos de la dieta, al finalizar la sesión.
2. Explicar el mecanismo de formación de la caries dental, al finalizar la sesión.
3. Enseñar la técnica correcta del cepillado dental durante la 3ª sesión.
4. Señalar en una lista de 30 alimentos aquellos que son cariogénicos, con un máximo de 2 errores, al finalizar la intervención educativa.
5. Referir la necesidad de no ingerir alimentos cariogénicos, al finalizar la intervención educativa.

Objetivos educativos: cambio de actitudes, dominio afectivo

En un plan de cuidados, un objetivo encaminado a conseguir un cambio de actitudes de la persona respecto a sus hábitos alimentarios, se referirá al dominio:

1. Psicomotor.
2. Cognitivo.
3. Fisiológico.
4. Social.
5. Afectivo.

Evaluación (Manual de Navarra): se evalúan los **resultados** (grado de consecución de objetivos y efectos no previstos), el **proceso** (idoneidad de las actividades: **asistencia, participación**, grado de consecución de las actividades previstas, adecuación de objetivos, contenidos y tareas) y la **estructura** (local, duración de consultas o sesiones, horario, recursos didácticos y personales) ^{F6}. Evalúan tanto los educadores como los participantes, de forma continuada y final ^{F6}.

EIR 2017 · 41

P37 · respuesta en el solucionario

Evaluación de proceso de una intervención educativa

En un Centro de salud se ha llevado a cabo una intervención en Educación para la Salud con 15 pacientes, dirigida a reducir la prevalencia de trastornos de ansiedad. Los evaluadores analizaron el tiempo que duró cada sesión, así como el grado de participación. Podemos decir que se ha realizado una evaluación:

1. Evaluación de impacto.
2. Evaluación de resultado.
3. Evaluación de proceso.
4. Evaluación implementadora.

8. Métodos y técnicas educativas

La clasificación que usan el informe del Consejo Interterritorial y el Manual de Navarra (adaptada de R. Vaccani) asigna **a cada objetivo del proceso de aprendizaje un tipo de técnica**, en cinco grupos: de expresión o investigación en aula, expositivos, de análisis, de desarrollo de habilidades y otros ^{F13,F6}:

Objetivo	Tipo de técnica	Ejemplos
Expresar experiencias, conceptos, vivencias	Investigación en aula (grupal) / expresión (individual)	Rejilla, tormenta de ideas , cuestionarios, fotopalabra , Phillips 66, diálogos simultáneos ^{F13,F6}
Reorganizar informaciones: transmitir informaciones, conceptos, esquemas	Expositivas (grupal) / informativas (individual)	Lección, ponencia, conferencia, lección participada, panel de expertos , lectura con discusión; en consulta, información con discusión ^{F13,F6}
Analizar y reflexionar	Análisis	Análisis de textos o publicidad, análisis de problemas, casos , discusiones, ejercicios ^{F13}
Desarrollar habilidades	Desarrollo de habilidades	Simulaciones operativas, role-playing , problem-solving, demostración con entrenamiento ^{F13,F6}
Otros objetivos del proceso de enseñanza-aprendizaje	Otras técnicas de aula y fuera del aula (5.º grupo)	Ejercicios, juegos, simulaciones ^{F13,F6}

Detalles del Manual de Navarra ^{F6}:

- **Tormenta de ideas:** cada persona expresa en una o dos palabras lo que significa una palabra dada; es la que menos tiempo usa. **Phillips 66:** grupos de 6 personas durante 6 minutos. **Rejilla:** material con un enunciado y dos o tres partes; permite más profundidad de expresión. **Fotopalabra:** cada persona escoge una foto y explica por qué; favorece la expresión de emociones y vivencias ^{F6}.
- Las técnicas de investigación en aula se usan al inicio y facilitan que el grupo exprese y colective **experiencias, vivencias y conocimientos previos**; para ese objetivo didáctico (expresar y compartir experiencias o vivencias) el educador elige la técnica entre **tormenta de ideas, rejilla, Phillips 66**, cuestionarios o fotopalabra: **todas sirven** ^{F6}.
- **Información con discusión:** aportar **información oral sobre un tema, facilitando las preguntas y la discusión** ^{F6}. Otras técnicas informativas: repetición (repetir los contenidos esenciales), verificación (comprobar la comprensión de los puntos clave) ^{F6}.
- **Confrontar incongruencias** (señalar discrepancias entre lo que la persona piensa, siente, dice y hace) es una técnica **de análisis** ^{F6}.
- **Demostración con entrenamiento:** se explica y realiza la habilidad y se pide a la persona que la haga; útil sobre todo para **habilidades psicomotoras** ^{F6}. Las técnicas de desarrollo de habilidades ayudan a desarrollar **habilidades concretas para introducir los cambios** decididos ^{F6}.

- **Simulación operativa** y **role-playing** trabajan habilidades sociales; el role-playing a un nivel más profundo y con más tiempo ^{F6}.

Una técnica por objetivo

Expresar → investigación en aula (rejilla, tormenta, fotopalabra, Phillips 66). **Informar** → expositivas (panel, lección). **Analizar** → casos. **Hacer** → demostración con entrenamiento, simulación, role-playing.

EIR 2021 · 154

P15 · respuesta en el solucionario

Rejilla como técnica de investigación

Las Rejillas como técnica formativa utilizada en Educación para la Salud se corresponde con:

1. Una técnica de investigación.
2. Una técnica expositiva.
3. Una técnica de análisis.
4. Una técnica de desarrollo de habilidades.

EIR 2019 · 205

P24 · respuesta en el solucionario

Tormenta de ideas como técnica de investigación en el aula

La tormenta de ideas como técnica formativa utilizada en educación para la salud se corresponde con:

1. Una técnica expositiva.
2. Una técnica de análisis.
3. Una técnica de investigación en el aula.
4. Una técnica de desarrollo de habilidades.

EIR 2015 · 128

P48 · respuesta en el solucionario

Técnicas educativas grupales en EpS de climaterio

Se organiza un programa de Educación para la Salud (EpS) grupal dirigido a mujeres en la etapa del climaterio. Una de las sesiones tiene como objetivo conocer cómo están viviendo dicha etapa y cómo les está afectando a nivel personal y familiar. La técnica de EpS más adecuada es:

1. Rejilla.
2. Tormenta de ideas.
3. Phillips 6/6.
4. Fotopalabra.
5. Todas son adecuadas.

Panel de expertos como técnica expositiva

Para reorganizar informaciones (transmitir informaciones, conceptos, esquemas interpretativos, etc.) dentro del proceso enseñanza-aprendizaje en Educación para la Salud, una de las técnicas de elección para su abordaje sería:

1. Rejillas.
2. Panel de expertos.
3. Role-playing.
4. Análisis de problemas.

Técnica de información con discusión

En Educación para la salud, la técnica “Información con discusión” consiste en:

1. Aportar información oral sobre un tema, facilitando las preguntas y la discusión.
2. Repetir los contenidos esenciales para su mejor comprensión y fijación.
3. Verificar la comprensión de los puntos claves del contenido.
4. Llamar la atención sobre algún aspecto que la persona no expresa o no lo expresa claramente.

Técnicas de análisis: método del caso

¿Cuál de las siguientes técnicas que se podrían utilizar en el desarrollo de un programa de Educación para la salud se consideran “Técnicas de Análisis”?:

1. Rejilla.
2. Fotopalabra.
3. Método del caso.
4. Role-playing.

Técnica de demostración con entrenamiento

En el proceso de aprendizaje de educación para la salud, ¿qué técnica podría ayudar a las personas a desarrollar habilidades concretas que les sirvan para introducir los cambios que se hayan propuesto?:

1. Confrontar incongruencias.
2. Demostración con entrenamiento.
3. Rejilla.
4. Phillips 66.

Técnica de simulación para habilidades en la colostomía

Una enfermera se propone realizar una sesión de educación para la salud con un grupo de pacientes con colostomía. ¿Qué técnica es la más adecuada si tiene como objetivo educativo fomentar el aprendizaje del manejo de la bolsa de colostomía?:

1. Lluvia de ideas.
2. Simulación.
3. Videofórum.
4. Charla.
5. Rejilla.

Técnica de las nueve cuestiones. Las orientaciones didácticas del Ministerio de Sanidad para la acción comunitaria (2023) la clasifican entre las técnicas de **desarrollo de habilidades**, junto con la simulación operativa, el role-playing, la clínica de casos y la ponderación por puntos ^{F27}. Se emplea para **planificar y diseñar planes de acción y procesos participativos** respondiendo a nueve preguntas: ¿qué?, ¿por qué?, ¿para qué?, ¿para quién?, ¿dónde?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿con qué? y ¿cuánto?; se plantea la elaboración de un plan de acción comunitaria **en grupos pequeños** ^{F27}.

Técnica de las 9 cuestiones: desarrollo de habilidades

Existen múltiples técnicas educativas para realizar Educación Para la Salud, entre ellas, la técnica de las 9 cuestiones, que se caracteriza por:

1. Es una técnica de desarrollo de habilidades.
2. Se plantea la elaboración de un plan de acción comunitaria en grupos grandes.
3. Genera nuevas visiones, perspectivas y estrategias de afrontamiento de problemas.
4. Es una técnica de análisis a través de 9 preguntas: ¿qué?, ¿por qué?, ¿para qué?, ¿para quién?, ¿dónde?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿con qué? y ¿cuánto?.

Dos técnicas llamadas «rejilla»

La rejilla del Manual de Navarra y de las orientaciones del Ministerio es de **investigación en aula**: un folio con un enunciado y varias partes para rellenar ^{F6,F27}. Un manual de técnicas de aprendizaje grupal para **grupos numerosos** (UNAM, 2012) llama también **rejilla** a otra técnica: el material se divide en tantas partes como equipos; cada equipo estudia su parte y cada integrante elabora su propio resumen; después se rehacen los equipos de modo que en cada uno queda un participante de cada equipo anterior, que expone la información que le tocó, y al final todos conocen el material en su conjunto ^{F28}. Con ella el grupo obtiene **mayor información en el menor tiempo posible** y aprende a analizar, sintetizar y compartir la información ^{F28}.

