

Educación Popular:

EFFECTOS DE LA CAPACITACION DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD *

•Conscientes de que una actitud positiva del profesional hacia los sectores populares juega un rol importante en el desarrollo de acciones educativas, esta investigación analiza si efectivamente la capacitación de los recursos humanos en salud contribuye a ese objetivo.

El presente trabajo de investigación parte del supuesto de que una determinada capacitación de los recursos humanos en salud, afecta positivamente la actitud social que estos elementos tienen

frente a los sectores populares. Es decir, influye en los prejuicios, entendidos como la actitud que tiene un grupo de personas hacia cualquier otro grupo (Ehrlich 1984).

La capacitación a la que estamos refiriéndonos está orientada a que los trabajadores de la salud, que desarrollan su labor con sectores populares, pueden adueñarse de una concepción y una metodología que les permita realizar una labor de educación en salud, basados en los principios y aportes de Alma Ata y de la Educación Popular.

Esta última puede ser descrita en los siguientes términos: 1) una pedagogía ideológica dirigida a contribuir a la concientización, al desarrollo y la organización social comunitaria; 2) una práctica pedagógica que enfatiza el uso de métodos participativos y el análisis de herramientas que se pueden utilizar para resolver problemas concretos que enfrenten los participantes y; 3) posee una intencionalidad política

Salomón Magendzo

Psicólogo, Investigador del Programa Interdisciplinario de Investigación en Educación (PIIE).

orientada a fortalecer la identidad social de los sectores populares, aprendiendo a valorizar y preservar sus culturas y estableciendo una relación entre la actividad educativa y la capacidad de mo-

vilización social entre los sectores populares (García-Huidobro, 1988).

Estimamos que una actitud positiva hacia los sectores populares juega un rol importante en el desarrollo de acciones educativas en la comunidad y, por tanto, cualquier intento por mejorar esta actitud, repercutirá positivamente en la labor que puedan realizar los trabajadores de la salud con los sectores populares.

Con esto no estamos diciendo necesariamente que existe una relación directa entre actitud y conducta, aspecto que ha sido ampliamente discutido en la literatura. Al respecto, se ha concluido que no to-

*Este trabajo fue desarrollado en el marco del proyecto de investigación «Cambio en las Actitudes Sociales de Profesionales a través de un Proceso de Capacitación Educativo», proyecto FONDECYT Nº 551/90. La capacitación fue posible implementarla gracias al aporte de la Asociación Canadiense de Salud Pública. El título original es «Efectos de la capacitación en educación popular en el cambio de la actitud social frente a los sectores populares»

das las actitudes se expresan necesariamente en comportamientos, dado las múltiples condiciones sociales e interpersonales que la realidad impone a los individuos (Ehrlich, 1984).

Sin embargo, la investigación es clara en señalar que la construcción de representaciones sociales cargadas de valorización y respeto por el otro, tienen una importante incidencia en las maneras de establecer relaciones interpersonales.

METODOLOGIA

Para el desarrollo de la presente investigación se plantearon dos diseños, uno experimental, con un grupo control equivalente (consultorios de la comuna de Conchalí), que contemplaba un pretest y un posttest, y otro cuasi experimental, con un grupo control no equivalente (consultorios de las comunas de Conchalí y Recoleta), también con una medición de pretest y posttest.

El primer diseño fue experimental, debido a que se utilizó un método al azar para incorporar a las personas en el grupo experimental o control. El diseño cuasi experimental se utilizó con el fin de controlar la contaminación que podía existir entre el grupo experimental y el de control, por pertenecer a un mismo lugar geográfico.

Además de los diseños, se compararon a todos los sujetos con y sin medición pretest y con y sin tratamiento, con el fin de controlar con mayor precisión el efecto en repetir la aplicación de la escala.

El instrumento que se utilizó fue una escala likert, construida expresamente para estos fines (Magendzo, 1990). Constaba de 20 proposiciones: 9 positivas y 11 negativas. Ejemplo de items positivos, fueron «las prácticas populares en salud tienen mucha sabiduría»; «el consumo excesivo de alcohol en sectores populares se debe especialmente a sus precarias condiciones de vida». Ejemplos de items negativos, fueron «al darle poder a los sectores populares, generalmente hacen mal uso de él»; «deben penalizarse las prácticas curativas populares porque son producto de

la ignorancia».

