

3.- ESTRATEGIAS COMUNITARIAS DESDE LA PSICOLOGIA PARA LA EDUCACION DE LA SALUD.-

A lo largo del presente trabajo se ha venido insistiendo en dos aspectos centrales: uno, relativo al cumplimiento de las funciones profesionales prescritas por el CNEIP, destacándose como quehacer prioritario del psicólogo el de su propia desprofesionalización (anexo 3) y, el segundo, el del trascendental papel que el comportamiento desempeña en el cuidado, promoción, pérdida, recuperación y prevención de la salud o la enfermedad, según sea el caso.

Ahora bien, en virtud de que en este apartado se enfatiza un exámen de las principales estrategias comunitarias que diversos psicólogos han desarrollado para abordar múltiples problemas de salud, es pertinente exponer las siguientes consideraciones:

En primer lugar, debe quedar claro que la educación para la salud constituye una aproximación alternativa para el cuidado y promoción de la salud (Costa y López, 1989), que surge a partir de la conclusión de que los sistemas de cuidado de salud, orientados biomédicamente, presentaban un estado de deterioro, tal que, aunado al incremento en la morbi-mortalidad de una diversidad de enfermedades, v.g., cáncer, padecimientos cardiovasculares, enfermedades infecto-contagiosas, accidentes, entre otras (véase Matarazzo e Istvan, 1985), sus posibilidades tecnológicas y sociales para poner un alto a las enfermedades se vió seriamente restringido.

En segundo lugar, siguiendo a Costa y López, op. cit., el desarrollo de la llamada tecnología conductual comunitaria y de la ecología conductual, vinieron a darle un fuerte impulso a una idea y práctica alternativas de cómo incidir sobre la problemática de la salud en los mismos escenarios donde tienen lugar los comportamientos de riesgo para la salud.

En tercer lugar y como corolario, el hecho de que se manifestase y reconociese el rol del comportamiento frente a nuestra salud trajo consigo una apertura, si bien no total, en el ámbito que aquí se toca, por lo menos suficiente para que fueran los psicólogos quienes a partir de sus recursos metodológicos y tecnológicos, impulsaran la instrumentación de programas tendientes a la reducción de los patrones de morbi-mortalidad de algunas de las patologías biológicas mencionadas.

No obstante que estas consideraciones se podrían aplicar directamente a determinados países del orbe, concretamente España

(Reig, 1989; Rodríguez, 1991) y Estados Unidos (Matarazzo, 1983; Stone, 1983), la realidad es que pueden hacerse extensivas a nuestro país en el que, a partir de la última década se está experimentando un acercamiento entre la psicología como disciplina y profesión, y la salud, en tanto que problema social (Rodríguez y Palacios, 1989).

Partiendo de las anteriores consideraciones entraremos a examinar el tópico en cuestión, el de la educación para la salud. En términos generales, se puede entender por ésta a "La finalidad de informar acerca de las condiciones de vida asociadas a un buen estado de salud, así como facilitar los cambios conductuales y ambientales que lo hagan posible " (Costa y López, 1989; Pág. 485).

En otras palabras, educar para la salud (anexo 4) no consiste en nada más que en proveer a la población de las competencias conductuales mínimas - competencias lingüísticas e instrumentales - para que sean sus miembros quienes cuiden, mejoren y optimicen su propia salud. El problema no radica en conocer que esto es precisamente lo que tiene que hacerse, sino en saber cómo se hará, pensando en la naturaleza de los programas que se requieran impulsar; las actividades que cumplimentarán los psicólogos y los miembros de la comunidad y los criterios de evaluación que permitirán reconocer hasta qué punto se han generado y mantenido los cambios deseados en el nivel conductual. Estas tres cuestiones son justamente las que bien podrían asegurar, en caso de ser cubiertas con la parsimonia y el rigor metodológico que se exige, la pertinencia y utilidad social de un programa o de una estrategia global de educación para la salud. En efecto, ha de reconocerse que no existe tan sólo una estrategia para la educación de la salud, motivo por el cual deben precisarse sus alcances en función de la efectividad de los resultados obtenidos.