Técnica de la rejilla para manejar mucha información en grupo grande

Se aplica una técnica de educación grupal para el desarrollo de conocimientos en diabetes en un grupo de 40 personas que padecen dicha enfermedad. El objetivo es que la totalidad maneje una considerable cantidad de información en poco tiempo, que la analice, sintetice y comparta en equipo. En un primer momento, cada uno de los integrantes de los equipos aborda la parte del material asignado (teoría y práctica). Todos tienen la responsabilidad de aprender el tema. Después se forma un nuevo equipo y cada uno de los integrantes de los equipos anteriores asume la responsabilidad de enseñar a sus nuevos compañeros el tema aprendido en el primer momento. Al finalizar la aplicación de la técnica, la totalidad de la población debe manejar los contenidos de la clase. ¿Cómo se denomina esta técnica educativa grupal?:

1. Phillips 8/8.
2. Rejilla.
3. Técnica de Bronfenbrenner.
4. Técnica Delphi.

Otras clasificaciones de métodos recogidas en el Manual de Navarra: bidireccionales (diálogo, grupo) y unidireccionales (folletos, cartas, radio, vídeo), según Trilla, Planas y Espulga; y la de **Salleras** (Piédrola Gil, 2000): **directos** —diálogo y consejo educativo, clase o aula, charla, discusión en grupo— e **indirectos**, que pueden ser **visuales** (carteles, vallas, folletos, cartas circulares, prensa, internet), **sonoros** (radio) y **mixtos** (**cine, vídeo, televisión**) ^{F6}. El mismo manual llama **material audiovisual** al que combina la proyección de imágenes con estímulos auditivos ^{F6}.

EIR2015-143: la televisión, ¿mixto o audiovisual?

La respuesta de EIR2015-143 (reconstruida por un tercero) clasifica una campaña en televisión como método **indirecto y audiovisual**. En la clasificación de Salleras tal como la reproduce el Manual de Navarra, la televisión es un método **indirecto mixto** (junto con el cine y el vídeo), y el propio manual llama audiovisual al material que combina imagen y sonido ^{F6}: es el mismo concepto con otra etiqueta. De las opciones del examen, la única que la sitúa entre los **indirectos** y combinando imagen y sonido es «indirecto y audiovisual»; la opción «mixto», sin más, no la identifica como indirecta, y «visual» deja fuera el sonido. La respuesta del examen no se corrige; la terminología de la obra original de Salleras está pendiente de consultar.

Clasificación OMS de métodos educativos: indirecto y audiovisual

Teniendo en cuenta la clasificación de la OMS de los métodos y medios de educación para la salud, las campañas de prevención de accidentes de tráfico llevadas a cabo en televisión se consideran un método:

1. Indirecto y visual.
2. Directo y visual.
3. Indirecto y audiovisual.
4. Mixto.
5. Mixto, sonoro, visual y audiovisual.

9. El consejo en la consulta: 5 Aes, counselling, adherencia y recomendaciones de actividad física

El documento del Ministerio sobre **consejo integral en estilo de vida en atención primaria** (2015) recoge que el grupo de trabajo sobre intervenciones de asesoramiento y conductuales de la **USPSTF** recomienda la estrategia de las **5 Aes**, en este orden ^{F18}:

A	Qué se hace
1. Assess – Averiguar	Preguntar sobre factores y conductas de riesgo y sobre lo que afecta a la elección o al cambio de conducta ^{F18}
2. Advise – Aconsejar	Dar consejos claros, específicos y personalizados , con información sobre riesgos y beneficios personales ^{F18}
3. Agree – Acordar	Pactar colaborativamente objetivos y métodos, según los intereses y la capacidad de cambio de la persona ^{F18}
4. Assist – Ayudar	Usar técnicas para que consiga los objetivos pactados (habilidades, confianza, apoyo social/ambiental, fármacos si procede) ^{F18}
5. Arrange – Asegurar	Fijar visitas de seguimiento para apoyar y ajustar el plan, incluida la derivación ^{F18}

Orden de las 5 Aes

Averiguar → Aconsejar → Acordar → Ayudar → Asegurar: primero pregunto, luego aconsejo, después pactamos, le ayudo y aseguro el seguimiento ^{F18}. «Acompañar» no es una de ellas.

EIR 2017 · 6

P41 · respuesta en el solucionario

Estrategia de las 5 Aes de la USPSTF

El U.S. Preventive Task Force (USPSTF) recomienda la adopción de la estrategia de intervención de las 5 Aes para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo sobre los principales factores de riesgo. Indica cuál es el orden que se tiene que seguir:

1. Assess (Averiguar); Agree (Acordar); Advice (Aconsejar); Assist (Ayudar); Arrange (Asegurar).
2. Assess (averiguar); Advice (Aconsejar); Agree (Acordar); Assist (Ayudar); Arrange (Asegurar).
3. Assess (Averiguar); Assist (Ayudar); Advice (Aconsejar); Arrange (Asegurar); Agree (Acordar).
4. Assess (Averiguar); Advice (Aconsejar); Agree (Acordar); Arrange (Asegurar); Assist (Ayudar).

Estrategia de las 5 Aes de la USPSTF

¿Cuál de las siguientes NO forma parte de las intervenciones de consejor asesoramiento del modelo de las 5 recomendaciones 'A' de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)?:

1. Assess-Averiguar.
2. Agree-Acordar.
3. Accompany-Acompañar.
4. Arrange-Asegurar.

Counselling: se ha traducido como «consejo asistido» o «relación de ayuda» y se define como un **proceso interactivo basado en estrategias comunicativas** que ayuda a una persona a **reflexionar** de forma que pueda tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma **de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional**; es la metodología recomendada por la OMS para apoyar a los pacientes con infección por VIH ^{F19}.

Counselling: definición

¿Qué es el consejo asistido o Counselling?:

1. Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud para mejorarla, incluyendo acciones sobre factores personales, sociales, ambientales y económicas.
2. Proceso interactivo basado en estrategias de enseñanza apoyada en recursos audiovisuales que ayuda a la persona a tomar decisiones adecuadas para sí misma, conforme a sus valores, intereses y estado emocional.
3. Proceso de enseñanza teórica expositiva, generalmente oral y apoyada en recursos audiovisuales, cuyo objetivo principal es la transmisión de información en la esfera de la actividad intelectual.
4. Proceso interactivo basado en estrategias de comunicación que ayuda a la persona a reflexionar y tomar decisiones adecuadas para sí misma, conforme a sus valores, intereses y estado emocional.

Consejo eficaz y adherencia. La información es más eficaz si es exacta, práctica, **centrada en el usuario** (sus conocimientos previos, situación, necesidades y decisiones), comprendida y biopsicosocial; la motivación exige una **propuesta de cambio concreta y personalizada**, planteada desde la orientación, la aceptación y el respeto a su decisión más que desde la prescripción ^{F6}. El consejo de la segunda A debe ser específico y personalizado ^{F18}, y en el consejo integral de la Estrategia se diseña un plan progresivo de intervenciones individuales y/o grupales, modulando su intensidad según las necesidades individuales y los objetivos pactados con la persona; parte esencial es la capacitación de los profesionales en **entrevista motivacional** ^{F17}. En educación individual se parte de la situación, **experiencias y vivencias** de la persona ^{F6}.

Adherencia terapéutica en crónicos: individualizar, no estandarizar

En el control de enfermedades crónicas que requieren de un tratamiento continuo, uno de los principales retos para la enfermera de atención primaria, es el favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico y dar recomendaciones relacionadas con los estilos de vida. De las siguientes recomendaciones, ¿cuál NO estaría indicada para fomentar dicha adhesión?:

1. Proporcionar consejos claros sobre los beneficios y posibles efectos adversos del tratamiento y sobre la posología y la duración del mismo.
2. Tener en cuenta los hábitos y preferencias del paciente.
3. Utilizar dietas y tablas de ejercicios estandarizadas que disminuyan la monitorización.
4. Establecer una relación terapéutica basada en la entrevista motivacional.
5. Ofrecer sesiones múltiples o combinadas de intervenciones conductuales.

Educación individual en actividad física: explorar experiencias del paciente

R.F.F., de 56 años, acude a consulta de enfermería programada para control y seguimiento de su hipertensión. Durante la atención, hacemos educación individual para la promoción de la actividad física. En este sentido, ¿qué aspecto clave hay que valorar en la consulta?:

1. Se realizará un registro de la actividad física realizada en un mes por el paciente.
2. Se valorarán los periodos sedentarios de más de 3 horas.
3. Analizar las experiencias y vivencias del paciente respecto a la actividad física.
4. En aquellos pacientes que realicen periodos sedentarios de más de 3 horas de duración, se darán recomendaciones para evitarlos.

Comunicación con personas mayores (manual de estilo del Servicio Gallego de Salud, 2014): su atención no implica criterios diferentes, pero sí más énfasis en algunos aspectos: respetar su ritmo de expresión y comprensión y **hablar con un ritmo moderado o lento**, si es necesario; **vocalizar correctamente** y elevar ligeramente el tono de voz **solo si se captan deficiencias auditivas** («mayor no es sinónimo de sordo»); **cerciorarse de que han comprendido**, y resumir las instrucciones con **notas breves**, escritas con letra grande y clara ^{F30}. Entre las recomendaciones generales del mismo manual figuran mirar a los ojos y resumir, preguntar y parafrasear para verificar que se nos entiende ^{F30}.

EIR2005-093: ¿voz alta con las personas mayores?

La respuesta de EIR2005-093 (reconstruida por un tercero) considera apropiada **para ancianos** una intervención con mensajes cortos y claros, **en voz alta** y mirando a los ojos para comprobar que se entienden. El manual del Servicio Gallego de Salud respalda con las personas mayores el ritmo moderado o lento si es necesario, la vocalización y comprobar la comprensión, pero pide elevar el tono **solo si hay deficiencias auditivas**, porque «mayor no es sinónimo de sordo» ^{F30}. De las opciones del examen, solo las personas mayores tienen en ese manual un apartado propio con estas recomendaciones; la respuesta no se corrige.