La confiabilidad de la escala a través del método de la bipartición, aplicando la fórmula de Spearman-Brown, fue de 0.712. La validez fue de contenido y de constructo.

Para la primera se siguieron una serie de etapas que han sido difundidas por Campbell (1973), como por ejemplo, definición específica de la actitud, formulación de proposiciones e indicadores que operacionalizan la actitud, etc.

Para la validez de constructo se ubican dos muestras que previamente se podían calificar como más favorable y menos favorable hacia los sectores. La

diferencia de ambas muestras fue altamente significativa, a través de la prueba de la mediana común ($\chi^2=38.78$ Probabilidad 0.001).

El procesamiento de los datos se realizó en ambos diseños comparando primero el total de personas que habían respondido en el pretest, con el total de los que habían respondido el posttest. Además, se comparó en el diseño cuasi experimental con el control no equivalente aquellos que fue posible identificar contestando el pretest como el posttest. En el diseño experimental con control equiva-

lente no se procedió a realizar esta comparación, dado al bajo número de personas que fue posible identificar respondiendo tanto el pretest como el posttest.

Consideramos que esto sucedió debido al temor que los funcionarios tuvieron de que el servicio de salud pudiera conocer sus respuestas, a pesar de que se les aseguró un estricto anonimato.

En ambos diseños se aplicó el análisis de varianza no paramétrico del Kruskal Wallis y, además, la prueba de la mediana para las comparaciones totales y sólo la prueba de la mediana para aquellos que habían respondido tanto el pretest como el posttest.

RESULTADOS

Diseño experimental con control equivalente

A. Comparación del total de personas

"La capacitación a la que estamos refiriéndonos está orientada a que los trabajadores de la salud, que desarrollan su labor con sectores populares, puedan adueñarse de una concepción y una metodología que les permita realizar una labor de educación en salud".

El análisis de la varianza Kruskal Wallis con un grado de libertad arrojó un H de 23.37 y una probabilidad menor de 0.01, lo que indicó que existe una diferencia significativa entre los grupos.

La prueba de la mediana para los grupos totales arrojó -como se observa en los cuadros 1, 2 y 3- una diferencia significativa al comparar el grupo experimental pretest con el experimental posttest ($\chi^2 = 3.711$ Probabilidad = 0.05) y ninguna diferencia entre el control pretest ($\chi^2 = 0.0002$ Probabilidad = 0.90).

CUADRO Nº 1

Diferencia entre observación de grupo experimental con medición pretest y grupo experimental con medición posttest.

	Experimental pretest	Experimental posttest	Total
Bajo mediana	15 65.22	12 38.71	27
Sobre mediana	8 34.78	29 61.29	27
Total	23	31	54

$\chi^2 = 3.711$ Probabilidad = 0,054

Diseño cuasi experimental con control no equivalente

A. Comparación del total de personas

El análisis de la varianza Kruskal Wallis con un grado de libertad arrojó un H de 24.79 con una probabilidad menor de 0.01, lo que indica que existe una diferencia significativa entre los grupos.

La prueba de la mediana para los grupos totales arrojó -como se observa en los cuadros 5, 6 y 7- una tendencia a una diferencia significativa al comparar el grupo experimental pretest con el experimen-

tal posttest ($\chi^2 = 3.360$ Probabilidad = 0.067) y ninguna diferencia entre el grupo control pretest y posttest ($\chi^2 = 0.828$ Probabilidad = 0.363) y entre el grupo experimental y control pretest ($\chi^2 = 0.0003$ Probabilidad = 0.90).

CUADRO Nº 2

Diferencia entre observación de grupo control con medición pretest y grupo control con medición posttest:

	Control pretest	Control posttest	Total
Bajo mediana	9 50.00	15 46.88	24
Sobre mediana	9 50.00	17 53.13	26
Total	18	32	50

$\chi^2 = 0.045$ Probabilidad = 0.832

CUADRO Nº 3

Diferencia entre observación de grupo experimental con medición pretest y grupo control con medición pretest.