Con lo anterior se quiere decir que, no obstante todos los programas de educación para la salud tiendan a un análisis, evaluación y modificación de los comportamientos asociados a la salud, la forma en que ello se haga dependerá de una diversidad de factores dentro de los cuales destacan: el problema de salud por abordar, la población a la que irá dirigida nuestra campaña de promoción de salud, las características socioeconómicas de la población blanco; asimismo, de los frentes de entrada que se emplearán para acceder a la población, es decir, si se apoyará en sectores de la población, en intermediarios establecidos en la población - por ejemplo, trabajadoras sociales, promotores voluntarios de salud, enfermeras, líderes comunitarios, etcetera-, dando por sentado, entonces, que el cómo se decida trabajar adoptará múltiples posibilidades dados los factores mencionados u otros no menos relevantes, caso de disponer de recursos económicos, humanos y técnicos que hagan factible la instrumentación de determinados programas.

Así, a modo de ejemplo, las sugerencias iniciales de Costa y López (1986), retomadas en 1989 por los mismos autores, forman parte de una serie de propuestas que junto a las de Pérez (1991) y Galindo y Galindo (1990), se han puesto a la consideración de los psicólogos que laboran en el sector salud. Por lo que respecta al trabajo de Costa y López, ellos han justificado que los principales objetivos que requieren alcanzarse en todo programa de educación de la salud son, entre otros:

- 1.- Desarrollar hábitos y costumbre sanas en toda la gente;
- 2.- Modificar las pautas de comportamiento de la gente cuando los hábitos y costumbres individuales y sociales son insanos o peligrosos para la salud;
- 3.- Promover la modificación de aquellos factores externos que influyen negativamente sobre su salud y
- 4.- Lograr que los individuos y los grupos organizados de la comunidad acepten a la salud como un valor fundamental (Costa y López, 1986; Pág. 142).

Hemos de aclarar que estos objetivos son una derivación lógica de una serie de programas instrumentados por los autores en su país de origen, España, en relación a problemas de alimentación, hábitos higiénicos bucodentales, principalmente. En una dirección similar, Pérez (1991) diseñó un programa educativo dirigido a niños de edad escolar, con el propósito de prevenir la aparición de comportamientos asociados a miedos infantiles y, a su vez, promover el ejercicio de comportamientos adaptativos que fueran generalizables a distintos escenarios de los niños: hogar, escuela y comunidad. Por último, Galindo y Galindo (1990) instrumentaron un programa educativo para la salud bucodental, atendiendo a una población de disminuidos psíquicos escolarizados, teniendo como objetivo general el de implantar hábitos de higiene bucodental y como objetivos específicos el de fomentar la restricción voluntaria del consumo de productos elaborados con azúcares y promover la higiene oral correcta.

En lo general, estos dos últimos aportes se fundamentan en la aproximación sugerida por Costa y López (1986), quienes han destacado que más allá de la mera información, que ciertamente puede abrir canales de conocimiento para la población, en relación a su salud, requiere ir más allá para incorporar una serie de supuestos, concretamente los derivados del modelo de aprendizaje social de Bandura (Bandura, 1982), a fin de generar cambios en las prácticas conductuales de la población.

De este modo, para Costa y López, op. cit., la educación para la salud supone el uso de dos estrategias generales: a) la planificación y programación de antecedentes y, b) la planificación y programación de condiciones reforzantes. Ambas contemplan, por su lado, una serie de elementos necesarios que deben ser considerados al momento de instrumentar un programa; así, por lo que al primer inciso corresponde, se mencionan:

- 1.- Exposición clara de mensajes persuasivos
- 2.- Clarificación de valores
- 3.- Exposición de modelos de salud, orientado hacia el modelamiento de comportamientos saludables por figuras relevantes para la población (padres de familia, maestros, amigos, personajes públicos, etcetera)
- 4.- Implantación en el ambiente de señales discriminativas que proporcionen información sobre las acciones que precisan instrumentarse y,
- 5.- Accesibilidad de dispositivos de ayuda para el cambio conductual.