EIR 2005 · 93

P63 · respuesta en el solucionario

Intervención educativa en ancianos: mensajes cortos, claros y en voz alta

La intervención educativa que da mensajes cortos y claros, en voz alta y mirando al paciente a los ojos para comprobar si los entiende, sería apropiada para:

1. Pacientes con pluripatología.
2. Analfabetos.
3. Ancianos.
4. Niños.
5. Familiares de enfermos crónicos.

Recomendaciones vigentes de actividad física para adultos (Ministerio de Sanidad, actualización 2022)

^{F21}.

- A lo largo de la semana, **al menos entre 150 y 300 minutos** de actividad física aeróbica **moderada**, o **al menos entre 75 y 150 minutos** de actividad **vigorosa**, o una combinación equivalente (1 minuto vigoroso ≈ 2 moderados) ^{F21}.
- Y además, **al menos 2 días a la semana**, actividades de **fortalecimiento muscular** que incluyan los grandes grupos musculares ^{F21}.
- Para obtener aún mayores beneficios, más de 300 minutos moderados o más de 150 vigorosos ^{F21}.
- Sedentarismo: **reducir los periodos dedicados a actividades sedentarias** y sustituirlos por actividad física de **cualquier intensidad (incluso leve)** ^{F21}. Entre los ejemplos para la vida diaria: transporte activo, descansos activos con estiramientos o un breve paseo, usar las escaleras y limitar el tiempo de pantalla ^{F21}.

La actividad de intensidad vigorosa incrementa el metabolismo **al menos 6 veces por encima del nivel de reposo (6 METS)** ^{F17}.

Recomendaciones de 2015 (las de las preguntas de 2017-2018)

El documento del Ministerio de **2015** recomendaba como mínimo **150 minutos** semanales de actividad moderada o **75** de vigorosa; podían acumularse en periodos **de al menos 10 minutos; al menos 2 días a la semana**, fortalecimiento muscular **y actividades para mejorar la flexibilidad**; y, sobre el sedentarismo, **reducir los periodos sedentarios prolongados de más de 2 horas seguidas, con descansos activos cada una o dos horas** (estiramientos o un breve paseo), fomentar el **transporte activo** y limitar el tiempo de pantalla ^{F20}. Ya incluía un tramo de 300 minutos moderados o 150 vigorosos «para obtener aún mayores beneficios» ^{F20}. La actualización de 2022 convierte el mínimo en un rango (150-300 / 75-150), **elimina la flexibilidad y el mínimo de 10 minutos por bloque** y ya no fija un intervalo de horas para los descansos ^{F21}.

EIR2017-213 y EIR2018-218 siguen el documento de 2015

EIR2017-213 da como recomendación válida reducir los periodos sedentarios de más de 2 horas con descansos cada una o dos horas, y EIR2018-218 da como válida la flexibilidad dos veces por semana y como falsa la opción de descansos «cada tres o cuatro horas»: es el criterio del documento de 2015 ^{F20}. La actualización de 2022 ya no incluye la flexibilidad ni un intervalo de horas para los descansos ^{F21}. Las respuestas oficiales no se corrigen: se contestan con el criterio de 2015 del recuadro anterior.

EIR 2017 · 8

P78 · respuesta en el solucionario

Recomendación de actividad física en adultos: 150 min/semana aeróbica moderada

En relación a la actividad física es cierto que:

1. Un MET, o equivalente metabólico, es la cantidad de energía empleada por el organismo cuando se está activo (practicando algún tipo de ejercicio físico). De forma que cuando se está en reposo el cuerpo gasta 0 METs.
2. Las recomendaciones para población adulta a nivel internacional recomiendan una actividad aeróbica mínima de 150 minutos a la semana de actividad física moderada.
3. La actividad física se debe realizar en bloques de una duración mínima de 30 minutos.
4. Un adecuado estado de forma físico es un factor protector de mortalidad por todas las causas (Riesgo Relativo=1).

Recomendación de actividad física en adultos: 150 min/semana aeróbica moderada

Entre las recomendaciones sobre la práctica de ejercicio físico en una persona adulta sana NO se encuentra una de las siguientes:

1. Realizar 150 minutos a la semana de ejercicio anaeróbico vigoroso.
2. Realizar, al menos 2 días a la semana, actividades de fortalecimiento muscular y actividades para mejorar la flexibilidad.
3. Reducir los periodos sedentarios prolongados de más de 2 horas seguidas, realizando descansos activos cada una o dos horas.
4. Fomentar el transporte activo (caminar, ir en bici, ...).

Estrategia de promoción y prevención del SNS: recomendaciones de actividad física y sedentarismo

Según la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud, ¿Cuál de las siguientes Recomendaciones sobre actividad física en población adulta, NO es correcta?:

1. Realizar un mínimo de 150 minutos a la semana de actividad física moderada o un mínimo de 75 minutos a la semana de actividad vigorosa.
2. Deben realizarse ejercicios de fuerza (potenciación muscular) de los grandes grupos musculares al menos dos días a la semana.
3. Reducir los periodos sedentarios prolongados, realizando descansos activos cada tres o cuatro horas con sesiones cortas de estiramientos o dando un breve paseo.
4. Con el fin de mantener la amplitud de movilidad articular, se recomienda realizar series de ejercicios de flexibilidad dos veces a la semana.

Todas las preguntas del tema (64)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 87

P1 · respuesta en el solucionario

Según el modelo de Nutbeam, ¿cuáles son las tres dimensiones que conforman la alfabetización en salud?:

1. Funcional, interactiva y crítica.
2. Cognitiva, conductual y emocional.
3. Técnica, informativa y comunicativa.
4. Básica, funcional y comunitaria.

EIR 2026 · 84

P2 · respuesta en el solucionario

¿Qué es el consejo asistido o Counselling?:

1. Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud para mejorarla, incluyendo acciones sobre factores personales, sociales, ambientales y económicas.
2. Proceso interactivo basado en estrategias de enseñanza apoyada en recursos audiovisuales que ayuda a la persona a tomar decisiones adecuadas para sí misma, conforme a sus valores, intereses y estado emocional.
3. Proceso de enseñanza teórica expositiva, generalmente oral y apoyada en recursos audiovisuales, cuyo objetivo principal es la transmisión de información en la esfera de la actividad intelectual.
4. Proceso interactivo basado en estrategias de comunicación que ayuda a la persona a reflexionar y tomar decisiones adecuadas para sí misma, conforme a sus valores, intereses y estado emocional.

EIR 2026 · 82

P3 · respuesta en el solucionario

Según la nueva definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la “alfabetización en salud” hace referencia a:

1. Las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de las personas para acceder a la información, comprenderla y utilizarla de manera que promuevan y mantengan su salud.
2. Proceso orientado a empoderar a las personas para la toma de decisiones informadas, que combina oportunidades de aprendizaje planificadas que implican alguna forma de conocimiento y desarrollo de habilidades personales para mejorar la salud individual y comunitaria.
3. Habilidades para la promoción de la salud basada en el uso de estrategias para informar e influir en las decisiones individuales y comunitarias que mejoran la salud, abarcar procesos que faciliten el intercambio de información, promover cambios de comportamiento y apoyar la participación activa en la toma de decisiones relacionada con la salud.
4. El conocimiento y las competencias personales que se acumulan por medio de las actividades cotidianas, las interacciones sociales y entre generaciones. En los conocimientos y las competencias personales influyen las estructuras institucionales y la disponibilidad de recursos que permiten a las personas acceder a la información y a los servicios, así como comprenderlos, evaluarlos y utilizarlos de manera que promuevan y mantengan una buena salud para sí mismo y su entorno.

¿Cuál de las siguientes NO es una de las dimensiones del empoderamiento comunitario?:

1. Comunitaria o colectiva.
2. Individual.
3. Organizacional.
4. Familiar.

En un centro educativo se detecta un aumento en el uso de cigarrillos electrónicos entre adolescentes de 13 a 18 años. Para diseñar una intervención eficaz, se aplica el modelo PRECEDE con el fin de identificar los factores que influyen en esta conducta. Uno de los hallazgos es la baja percepción de riesgo sobre las consecuencias del vapeo. Según el modelo PRECEDE, este factor se clasifica como:

1. Factor reforzante.
2. Factor facilitador.
3. Factor limitante.
4. Factor predisponente.

Según la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980), ¿cuál de los siguientes componentes explica la presión social percibida para realizar una conducta?:

1. Creencias conductuales.
2. Actitud hacia la conducta.
3. Creencias normativas.
4. Normas subjetivas.

Existen múltiples técnicas educativas para realizar Educación Para la Salud, entre ellas, la técnica de las 9 cuestiones, que se caracteriza por:

1. Es una técnica de desarrollo de habilidades.
2. Se plantea la elaboración de un plan de acción comunitaria en grupos grandes.
3. Genera nuevas visiones, perspectivas y estrategias de afrontamiento de problemas.
4. Es una técnica de análisis a través de 9 preguntas: ¿qué?, ¿por qué?, ¿para qué?, ¿para quién?, ¿dónde?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿con qué? y ¿cuánto?.

Dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, en la etapa de actuación se incluye:

1. Desarrollar conocimientos.
2. Analizar diferentes aspectos.
3. Reflexionar sobre el área emocional.
4. Desarrollar recursos y habilidades.

En una revisión de atención al niño sano, el padre le dice a la enfermera: “Creo que Carlos es aún muy pequeño para hacer dieta. Además, seguro que cuando dé el estirón de la pubertad adelgazará”. ¿A qué estadio corresponde esta frase atendiendo al Modelo transteórico de predisposición al cambio de Prochaska y Di Clemente?:

1. Precontemplación.
2. Contemplación
3. Preparación.
4. Acción.

¿Cuál fue la aportación principal de la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Helsinki en 2013?