	Experimental pretest	Control pretest	Total
Bajo mediana	14 60.87	11 61.11	25
Sobre mediana	9 39.13	7 38.89	16
Total	23	18	41

$\chi^2 = 0.0002475$ Probabilidad = > 0.90

CUADRO Nº 4

Diferencia entre observación de grupo experimental con medición pretest y grupo experimental con medición postest.

	Experimental pretest	Experimental postest	Total
Bajo mediana	14 60.87	3 27.27	17
Sobre mediana	9 39.13	8 72.73	17
Total	23	11	34

$ji^2 = 3.360$

Probabilidad = 0.067

CUADRO Nº 6

Diferencia entre observación de grupo experimental con medición pretest y grupo control con medición pretest:

	Experimental pretest	Control pretest	Total
Bajo mediana	14 60.87	20 60.61	34
Sobre mediana	9 39.13	13 39.39	22
Total	23	33	56

$ji^2 = 0.0003945$

Probabilidad => 0.95

CUADRO Nº 5

Diferencia entre observación de grupo control con medición pretest y grupo control con medición postest.

	Control pretest	Control postest	Total
Bajo mediana	15 45.45	16 57.14	31
Sobre mediana	18	12	30
Total	33	28	

$ji^2 = 0.828$

Probabilidad = 0.363

B. Comparación de aquellos que se identifican tanto en el pretest como el postest

La prueba de la mediana para aquellos que se identificaron por tanto en el pretest como en el postest arrojó -como se observa en los cuadros 7, 8 y 9- una tendencia a una diferencia significativa entre el grupo experimental pretest y postest ($ji^2 = 2$ Probabilidad entre 0.20 y 0.10) y ninguna diferencia entre el control pretest y postest ($ji^2 = 0.002$ Probabilidad entre 0.90) y entre el experimental y control pretest ($ji^2 = 0.033$ Probabilidad entre 0.50 y 0.30).

CUADRO Nº 7

Diferencia entre observación de grupo experimental en medición pretest y medición postest.

	Experimental pretest	Experimental postest	Total
Bajo mediana	6 66.67	3 33.33	9
Sobre mediana	3 33.33	6 66.67	9
Total	9	9	18

$ji^2 = 2.0$

Probabilidad = entre 0.20 y 0.10

Además de las comparaciones establecidas en el diseño, se agregó:

CUADRO Nº 8

Diferencia entre observación de grupo control medición pretest y medición postest.

	Control pretest	Control postest	Total
Bajo mediana	5 50.00	5 50.00	10
Sobre mediana	5 50.00	5 50.00	10
Total	10	10	20

$\chi^2 = 0.0002$ Probabilidad = entre 0.90 y 0.80

CUADRO Nº 9

Diferencia entre observación de grupo experimental con medición pretest y grupo control con medición pretest:

	Experimental pretest	Control pretest	Total
Bajo mediana	6 66.67	5 50.00	11
Sobre mediana	3 33.33	5 50.00	8
Total	9	10	19

$\chi^2 = 0.033$ Probabilidad = 0.50 y 0.30

Comparación de grupos con y sin medición pretest y con y sin tratamiento

Los grupos que se compararon fueron los siguientes:

- A. grupo sin tratamiento y con medición pretest;
- B. grupo sin tratamiento y sin medición pretest;
- C. grupo con tratamiento y con medición pretest; y
- D. grupo con tratamiento y sin medición pretest.

La comparación arrojó -como se observa en el cuadro nº 10- una diferencia entre los grupos. ($\chi^2 = 6.9667$ Probabilidad = 0.05).

CUADRO Nº 10

Comparación de grupos con y sin medición pretest y con y sin tratamiento, a través de la prueba de la mediana:

	grupo sin tratamiento	grupo con tratamiento	mediana de las filas
grupo con medición pretest	md 59.5 n = 28 (A)	md 65 n = 11(C)	62.25
grupo sin medición pretest	md 59% n = 33 (B)	65.5% n = 20 (D)	62.25
mediana de las columnas	59.25	65.25	

Para comparar estos grupos se calculó la mediana común, para la cual se obtuvo el valor de 61.5.