Por lo que respecta al segundo inciso, se señalan los siguientes elementos:

- 1.- Se refiere a cambios operados en el ambiente donde vive la población, a fin de que se haga más probable la obtención de consecuencias reforzantes al producirse un comportamiento prosaludable y,
- 2.- Promover el reforzamiento interno y procurar la retroalimentación sobre el ejercicio de los comportamientos meta.

Con el propósito de que este conjunto de elementos puedan cumplimentarse, se torna indispensable asegurar que como punto de partida se piense en promover una cultura de la salud, asegurándose el impacto que tendrá ésta en los diferentes ámbitos escolarizados - institucionalizados- y no escolarizados. A partir de aquí nos gustaría resumir los puntos anteriores.

Educación para la salud supone, pues, instrumentar una serie de actividades tendientes a la promoción e instauración en la población de prácticas o comportamientos saludables, que sean fáciles de identificar y aprehender. Para ello se requiere, en función de la problemática por prevenir, realizar un diagnóstico del problema, conocer el nivel de competencias de la población en relación al problema, el juego de valores o moral que subyace al ejercicio de comportamientos instrumentales que se desean impulsar y precisar las condiciones que favorecerán su posterior ejercicio.

Empero, nos gustaría precisar algunas cuestiones respecto de la propuesta presentada por Costa y López (1986,1989). En primer lugar, si bien es cierto se parte de una lógica acertada, relativa ésta al papel que la psicología precisa jugar en el dominio de la salud, orientándose hacia la promoción de la salud, sigue permanente el problema de diferenciar a las estrategias de los modelos que le imprimirán un sentido al trabajo de campo. En efecto, como se recordará en lo apuntado previamente, para dichos autores su aproximación se fundamenta en la relación entre eventos antecedentes, comportamientos y eventos consecuentes, relación que entraña un análisis lineal y causalista del fenómeno conductual y que justamente al inicio del presente trabajo se cuestionó.

En segundo lugar, habría de responderse a la interrogante de sí para problemas más complejos, v.g., cáncer, SIDA, infartos, diabetes, insuficiencia renal, entre otros, un análisis unidimensional como el sugerido por Costa y López representa una alternativa viable; es decir, si hace falta una propuesta en una sola dirección o se precisa del concurso inter y multidisciplinario que tanto se ha reiterado para el campo de la salud (véase Barriga y León, 1990; León, Martínez y Gómez, 1990).

Particularmente se cree que los ejemplos ya citados de los diversos trabajos en el quehacer de la educación para la salud constituyen ejemplos puntuales, o sea, ejemplos que destacan, en un nivel concreto y restringido, el mayor peso de las variables psicológicas para impulsar los cambios deseados en el comportamiento de sectores de la población. Se considera pues, harto difícil frente a problemas más complejos, caso de los mencionados líneas arriba, incidir con base en aproximaciones que enfatizan una dimensión muy por encima de otras, la social y biomédica, por ejemplo, olvidando justamente el carácter y naturaleza multideterminada de toda enfermedad.

En última instancia habría de discutirse si el asunto es que la educación para la salud, en sus distintas modalidades prácticas, puede tratarse desde una perspectiva o, por el contrario, será indispensable adoptar una perspectiva de conjunto,

multidisciplinaria. Esto dependerá tanto de la complejidad con que se observe el problema de la salud como de la óptica - de los modelos- que guíen el espectro de actividades relacionadas, concretamente de análisis, evaluación, diseño del programa de intervención, rol de los participantes, principalmente.

Se ha reiterado que todo problema social, incluyendo claro está al de la salud, requiere de un enfoque multifactorial (Bayés, 1987), a partir del cual se definan qué elementos son copartícipes de su ocurrencia y, sobre todo, sean susceptibles de desglosarse para su evaluación intradisciplinaria. La relación prevista por Costa y López no posibilita la integración del juego de factores presentes en cualesquiera enfermedades que se desea prevenir, aunque constituye un avance sustancial en la organización de las actividades a cumplimentar. Creemos que ésta es la principal aportación de los autores, misma que seguramente puede dar cabida, junto a un modelo psicológico de salud, a una mejor y más completa práctica profesional del psicólogo en el dominio de la salud, fundamentalmente a lo que al quehacer preventivo respecta.