1. Abordaje de los determinantes de la salud, incluyendo aspectos nuevos como la promoción de la responsabilidad social.
2. Compromiso con el enfoque «Salud en todas las políticas».
3. La necesidad de establecer políticas públicas favorables a la salud.
4. Se centró en la relación entre la salud, sus determinantes y el empoderamiento de las personas.

¿En qué conferencia de la OMS se publicó la carta de Ottawa para la Promoción de la Salud?:

1. En la segunda conferencia en 1976.
2. En la primera conferencia en 1979.
3. En la tercera conferencia en 1984.
4. En la primera conferencia en 1986.

¿Qué tipo de aprendizaje NO se recomienda dentro de la metodología de la Educación para la Salud?:

1. Aprendizaje significativo.
2. Aprendizaje centrado en el discente.
3. Aprendizaje constructivista.
4. Aprendizaje conductivo.

A la hora de plantearse el diseño de un programa de Educación para la Salud (EpS), identifique la opción INCORRECTA:

1. La promoción y EpS deben responder a las diferentes necesidades de salud.
2. El área reconocida y prioritaria de intervención a tener en cuenta para su abordaje en promoción de la salud son los problemas de salud.
3. Los objetivos y planteamientos de la formación tendrán en cuenta conocimientos, actitudes y habilidades.
4. El programa de educación debe seguir una metodología diseñada previamente a su ejecución.

En la promoción de la salud basada en el modelo de activos para la salud, cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA:

1. En las intervenciones de salud comunitaria, la incorporación del modelo de activos para la salud puede reforzar aspectos relacionados con la equidad y el enfoque hacia los determinantes sociales.
2. El modelo de déficits, centrado en la resolución de los problemas de salud potenciando la medicalización y dependencia, y el modelo de activos de salud que aprovecha los talentos y habilidades de la comunidad, no pueden complementarse por resultar incompatibles en su enfoque.
3. La intersectorialidad y participación de intervenciones comunitarias podrían potenciarse utilizando el modelo de activos para la salud.
4. El modelo de activos aporta una perspectiva de la salud que fomenta que las comunidades se centren en aquello que mejora su salud y bienestar.

Las Rejillas como técnica formativa utilizada en Educación para la Salud se corresponde con:

1. Una técnica de investigación.
2. Una técnica expositiva.
3. Una técnica de análisis.
4. Una técnica de desarrollo de habilidades.

En qué etapa del proceso de cambio de Prochaska y Di Clemente se encuentra una persona que quiere dejar de fumar y que está disminuyendo el número de cigarrillos/día:

1. Contemplación.
2. Preparación.
3. Acción.
4. Mantenimiento.

Sobre el modelo de activos para la salud en Atención Primaria de Salud, indique la respuesta INCORRECTA:

1. El enfoque de activos se basa en la teoría de la salutogénesis desarrollada por Antonovsky basada en el modelo factorial denominado “sentido de la coherencia”.
2. El modelo de activos aporta claves fundamentales para abordar la promoción de la salud a nivel comunitario, y proporciona herramientas para trabajar desde diferentes niveles en Atención Primaria.
3. Se define activo de salud como cualquier factor o recurso que identifican profesionales sanitarios como potenciadores de la capacidad de individuos, comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar.
4. El modelo de activos para la salud supone una revitalización de las intervenciones de promoción de la salud y de salud comunitaria en términos de intersectorialidad, salud positiva, participación, equidad y orientación a los determinantes de la salud.

¿Con qué tipo de aprendizaje se debe trabajar desde la Educación para la Salud?:

1. Aprendizaje significativo.
2. Aprendizaje informal.
3. Aprendizaje personalizado.
4. Aprendizaje Blended.

Los factores personales tienen mucha influencia en los comportamientos en salud, pudiendo ser del área cognitiva, emocional o de habilidades. ¿Cuál de los siguientes factores pertenece al área emocional de la persona?:

1. Autoeficacia.
2. Capacidades cognitivas.
3. Habilidades psicomotoras.
4. Estilos de pensamiento.

Para reorganizar informaciones (transmitir informaciones, conceptos, esquemas interpretativos, etc.) dentro del proceso enseñanza-aprendizaje en Educación para la Salud, una de las técnicas de elección para su abordaje sería:

1. Rejillas.
2. Panel de expertos.
3. Role-playing.
4. Análisis de problemas.

La intervención educativa de tipo oportunista, de 2 a 10 minutos de duración, que incluye información y una propuesta motivadora de cambio, aprovechando el encuentro profesional corresponde a:

1. Educación grupal o colectiva.
2. Educación individual.
3. Educación particular.
4. Consejo breve.

R.F.F., de 56 años, acude a consulta de enfermería programada para control y seguimiento de su hipertensión. Durante la atención, hacemos educación individual para la promoción de la actividad física. En este sentido, ¿qué aspecto clave hay que valorar en la consulta?:

1. Se realizará un registro de la actividad física realizada en un mes por el paciente.
2. Se valorarán los periodos sedentarios de más de 3 horas.
3. Analizar las experiencias y vivencias del paciente respecto a la actividad física.
4. En aquellos pacientes que realicen periodos sedentarios de más de 3 horas de duración, se darán recomendaciones para evitarlos.

¿Cuál de las siguientes NO forma parte de las intervenciones de consejo y asesoramiento del modelo de las 5 recomendaciones 'A' de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)?:

1. Assess-Averiguar.
2. Agree-Acordar.
3. Accompany-Acompañar.
4. Arrange-Asegurar.

La tormenta de ideas como técnica formativa utilizada en educación para la salud se corresponde con:

1. Una técnica expositiva.
2. Una técnica de análisis.
3. Una técnica de investigación en el aula.
4. Una técnica de desarrollo de habilidades.

¿Cuáles son los elementos del aprendizaje experiencial de Kolb?:

1. Observación del Experto, Experimentación Activa, Aprendizaje.
2. Experiencia Concreta, Observación Reflexiva, Conceptualización Abstracta y Experimentación Activa.
3. Experiencia Concreta, Aprendizaje, Reflexión Abstracta.
4. Experimentación Activa, Pensamiento, Aprendizaje.

La alfabetización en salud hace referencia a:

1. A las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud.
2. A los cambios de comportamiento de los usuarios secundarios a un abordaje desde las condiciones sociales, ambientales, económicas y de uso de los sistemas sanitarios.
3. Al fortalecimiento de las capacidades de los individuos, ofreciendo no solo información, sino los conocimientos y las habilidades necesarias para que puedan hacerse responsables de su salud.
4. A las modificaciones individuales de comportamiento, determinado por las características personales y los factores socioculturales.

En qué año se celebró la 1ª Conferencia mundial sobre Promoción de Salud situada en Ottawa:

1. 1978.
2. 1882.
3. 1986.
4. 1991.

¿Cuál de las siguientes técnicas que se podrían utilizar en el desarrollo de un programa de Educación para la salud se consideran “Técnicas de Análisis”?:

1. Rejilla.
2. Fotopalabra.
3. Método del caso.
4. Role-playing.

En el proceso de aprendizaje de educación para la salud, ¿qué técnica podría ayudar a las personas a desarrollar habilidades concretas que les sirvan para introducir los cambios que se hayan propuesto?:

1. Confrontar incongruencias.
2. Demostración con entrenamiento.
3. Rejilla.
4. Phillips 66.

En Educación para la salud, la técnica “Información con discusión” consiste en:

1. Aportar información oral sobre un tema, facilitando las preguntas y la discusión.
2. Repetir los contenidos esenciales para su mejor comprensión y fijación.
3. Verificar la comprensión de los puntos claves del contenido.
4. Llamar la atención sobre algún aspecto que la persona no expresa o no lo expresa claramente.

¿Cuál de los siguientes Modelos de modificación de comportamientos en salud es un modelo de planificación de promoción de salud que está basado en la premisa de que el diagnóstico educacional debe de preceder al plan de intervención?:

1. El Modelo del proceso de precauciónadopción.
2. El Modelo del aprendizaje social.
3. El Modelo Precede-Procede.
4. El Modelo de acción razonada.

¿Cuáles son las etapas claves del cambio de conducta que abarca el modelo transteórico?:

1. Precontemplación, preparación, planificación, acción, mantenimiento y recaídas.
2. Contemplación preparación, planificación, acción, mantenimiento y recaídas.
3. Preparación, contemplación, preacción, acción y evaluación.
4. Precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaídas.

La forma más recomendable para realizar Educación para la Salud en la escuela es:

1. Constituir una asignatura específica sobre la salud.
2. Organizar charlas por expertos en la escuela.
3. Introducir la Educación para la Salud transversalmente en los currículos escolares.
4. Informar a los padres y profesores de los principales problemas de salud.

Según la definición que aporta el modelo radical de la Educación para la Salud, ¿qué personas serían las apropiadas para llevar a cabo el diseño de este programa de Educación para la Salud?:

1. Sólo los gestores, ya que sólo ellos pueden imponer medidas organizativas.
2. Toda la población en su conjunto.
3. Sólo los gestores, ya que poseen control sobre todo el proceso y pueden llevar una adecuada evaluación.
4. Sólo los profesionales sanitarios, ya que se trata de una cuestión que afecta a la salud.