	A	B	C	D	
bajo mediana	16 57.1	21 63.6	3 27.3	7 35	47
sobre mediana	12 42.9	12 36.4	8 72.3	13 65	45
	28	33	11	20	92

$\chi^2 = 6.9667$ Probabilidad = 0.05

DISCUSION

Antes de iniciar esta discusión, es importante indicar que la interpretación de los resultados de la investigación debe ser cuidadosa, dado que algunas de las diferencias encontradas más bien indican tendencias que diferencias estadísticamente significativas.

Sin embargo, la similitud encontrada en los resultados totales de ambos diseños, así como la de aquellos que se identificaron en el pretest y el postest en el diseño cuasi experimental, nos permite pensar en la seriedad de los resultados. El hecho de que en todas las comparaciones entre pretest y el postest de los grupos experimentales el valor de j_2 siempre fue sobre dos y que, además, en todas las comparaciones entre el pretest y el postest de los grupos controles no se dio nunca una diferencia significativa, nos hace pensar que existe un cambio de actitud como efecto de la capacitación.

Ahora bien, el hecho de que los grupos experimentales y controles en ambos diseños no se diferencian en el pretest, nos hace pensar que las personas sujetos de la investigación eran relativamente homogéneas en su actitud al comenzar el estudio, por tanto, los resultados no pueden ser atribuidos a alguna diferencia inicial que podría haber existido entre grupos controles y experimentales.

Igualmente, las diferencias entre los grupos con medición pretest con y sin tratamiento, y entre los grupos sin medición pretest con y sin tratamiento, nos indica que estas diferencias no se deben al efecto de operación repetida de la escala y sí del tratamiento. Esto nuevamente confirma la influencia que tiene la capacitación en el cambio de la actitud.

Cabe mencionar que en un artículo precedente (Magendzo, 1991) encontramos que antes de comenzar con la capacitación, la actitud del grupo de trabajadores de la salud fue calificada en la categoría indecisa. Por tanto, cuando estamos hablando de

un cambio de actitud, no estamos diciendo que éste sea de una actitud negativa a una positiva, sino más bien de la indecisión a una más positiva.

A esta misma conclusión se puede llegar al observar que, antes de comenzar la capacitación, en los grupos experimentales en ambos diseños, había un número importante de personas con una actitud social sobre la mediana, lo que indica una tendencia indecisa a positiva.

Es importante consignar que la capacitación, por tener el enfoque y la propuesta metodológica de la Educación Popular, permite a los trabajadores de la salud entrar a una reconceptualización acerca de los sectores popu-

lares. Es decir, a una valorización más positiva acerca de ellos, de su cultura y maneras idiosincráticas de pensar y comportarse.

En una próxima investigación, nos hemos planteado la necesidad de estudiar con un enfoque de carácter antropológico las formas discursivas y comportamentales que adquiere la actitud frente a los sectores populares, y los efectos que la capacitación produce en lo discursivo y comportamental. Esto nos permitirá enriquecer la investigación realizada, a través de un instrumento como la escala likert, y ahondar, ya no sólo en el estudio de actitud y su cambio como efecto de la capacitación, sino en la comprensión de la representación social que tienen los trabajadores de la salud de los sectores populares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ehrlich, Howard J. Social psychology or prejudice. Ann Arbor, Michigan: University Microfilms International, (1984.)
- García - Huidobro, J.E. (1988). Aprender a vivir, Agentes educativos comunitarios. Lima: Instituto de Tecnologías apropiadas para sectores populares (ITA CAB).
- Magendzo, Salomón (1990). Escala para evaluar actitudes hacia los sectores populares. Documento enviado a la revista de Tecnología Educativa para su publicación. (Mayo, 1991).

"La capacitación, por tener el enfoque y la propuesta metodológica de la Educación Popular, permite a los trabajadores de la salud entrar a una reconceptualización acerca de los sectores populares".