Una persona padece Diabetes tipo 2 desde hace diez años. Actualmente se le está tratando con medicación oral, pero su enfermedad se está agravando, por lo que se le plantea la administración de insulina subcutánea. Refiere que no va a ser capaz de pincharse, comenta que su madre también era diabética, lo intentó y no pudo. Indique qué determinante conductual (para inyectarse la insulina) aparece en este caso, según el modelo de Creencias de Salud:

1. Actitud negativa.
2. Influencia social.
3. Presión social.
4. Autocontrol o autoeficacia.

Una persona acude a nuestra consulta de Atención Primaria para ver que dieta ha de seguir, refiere que se ha comprado un libro sobre consejos dietéticos hace meses. Ha decidido que quiere empezar a adelgazar ya. ¿En qué fase se encuentra según El Modelo de Etapas del Cambio o Transteórico?:

1. Precontemplación.
2. Contemplación.
3. Preparación.
4. Acción.

En un Centro de salud se ha llevado a cabo una intervención en Educación para la Salud con 15 pacientes, dirigida a reducir la prevalencia de trastornos de ansiedad. Los evaluadores analizaron el tiempo que duró cada sesión, así como el grado de participación. Podemos decir que se ha realizado una evaluación:

1. Evaluación de impacto.
2. Evaluación de resultado.
3. Evaluación de proceso.
4. Evaluación implementadora.

Se aplica una técnica de educación grupal para el desarrollo de conocimientos en diabetes en un grupo de 40 personas que padecen dicha enfermedad. El objetivo es que la totalidad maneje una considerable cantidad de información en poco tiempo, que la analice, sintetice y comparta en equipo. En un primer momento, cada uno de los integrantes de los equipos aborda la parte del material asignado (teoría y práctica). Todos tienen la responsabilidad de aprender el tema. Después se forma un nuevo equipo y cada uno de los integrantes de los equipos anteriores asume la responsabilidad de enseñar a sus nuevos compañeros el tema aprendido en el primer momento. Al finalizar la aplicación de la técnica, la totalidad de la población debe manejar los contenidos de la clase. ¿Cómo se denomina esta técnica educativa grupal?:

1. Phillips 8/8.
2. Rejilla.
3. Técnica de Bronfenbrenner.
4. Técnica Delphi.

La declaración de YAKARTA identifica como una prioridad en el trabajo en promoción de salud:

1. Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
2. Reorientar los servicios públicos.
3. Desarrollar habilidades personales.
4. Promover el concepto de atención primaria en todos los países.

Según el modelo transteórico de las etapas del cambio de Prochaska y Diclemente, cuando una persona es consciente de que el hábito tabáquico es nocivo para su salud y piensa en dejarlo, pero aún no se ha comprometido, diremos que se encuentra en fase:

1. Precontemplativa.
2. Contemplativa.
3. Preparativa.
4. De acción.

El U.S. Preventive Task Force (USPSTF) recomienda la adopción de la estrategia de intervención de las 5 Aes para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo sobre los principales factores de riesgo. Indica cuál es el orden que se tiene que seguir:

1. Assess (Averiguar); Agree (Acordar); Advice (Aconsejar); Assist (Ayudar); Arrange (Asegurar).
2. Assess (averiguar); Advice (Aconsejar); Agree (Acordar); Assist (Ayudar); Arrange (Asegurar).
3. Assess (Averiguar); Assist (Ayudar); Advice (Aconsejar); Arrange (Asegurar); Agree (Acordar).
4. Assess (Averiguar); Advice (Aconsejar); Agree (Acordar); Arrange (Asegurar); Assist (Ayudar).

Señale la respuesta INCORRECTA sobre lo que se expone en la Carta de Ottawa:

1. Dispone la equidad como requisito previo a la salud.
2. La salud se contempla como el objetivo de la vida.
3. Entre sus acciones de promoción de la salud implica elaborar una política pública saludable.
4. Dispone de tres estrategias: abogar, mediar y capacitar.

Señale la respuesta correcta. De entre los siguientes medios de comunicación, ¿cuál se considera de coste alto por persona expuesta?:

1. Folletos.
2. Vallas.
3. Cartas postales.
4. Radio.

Señale la respuesta correcta. Según Salleras, la complejidad del mensaje de los carteles en interiores de centros sanitario debe ser:

1. Baja.
2. Media.
3. Media-Alta.
4. Alta.

Acude a consulta de enfermería un hombre de 55 años para seguimiento de HTA recién diagnosticada. En la valoración comenta que es fumador de 15 cigarros al día. Aprovechando la oportunidad de la consulta, la enfermera le proporciona información sobre la importancia de dejar de fumar y le ofrece apoyo si decide dejarlo. Este tipo de intervención de EpS se considera:

1. Consejo/Información.
2. Atención individual.
3. Promoción de la salud.
4. EpS demandada.
5. Todas son correctas.

Teniendo en cuenta la clasificación de la OMS de los métodos y medios de educación para la salud, las campañas de prevención de accidentes de tráfico llevadas a cabo en televisión se consideran un método:

1. Indirecto y visual.
2. Directo y visual.
3. Indirecto y audiovisual.
4. Mixto.
5. Mixto, sonoro, visual y audiovisual.

En el control de enfermedades crónicas que requieren de un tratamiento continuo, uno de los principales retos para la enfermera de atención primaria, es el favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico y dar recomendaciones relacionadas con los estilos de vida. De las siguientes recomendaciones, ¿cuál NO estaría indicada para fomentar dicha adhesión?:

1. Proporcionar consejos claros sobre los beneficios y posibles efectos adversos del tratamiento y sobre la posología y la duración del mismo.
2. Tener en cuenta los hábitos y preferencias del paciente.
3. Utilizar dietas y tablas de ejercicios estandarizadas que disminuyan la monitorización.
4. Establecer una relación terapéutica basada en la entrevista motivacional.
5. Ofrecer sesiones múltiples o combinadas de intervenciones conductuales.

Se organiza un programa de Educación para la Salud (EpS) grupal dirigido a mujeres en la etapa del climaterio. Una de las sesiones tiene como objetivo conocer cómo están viviendo dicha etapa y cómo les está afectando a nivel personal y familiar. La técnica de EpS más adecuada es:

1. Rejilla.
2. Tormenta de ideas.
3. Phillips 6/6.
4. Fotopalabra.
5. Todas son adecuadas.

En el área de salud, se identifican problemas de seguridad en dos centros escolares. Para abordar la situación se desarrollan sesiones educativas con padres-madres y profesores de los centros, se elaboran carteles de prevención, se recogen firmas para apoyar la eliminación de los puntos negros y se consigue terminar con los riesgos y crear una normativa que favorezca la seguridad de los centros escolares. Este tipo de intervención se considera:

1. Promoción de la salud.
2. Consejo e información.
3. Educación para la salud individual.
4. Educación para la salud grupal.
5. Educación para la salud masiva.

Según la Organización Mundial de la Salud, la acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos, recibe el nombre de:

1. Evaluación del Impacto de Salud.
2. Educación para la Salud.
3. Intervención participativa en Salud.
4. Empoderamiento.
5. Transición Educativa en Salud.

Entre los objetivos específicos que ha elaborado con el fin de hacer una intervención de educación para la salud, encaminada a facilitar a las personas de 65 y más años la incorporación de actividades preventivas para el golpe de calor en los autocuidados diarios, identifique el que está INCORRECTAMENTE formulado:

1. Enseñar a las personas de 65 y más años los signos y los síntomas del golpe de calor, durante las dos primeras sesiones, de las 10 totales.
2. Seleccionar el vestido-calzado pertinente para utilizar durante la época de calor en el lugar de la residencia, al finalizar la 3ª sesión.
3. Enunciar las actividades que más se hacen cada día y que están influenciadas por el exceso de calor, al finalizar todas las sesiones.
4. Señalar en una lista de 15 alimentos, los que facilitan la hidratación corporal, al final de la 2ª sesión y con un máximo de 3 errores.
5. Argumentar cada una de las acciones que hay que hacer cuando ocurra un golpe de calor, pasada una semana desde el final de la intervención.

Una enfermera se propone realizar una sesión de educación para la salud con un grupo de pacientes con colostomía. ¿Qué técnica es la más adecuada si tiene como objetivo educativo fomentar el aprendizaje del manejo de la bolsa de colostomía?:

1. Lluvia de ideas.
2. Simulación.
3. Videofórum.
4. Charla.
5. Rejilla.

Según Prochaska y Di Clemente, una persona que se plantea dejar de fumar en los próximos 3 meses y está abierta a recibir información, se encuentra en la siguiente fase de cambio de conducta:

1. Precontemplación.
2. Contemplación.
3. Preparación.
4. Acción.
5. Entre la precontemplación y la contemplación.

Usted va a participar en una intervención de educación para la salud con niños y niñas con la finalidad de capacitarles para el autocuidado bucodental. Mientras revisa los objetivos específicos de aprendizaje seleccionados para ellos/ellas, detecta que existe uno que está incorrectamente formulado. Identifíquelo:

1. Identificar los alimentos que deben ser excluidos de la dieta, al finalizar la sesión.
2. Explicar el mecanismo de formación de la caries dental, al finalizar la sesión.
3. Enseñar la técnica correcta del cepillado dental durante la 3ª sesión.
4. Señalar en una lista de 30 alimentos aquellos que son cariogénicos, con un máximo de 2 errores, al finalizar la intervención educativa.
5. Referir la necesidad de no ingerir alimentos cariogénicos, al finalizar la intervención educativa.

El proceso mediante el cual las personas o comunidades adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a la salud, se corresponde con el concepto de:

1. Consentimiento informado.
2. Conciliación comunitaria.
3. Empoderamiento.
4. Participación comunitaria.
5. Mediación.

Una actividad de educación para la salud consiste en:

1. Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales las personas pueden mejorar y proteger su salud incluyendo el uso más eficaz de los servicios sanitarios del país.
2. Desarrollar y aplicar un programa de crónicos con el fin de mejorar las condiciones de vida del grupo concreto.
3. Llevar a cabo un plan de intervención interdisciplinar, con objetivos comunes de equipo.
4. Motivar a los profesionales para que inicien intervenciones dirigidas a propiciar prácticas y hábitos saludables en la población.
5. Todas pueden considerarse actividades de educación para la salud.

La educación para la salud es una actividad fundamental de la enfermería en los diferentes ámbitos de su ejercicio profesional. ¿Con qué función se corresponde cuando se realiza en el ámbito de la atención primaria de salud?:

1. Administradora o de gestión.
2. Investigadora.
3. Docente.
4. Asistencial.
5. De consulta o consejo.

En una charla de Educación para la Salud a un grupo de escolares sobre la prevención del cáncer pulmonar, ¿cuál de las siguientes indicaciones le parece más relevante transmitir para su prevención?:

1. No fumar.
2. No permanecer en ambientes con humo.
3. No beber alcohol.
4. Consumir una dieta rica en frutas y verduras.
5. Todas son igual de relevantes.

La señora López tiene que seguir una dieta determinada, y la enfermera planifica una serie de intervenciones para que la lleve a cabo. ¿Cuál de las siguientes NO es una intervención dirigida a motivar a la paciente?:

1. Establecer un sistema de control sobre lo que come y no come cada día.
2. Marcar con la señora López los objetivos que se quieren lograr.
3. Apoyar y aprobar los esfuerzos y logros realizados.
4. Recomendarle que participe en un grupo de autoayuda.
5. Tratar el bajo rendimiento como un problema que hay que solucionar, proponiendo alternativas que ayuden a mejorar el comportamiento.

El modelo de Educación para la Salud que considera que las decisiones adoptadas por los usuarios en relación con las pautas preventivas o terapéuticas recomendadas, guardan una estrecha relación con las creencias y valores que él mismo tiene sobre la salud, se refiere al Modelo de:

1. Aprendizaje del comportamiento.
2. Creencia de salud.
3. PRECEDE.
4. Integral.
5. Reforzador de conductas.

La actividad que realiza una enfermera con un grupo de personas con diabetes mellitus tipo II, para adiestrar a los pacientes en el manejo de tablas de equivalencias de alimentos, la autorregulación de dosis de insulina y el conocimiento de complicaciones tardías y su prevención, se corresponde con la fase de educación sanitaria:

1. Inicial.
2. De profundización.
3. De aplicación.
4. Intermedia.
5. Inmediata.

Un modelo de educación para la salud que propone alternativas de cambio social, ligando la morbilidad a la estructura socioeconómica e intenta reducir las desigualdades y potenciar la participación, responde a un enfoque de educación:

1. Informativa.
2. Comportamental.
3. Participativa.
4. Complementaria.
5. Actitudinal.

La intervención educativa que da mensajes cortos y claros, en voz alta y mirando al paciente a los ojos para comprobar si los entiende, sería apropiada para:

1. Pacientes con pluripatología.
2. Analfabetos.
3. Ancianos.
4. Niños.
5. Familiares de enfermos crónicos.

El método PRECEDE (Predisponer, reforzar y causas que hacen posible el diagnóstico y evaluación educacional) permite planificar la educación para la salud de la población. ¿Cómo se denomina la tercera fase?:

1. Diagnóstico epidemiológico.
2. Diagnóstico del comportamiento.
3. Diagnóstico social.
4. Diagnóstico educacional.
5. Diagnóstico administrativo.

Preguntas que también podrían ser de este tema (19)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2025 · 202

P65 · respuesta en el solucionario

¿Qué es un activo para la salud en acción comunitaria?:

1. Bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población y cuyo inventario aporta información valiosa para estudiar su distribución por áreas e identificar focos de acción para un posterior desarrollo o potenciación de los mismos.
2. Recurso que es reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas. Supone una mirada subjetiva.
3. Recurso que es reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva y mirada objetiva de las personas implicadas.
4. Bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población. Supone una mirada objetiva.

EIR 2024 · 92

P66 · respuesta en el solucionario

¿En qué Conferencia de Promoción de la Salud de la OMS se recoge la necesidad de asumir compromisos mundiales destinados a lograr resultados sanitarios y sociales equitativos, sin destruir la salud de nuestro planeta?:

1. Ginebra 2021.
2. Shanghai 2016.
3. Helsinki 2013.
4. Nairobi 2009.

EIR 2023 · 41

P67 · respuesta en el solucionario

A qué se refiere un “recurso reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas”:

1. Activo.
2. Recurso.
3. Proceso de empoderamiento.
4. Producto saludable.

Según la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud, ¿Cuál de las siguientes Recomendaciones sobre actividad física en población adulta, NO es correcta?:

1. Realizar un mínimo de 150 minutos a la semana de actividad física moderada o un mínimo de 75 minutos a la semana de actividad vigorosa.
2. Deben realizarse ejercicios de fuerza (potenciación muscular) de los grandes grupos musculares al menos dos días a la semana.
3. Reducir los periodos sedentarios prolongados, realizando descansos activos cada tres o cuatro horas con sesiones cortas de estiramientos o dando un breve paseo.
4. Con el fin de mantener la amplitud de movilidad articular, se recomienda realizar series de ejercicios de flexibilidad dos veces a la semana.

De las siguientes definiciones, ¿cuál se refiere a la de promoción de la salud?:

1. Conjunto de medidas necesarias para evitar el desarrollo de enfermedades.
2. Intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominio en las poblaciones.
3. Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.
4. Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar.

Entre los llamados mecanismos de participación comunitaria encontramos los grupos de apoyo, que hacen referencia a:

1. Grupos de personas sanas o enfermas vinculadas por un problema similar, con la expectativa de que las dinámicas grupales generadas ayuden a mejorar determinados aspectos de la evolución de los pacientes.
2. Grupo de personas que suelen representar a diferentes colectivos sociales y a varios sectores con repercusión sobre la salud, profesionales de los servicios sanitarios, que entablan diálogos compartidos en torno a la salud.
3. Personas que, por sus intereses, inquietudes, actividad desarrollada o por captación del sistema sanitario, reciben formación para realizar tareas de promoción de salud con sus pares y conciudadanos, de manera voluntaria y sin vinculación administrativa con el sistema sanitario.
4. Profesionales de la salud que realizan tareas de promoción y prevención para la población mejorando la capacitación de usuarios, familias y comunidad.

La 9ª Conferencia mundial sobre Promoción de Salud celebrada en Shanghai en el año 2016, incorpora como novedad una estrategia clave para promover la salud y el desarrollo sostenible que trata de:

1. Destacar determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.
2. La necesidad de promover el concepto de Atención Primaria en todos los países y su desarrollo.
3. Un foro internacional de alcaldes que culmina con la adopción del Consenso sobre Ciudades Saludables.
4. La participación como elemento esencial para sostener los esfuerzos en salud. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud, de los procesos y de la toma de decisiones.

Entre las recomendaciones sobre la práctica de ejercicio físico en una persona adulta sana NO se encuentra una de las siguientes:

1. Realizar 150 minutos a la semana de ejercicio anaeróbico vigoroso.
2. Realizar, al menos 2 días a la semana, actividades de fortalecimiento muscular y actividades para mejorar la flexibilidad.
3. Reducir los periodos sedentarios prolongados de más de 2 horas seguidas, realizando descansos activos cada una o dos horas.
4. Fomentar el transporte activo (caminar, ir en bici, ...).

De las siguientes afirmaciones sobre la Carta presentada en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, señale la respuesta correcta:

1. Se define por primera vez el concepto de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. La Carta de Ottawa identifica diez acciones de promoción de salud.
3. La salud se contempla como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida.
4. Entre sus objetivos plantea promover el concepto de la atención primaria de salud en todos los países.

Se entiende por promoción de salud:

1. Una estrategia que tiene varios elementos comprendiendo en forma integrada varios programas dirigidos a poblaciones para la salud general.
2. Conjunto de instrumentos y decisiones de una determinada sociedad que asigna funciones sociales y a su vez recursos para alcanzar una meta de salud de una población.
3. Proceso político y social global dirigido a que las personas incrementen su control sobre los determinantes de salud.
4. Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Los agentes implicados en un proceso de participación comunitaria son tres (señale la respuesta correcta):

1. Servicios que incluyen técnicos y profesionales, ciudadanía y la administración.
2. Profesionales de Trabajo Social, Medicina y Enfermería.
3. Políticos, personal sanitario y personal del ámbito educativo.
4. Personal sanitario, personal del ámbito educativo y personal del sector social.

Sería una estrategia de promoción de salud:

1. Instalación de máquinas expendedoras de preservativos en la red de Metro e intercambiadores de transporte.
2. Equipamiento y entrenamiento de profesionales para la ampliación de las enfermedades congénitas a incluir en las pruebas de cribado.
3. Creación de Foros de integración y mesas de convivencia en zonas en riesgo de exclusión.
4. Taller sobre accidentes en población mayor, para su ejecución en el centro de salud, que actualice y favorezca la reflexión sobre lesiones y facilite el entrenamiento de habilidades.

Según el modelo de salud comunitaria basado en activos, ¿cuáles diría que son los elementos que determinan qué es un activo en salud?: (Señale la respuesta INCORRECTA):

1. Aquellos que mejoren la capacidad de las personas, poblaciones e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar.
2. Aquellos que pueden actuar a nivel individual, familiar o comunitario como elementos protectores para contrarrestar situaciones de estrés.
3. Aquellos factores que sean definidos por el profesional sanitario desde el centro de salud.
4. Aquellos factores que implican un cambio en la mirada de las poblaciones e instituciones al contexto y se centran en aquello que mejora la salud.

En relación a la actividad física es cierto que:

1. Un MET, o equivalente metabólico, es la cantidad de energía empleada por el organismo cuando se está activo (practicando algún tipo de ejercicio físico). De forma que cuando se está en reposo el cuerpo gasta 0 METs.
2. Las recomendaciones para población adulta a nivel internacional recomiendan una actividad aeróbica mínima de 150 minutos a la semana de actividad física moderada.
3. La actividad física se debe realizar en bloques de una duración mínima de 30 minutos.
4. Un adecuado estado de forma físico es un factor protector de mortalidad por todas las causas (Riesgo Relativo=1).

Un reforzador negativo tiene como fin:

1. La reducción de la frecuencia de una conducta no deseada.
2. La eliminación de una conducta.
3. El moldeamiento de una conducta compleja.
4. La promoción de nuevas conductas o el fortalecimiento de una conducta ya existente.

Acude a la consulta Mar con su hijo de 18 meses y su madre Carmen, viuda de 67 años que actualmente cuida de su nieto. Durante la entrevista Mar refiere “mi madre está siempre intentando que mi hijo coma un huevo al día porque dice que es necesario para que crezca fuerte”. Esta afirmación confirmada por Carmen refleja en la abuela el concepto de:

1. Acción de autocuidado.
2. Creencia sobre la salud.
3. Conducta positiva de salud.
4. Protección ineficaz.

La idea expresada por la Organización Mundial de la Salud como: Un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y de las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad sobre la salud y la capacidad de actuar en el desarrollo comunal, se refiere al concepto de:

1. Salud Comunitaria.
2. Atención Primaria de Salud.
3. Participación Comunitaria.
4. Intersectorialidad.
5. Salud Pública.

En un plan de cuidados, un objetivo encaminado a conseguir un cambio de actitudes de la persona respecto a sus hábitos alimentarios, se referirá al dominio:

1. Psicomotor.
2. Cognitivo.
3. Fisiológico.
4. Social.
5. Afectivo.

La Conferencia de Ottawa, celebrada en el año 1986, es conocida también como:

1. Conferencia de Alma Ata.
2. Conferencia de los 35 objetivos de salud.
3. Hacia una nueva salud pública.
4. Salud para todos en el año 2000.
5. Conferencia de Adelaida.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 87	1	
P2	EIR 2026 · 84	4	
P3	EIR 2026 · 82	4	
P4	EIR 2026 · 78	4	
P5	EIR 2026 · 76	4	
P6	EIR 2026 · 51	4	
P7	EIR 2024 · 95	1	
P8	EIR 2023 · 53	4	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2023 · 29	1	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2023 · 17	2	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2023 · 16	4	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2022 · 187	4	
P13	EIR 2022 · 184	2	
P14	EIR 2021 · 167	2	
P15	EIR 2021 · 154	1	
P16	EIR 2020 · 85	2	
P17	EIR 2020 · 78	3	
P18	EIR 2020 · 77	1	
P19	EIR 2020 · 75	1	
P20	EIR 2020 · 73	2	
P21	EIR 2019 · 220	4	hoja del archivo oficial
P22	EIR 2019 · 218	3	hoja del archivo oficial
P23	EIR 2019 · 216	3	hoja del archivo oficial
P24	EIR 2019 · 205	3	hoja del archivo oficial
P25	EIR 2019 · 24	2	hoja del archivo oficial

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2018 · 182	1	hoja del archivo oficial
P27	EIR 2018 · 177	3	hoja del archivo oficial
P28	EIR 2018 · 175	3	hoja del archivo oficial
P29	EIR 2018 · 174	2	hoja del archivo oficial
P30	EIR 2018 · 173	1	hoja del archivo oficial
P31	EIR 2018 · 172	3	hoja del archivo oficial
P32	EIR 2018 · 171	4	hoja del archivo oficial
P33	EIR 2017 · 219	3	
P34	EIR 2017 · 44	2	
P35	EIR 2017 · 43	4	
P36	EIR 2017 · 42	3	
P37	EIR 2017 · 41	3	
P38	EIR 2017 · 40	2	
P39	EIR 2017 · 39	1	
P40	EIR 2017 · 10	2	
P41	EIR 2017 · 6	2	
P42	EIR 2016 · 97	2	hoja del archivo oficial
P43	EIR 2016 · 96	3	hoja del archivo oficial
P44	EIR 2016 · 73	1	hoja del archivo oficial
P45	EIR 2015 · 152	1	reconstruida por un tercero
P46	EIR 2015 · 143	3	reconstruida por un tercero
P47	EIR 2015 · 130	3	reconstruida por un tercero
P48	EIR 2015 · 128	5	reconstruida por un tercero
P49	EIR 2015 · 127	1	reconstruida por un tercero
P50	EIR 2014 · 135	2	reconstruida por un tercero
P51	EIR 2014 · 127	1	reconstruida por un tercero

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P52	EIR 2013 · 122	2	reconstruida por un tercero
P53	EIR 2013 · 121	2	reconstruida por un tercero
P54	EIR 2013 · 111	3	reconstruida por un tercero
P55	EIR 2013 · 106	3	reconstruida por un tercero
P56	EIR 2012 · 75	1	reconstruida por un tercero
P57	EIR 2011 · 75	4	
P58	EIR 2011 · 36	1	
P59	EIR 2011 · 21	1	
P60	EIR 2010 · 107	2	reconstruida por un tercero
P61	EIR 2009 · 78	2	reconstruida por un tercero
P62	EIR 2007 · 68	3	reconstruida por un tercero
P63	EIR 2005 · 93	3	reconstruida por un tercero
P64	EIR 2004 · 37	2	reconstruida por un tercero
P65	EIR 2025 · 202	2	
P66	EIR 2024 · 92	1	
P67	EIR 2023 · 41	1	hoja del archivo oficial
P68	EIR 2018 · 218	3	hoja del archivo oficial
P69	EIR 2018 · 184	3	hoja del archivo oficial
P70	EIR 2018 · 181	1	hoja del archivo oficial
P71	EIR 2018 · 176	3	hoja del archivo oficial
P72	EIR 2017 · 213	1	
P73	EIR 2017 · 184	3	
P74	EIR 2017 · 38	3	
P75	EIR 2017 · 37	1	
P76	EIR 2017 · 34	3	
P77	EIR 2017 · 33	3	

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P78	EIR 2017 · 8	2	
P79	EIR 2016 · 232	4	hoja del archivo oficial
P80	EIR 2016 · 95	2	hoja del archivo oficial
P81	EIR 2012 · 74	3	reconstruida por un tercero
P82	EIR 2012 · 12	5	reconstruida por un tercero
P83	EIR 2006 · 68	3	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: Glosario (WHO/HPR/HEP/98.1). Ginebra: OMS, 1998; traducción y adaptación del Ministerio de Sanidad y Consumo. · <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/glosario/docs/glosario.pdf> · consultada 2026-09-24
- **F2** World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021. Ginebra: WHO, 2021. · <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/96da8799-4938-4d66-b171-04770ed4b243/content> · consultada 2026-09-24
- **F3** OMS / Ministerio de Sanidad. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, 21 de noviembre de 1986 (versión española). · <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/docs/CartaOttawa.pdf> · consultada 2026-09-24
- **F4** Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259-267. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (01/06/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108> · consultada 2026-09-28
- **F5** Del Arco I (ed.). Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud. Cátedra DOTS, Universitat de Lleida, 2021 (cap. 2: niveles o dimensiones del empoderamiento). · <https://cv.udl.cat/access/content/group/32d8844c-b31f-483b-8e6e-7f6935291cac/Monogr%C3%A0fics%20DOTS/MONOGRAFICO%20DOTS%204%20REVISADO.pdf> · consultada 2026-09-24
- **F6** Pérez Jarauta MJ, Echaurren Ozcoide M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de Educación para la Salud. Instituto de Salud Pública, Gobierno de Navarra, 2006 (DL NA 527-2013; reimpresión 2022). · https://portalsalud.navarra.es/documents/11746728/15489017/MANUALEpS2013_sincruces1.pdf/838b840b-0d8c-c895-a46e-1523bfa12d19?t=1754982625807 · consultada 2026-09-24
- **F7** World Health Organization. The Geneva Charter for Well-being. 10th Global Conference on Health Promotion, diciembre de 2021. · <https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being> · consultada 2026-09-24
- **F8** World Health Organization. 9th Global conference on health promotion: Global leaders agree to promote health in order to achieve Sustainable Development Goals. Nota de prensa, 21 de noviembre de 2016. · <https://www.who.int/news/item/21-11-2016-9th-global-conference-on-health-promotion-global-leaders-agree-to-promote-health-in-order-to-achieve-sustainable-development-goals> · consultada 2026-09-24
- **F9** World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. 8th Global Conference on Health Promotion (Helsinki, 2013). Ginebra: WHO, 2014. · <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908> · consultada 2026-09-24
- **F10** World Health Organization. Seventh Global Conference on Health Promotion (Nairobi, 2009): serie de conferencias mundiales de promoción de la salud desde Ottawa 1986. · <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference> · consultada 2026-09-24
- **F11** Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en común para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021 (edición 2025, 1.ª edición corregida). · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf · consultada 2026-09-24

- **F12** Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, Paredes-Carbonell JJ, Hernán M. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Informe SESPAS 2016. Gaceta Sanitaria. 2016;30(Supl 1):93-98. Paginación comprobada en PubMed (PMID 27481068). · <https://gacetasanitaria.org/es-promocion-salud-basada-activos-como-articulo-S02139111630125X> · consultada 2026-09-28
- **F13** Ministerio de Sanidad y Consumo. Formación en promoción y educación para la salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS. Octubre de 2003. · <https://www.sanidad.gob.es/en/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/docs/formacionSalud.pdf> · consultada 2026-09-24
- **F14** Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (texto consolidado), arts. 19.2, 24.5 y 25.6. BOE. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-7899> · consultada 2026-09-24
- **F15** National Cancer Institute (NIH). Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. 2.ª ed. 2005. · <https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/theory.pdf> · consultada 2026-09-24
- **F16** Ajzen I. Theory of Planned Behavior: Subjective Norm (web del autor, University of Massachusetts Amherst). · <https://people.umass.edu/ajzen/sn.html> · consultada 2026-09-24
- **F17** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2013 (2014). · <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf> · consultada 2026-09-24
- **F18** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Madrid, 2015. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf · consultada 2026-09-24
- **F19** Martí-Gil C, Barreda-Hernández D, Marcos-Pérez G, Barreira-Hernández D. Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. Farmacia Hospitalaria. 2013;37(3). doi:10.7399/FH.2013.37.3.559. · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432013000300007 · consultada 2026-09-24
- **F20** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2015 (NIPO 680-15-101-7). Ya no la publica el Ministerio: copia de la Wayback Machine de su URL oficial (msssi.gob.es), 7 de febrero de 2017. · https://web.archive.org/web/20170207115416/http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf · consultada 2026-09-24
- **F21** Ministerio de Sanidad. Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. Actualización 2022. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2022. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/actividadFisica/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf · consultada 2026-09-24
- **F22** Ajzen I. Theory of Planned Behavior: Normative Beliefs (web del autor, University of Massachusetts Amherst). · <https://people.umass.edu/ajzen/nb.html> · consultada 2026-09-25
- **F23** Ajzen I. Curriculum vitae (web del autor, University of Massachusetts Amherst), apartado «Books». Revisión de septiembre de 2026. · <https://people.umass.edu/ajzen/pdf/Ajzen%20CV%20online.pdf> ·

consultada 2026-09-28

- **F24** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E (eds.). Nursing: Health Promotion, cap. 13, apartado 13.2 Developmental Theories (Behaviorism). Chippewa Valley Technical College, 2025, CC-BY 4.0. Texto leído en el paquete oficial del libro en el FTP de NCBI (<ftp.ncbi.nlm.nih.gov/pub/litarch/>), openrnhp_NBK615319), porque la web del editor ([wtcs.pressbooks.pub](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK615351/)) devuelve 403 a la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK615351/> · consultada 2026-09-28
- **F25** Kolb DA. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. 2.ª ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson, 2015 (el extracto lleva «© 2014 by Pearson Education»). Extracto (prefacio e introducción) publicado en la web de Experience Based Learning Systems, la organización del autor. · <https://learningfromexperience.com/books/experiential-learning-experience-as-the-source-of-learning-and-development-book-excerpt.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F26** Díaz-Véliz G, Mora S, Lafuente-Sánchez JV, Gargiulo PA, Bianchi R, Terán C, et al. Estilos de aprendizaje de estudiantes de medicina en universidades latinoamericanas y españolas: relación con los contextos geográficos y curriculares. Educación Médica. 2009;12(3). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000400008 · consultada 2026-09-28
- **F27** Pérez Alonso E, Cofiño R, García Blanco D, Hernán García M. Orientaciones didácticas para la acción comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2023 (NIPO 133-23-002-X); Anexo I, Técnicas educativas. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/OrientacionesDidacticas_AccionComunitaria.pdf · consultada 2026-09-28
- **F28** Chehaybar y Kuri E. Técnicas para el aprendizaje grupal: grupos numerosos. 4.ª ed. México: UNAM, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación, 2012 (ISBN de la versión impresa 978-607-02-3342-5; el PDF lleva el ISBN 978-607-02-5815-2), técnica «Rejilla», pp. 53-54. · <https://www.iisue.unam.mx/publicaciones/descargas/tecnicas-para-el-aprendizaje-grupal-grupos-numerosos.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F29** Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo; Servicio Extremeño de Salud. Guía de Educación Diabetológica. Terapia individual y en grupo, parte 1. 2006 (ISBN 84-95872-62-5), pp. 24-26. · https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/Parte%201.%20Gu%C3%ADa%20de%20Educaci%C3%B3n%20Diabetologica.pdf · consultada 2026-09-28
- **F30** Servicio Gallego de Salud. Recomendaciones para una comunicación efectiva con el paciente. Manual de estilo de los profesionales del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela, 2014 (atención a las personas mayores, p. 28). · https://www.sergas.gal/Calidade-e-seguridade-do-paciente/Documents/5/Manual_de_Estilo_Profesionales_cas%20definitivo%2029012015.pdf · consultada 2026-09-28
- **F31** Castellanos Robayo J. Enfoques estratégicos regionales para la extensión de la cobertura de los servicios de salud (reseña). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1981;90(3):245-257 (p. 248). Repositorio institucional de la OPS (IRIS). · <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/5fc99889-add9-4724-ad52-6f476f22cf48/content> · consultada 2026-09-28
- **F32** Organisation mondiale de la Santé. Planification et évaluation des services d'éducation sanitaire. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS. Série de rapports techniques n° 409. Genève: OMS, 1969; § 2.1, p. 8 (versión francesa; la versión española, «Planificación y evaluación de servicios de educación sanitaria», está en IRIS con el identificador 10665/38471 y traduce el pasaje de otro modo). PDF escaneado en IRIS, leído por reconocimiento óptico y cotejado sobre la imagen de la página. · <https://iris.who.int/handle/10665/37952> · consultada 2026-09-28

- **F33** Serrano Poveda ME. Introducción en educación para la salud: fundamentos, claves y conceptos básicos. Form Act Pediatr Aten Prim (FAPap, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria). 2012;5(4):246-57 (objetivos de la EpS, p. 250). · <https://fapap.es/articulo/225/introduccion-en-educacion-para-la-salud-fundamentos-claves-y-conceptos-basicos> · consultada 2026-09-28
- **F34** Valadez Figueroa I, Villaseñor Farías M, Alfaro Alfaro N. Educación para la Salud: la importancia del concepto. Revista de Educación y Desarrollo (Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara). 2004;1:43-48. · https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf · consultada 2026-09-28
- **F35** Morosini MV, Fonseca AF, Pereira IB. Educação em saúde. En: Pereira IB, Lima JCF (orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2008, pp. 155-162 (Quadro 1, p. 159, fuente: Stotz, 1993, a partir de Tones, 1987). · <https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F36** Green LW. The PRECEDE-PROCEED Model: Origins and Evolution. Web del autor (PRECEDE-PROCEED Model, Lawrence W. Green), apartados «Origins of PRECEDE-PROCEED» y «Evolution of PRECEDE-PROCEED». · <https://www.lgreen.net/precede-proceed> · consultada 2026-09-28
- **F37** Green LW. The PRECEDE-PROCEED Model 2022 Edition. Health Program Planning, Implementation, and Evaluation: Creating Behavioral, Environmental, and Policy Change (Johns Hopkins University Press, 2022). Web del autor (PRECEDE-PROCEED Model, Lawrence W. Green). · <https://www.lgreen.net/precede-proceed-2022-edition> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Salleras (en Piédrola Gil): complejidad del mensaje de los carteles en centros sanitarios (EIR2016-073) y coste por persona expuesta de los medios de comunicación (EIR2016-096). La clasificación directos/indirectos ya está en la teoría (F6); estos dos datos no. Refuerzo del 28/09/2026 (dos pasadas, la segunda con unas 35 búsquedas en español, catalán, inglés y francés): el libro de Salleras (Díaz de Santos) y el capítulo de Piédrola Gil (Elsevier) son de pago y sin muestra de la editorial; no traen la tabla de medios los artículos de Salleras en PubMed, su artículo de 1981 en la Revista de Sanidad e Higiene Pública (escaneo del Ministerio), el «Pink Book» del NCI, el manual de comunicación social de la OPS (2001), la guía de comunicación en nutrición de la FAO, la guía de estrategia de comunicación de la Universidad Johns Hopkins (2003) ni la FAPap (2012). Solo aparece en copias de terceros, que no valen. Pista abierta: otros artículos de Salleras de 1982-1986 en la Revista de Sanidad e Higiene Pública (Dialnet devolvía 503).
- Clasificación de Salleras aplicada a la televisión (EIR2015-143, respuesta reconstruida «indirecto y audiovisual»): el Manual de Navarra la reproduce como «indirectos mixtos: cine, vídeo, televisión». Refuerzo del 28/09/2026: la obra original sigue sin poder consultarse (de pago, sin muestra); la etiqueta «audiovisuales» solo aparece en copias de terceros y academias.
- Modelo radical (EIR2017-044): ninguna fuente válida dice literalmente que el programa lo diseñe «toda la población en su conjunto»; la sección solo permite llegar a la clave por descarte (recuadro de atención), con el sujeto de la acción del enfoque radical según el cuadro de Tones reproducido por la Fiocruz ^{F35} y la Tabla 2 de FAPap ^{F33}, que habla de EpS «participativa», no «radical». Las obras originales de Tones no están en abierto: el artículo de 1987 en Health Education Research (DOI 10.1093/her/2.4.305) y la muestra de Green y Tones en SAGE devuelven 403 a curl.
- Objetivos de la EpS (EIR2012-075): la redacción del examen («mejorar y proteger su salud», «servicios sanitarios del país») coincide en contenido con el primer objetivo de la National Conference on Preventive Medicine (1975) que recoge FAPap ^{F33}, pero no es literal; no se ha localizado el informe original de esa

conferencia. Definición de EIR2014-135: solo coincide con la versión francesa del informe técnico 409 de la OMS ^{F32}; la española y la inglesa lo redactan de otro modo.

- Definición de participación comunitaria como «proceso de autotransformación» (EIR2012-074, que la atribuye a la OMS): la fuente localizada es una reseña de J. Castellanos Robayo (asesor de la OPS) en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de 1981 ^{F31}, con un antecedente del mismo autor de 1980; no se ha localizado en un documento normativo de la OMS.
- Grupos de apoyo como mecanismo de participación comunitaria (EIR2018-181): sin fuente oficial. Refuerzo del 28/09/2026: revisados la guía AdaptA GPS de participación comunitaria (GuíaSalud, 2018), «Participar para ganar salud» (2019), el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria y su memoria, la Estrategia de Salud Comunitaria de La Rioja (2024) y el documento de semFYC-PACAP sobre participación comunitaria: ninguno define los grupos de apoyo; algunos (AdaptA GPS, La Rioja, semFYC-PACAP) solo nombran los «grupos de ayuda mutua» en listados. El origen probable (de la Revilla y López Fernández, en Martín Zurro, Atención primaria, Elsevier) es de pago y sin muestra.
- Obras originales de Prochaska y DiClemente (1983), Rosenstock (1974) y Green y Kreuter no consultadas; los modelos se han redactado con el resumen oficial del NCI (2005). Refuerzo del 28/09/2026: el DOI de Prochaska y DiClemente (APA) y el de Rosenstock (SAGE) devuelven 403 a curl; PubMed no tiene el resumen del primero y no recoge el segundo; el libro de Green y Kreuter es de pago. La web de Lawrence Green (lgreen.net) está en línea y confirma el origen de los acrónimos PRECEDE (1980) y PROCEED (1991) ^{F36} y describe las ocho fases de la edición de 2022 sin nombrar cada fase diagnóstica ^{F37}; los factores predisponentes, facilitadores y reforzantes solo aparecen como título de un capítulo, sin definirlos.