



La educación para la salud y las diversas mediaciones comunicativas que intervienen

María del Refugio López-Gamiño,^{*} Martha Elba Alarcón- Armendáriz,[‡] María Luisa Cepeda-Islas[§]

^{*} Lic. en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE). Grupo de Investigación Educación para la Salud y Estilos de Vida. Docente-Investigador.

[‡] Maestra en Salud Pública. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE). Grupo de Investigación en Educación para la Salud y Estilos de Vida. Docente Investigador.

[§] Doctora en Educación. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE). Grupo de Investigación Aprendizaje Humano. Docente-Investigador.

RESUMEN

La comunicación juega un papel fundamental en la educación para la salud, sin embargo es común que los usuarios de los servicios médicos sólo sean considerados receptores pasivos de mensajes, anulando con ello el proceso comunicativo y la posibilidad de conseguir los cambios en el comportamiento individual y colectivo para los cuales se planearon y diseñaron los mensajes. A partir de la concepción de que un mensaje sólo alcanzará su meta cuando se integren los sistemas de representación social entre emisor y receptor (procesos mediacionales). En el presente artículo se analizan algunos de los planteamientos del modelo mediacional para explicar el poco éxito de las estrategias empleadas en la educación para la salud, y finalmente plantear algunas directrices hacia una estrategia diferente.

Palabras clave: Comunicación, educación para la salud, procesos mediacionales, promoción de la salud, psicología de la salud.

ABSTRACT

Communication is a very important part in health education, however, the users often are considered passive receptors of messages, planned and designed to reach changes in individual and collective behaviors, breaking with the communicative process. The integration between emisor and receptor (mediational process) will permit, that the messages reach their objectives. In this article, we will analyze some propositions about mediational process trying to explain why some strategies used in health education failed, and finally propose some directions to a different strategy.

Key words: Communication, health education, mediational process, health promotion, health psychology.

Hablar de educación conduce, implícitamente, a hablar de comunicación; sin embargo, no en todo acto educativo existe comunicación en sentido estricto. Generalmente el docente, o educador, supone que comunicarse es transmitir mensajes a los educandos y en el mejor de los casos existe una preocupación por los medios a utilizar. Se olvida que el receptor tiene un papel protagónico, que no es un ente pasivo, y por tanto, la relación no puede ser unidireccional; esta forma ignora toda capacidad de respuesta o de resistencia de los receptores.

Una nueva concepción de los procesos comunicativos establece que los receptores son los principales contribuyentes en la organización representacional, tanto

del ambiente como de la visión del mundo, implicando modos diferenciados de apropiación de los mensajes según la ubicación que tengan en la estructura social.¹ El receptor ubica su acción a partir del grupo al que pertenece, comparte con ellos una determinada percepción, motor fundamental que unifica a los miembros de un grupo social y los separa con respecto a otros.

Por tanto, en el terreno de la salud, la apropiación de los mensajes educativos, se da a partir de las representaciones construidas socialmente, modulando la interacción entre emisor-receptor. La integración de los sistemas de representación entre los mensajes y los receptores se realiza por procesos que pueden denominarse mediaciones cuya acción es:

- 1) Analizar los hechos que suceden en el entorno contra el sistema de creencias y valores de los receptores.
- 2) Ajustarse, según se tenga la oportunidad o la posibilidad, antes o después de exponerse a los mensajes.

Hablar de mediación en los procesos educativos-comunicativos, presupone asumir “un modelo interactivo integral”; esto significa que todas las partes involucradas juegan un papel activo y que su interacción determina los resultados. Este modelo considera dos vertientes principales: una enfocada a la emisión y otra a la recepción.

En el primer caso se habla a su vez de mediación cognitiva, que implica el lugar que se da a cierto acontecimiento para informarlo, y por otra parte, la mediación estructural, que hace referencia al proceso tecnológico que lleva a percibir con mayor o menor fidelidad los acontecimientos descritos.

La vertiente enfocada a la recepción, se entiende como el lugar donde se produce el sentido en el intercambio comunicativo e implica hablar de cultura, prácticas sociales e interacción situada. Dicho modelo mediacional nos puede ser de gran utilidad en la comprensión de los acontecimientos en el campo de la educación para la salud en general, toda vez que en dicho campo existen grandes dificultades para el logro de su cometido.

Es importante señalar que se han desarrollado grandes esfuerzos comunicacionales a fin de producir impacto en las poblaciones para la ejecución de prácticas dirigidas a la conservación de la salud; hablamos de grandes esfuerzos, sobre todo, por los escasos recursos asignados a este rubro.

Desafortunadamente dichos esfuerzos han producido escaso impacto. Vale la pena, entonces, reflexionar al respecto, y es en este sentido que se retoman algunos de los planteamientos del modelo mediacional que, se considera, posibilita una explicación del éxito relativo de la estrategia empleada en la educación para la salud y plantear algunas directrices hacia una estrategia diferente.

Es ampliamente reconocido que los problemas de salud, así como sus manifestaciones, son expresión de las formas como se reproducen las sociedades y sus individuos; empero, el proceso de salud-enfermedad no depende únicamente de los factores socioeconómicos, sino de un conjunto de interrelaciones funda-

mentales para la existencia misma que se expresan en diversos niveles de complejidad. Dichos niveles no se excluyen entre sí; por el contrario, se interrelacionan unos a otros.²

Hablar de educación para la salud implica pensar en desarrollar en los individuos repertorios compatibles con la salud que lleguen a conformar una forma de ser y hacer vía el proceso enseñanza-aprendizaje. Se pretenden cambios que favorezcan el desarrollo del ser humano.

Implica necesariamente que la educación para la salud deje de entenderse como la mera transmisión unilateral de información para convertirse en un medio formativo de individuos y poblaciones. Es cierto que la información es necesaria; sin embargo, aprender y aprehender dicha información requiere de algo más que la concepción de receptores pasivos de mensaje unilaterales.³

Trabajar con una perspectiva informativa o formativa afecta los objetivos que las instituciones buscan alcanzar con los programas preventivos; su bajo impacto puede deberse a que son programas principalmente informativos, con una concepción mecanicista centrada en mensajes autoritarios, diseñados desde el escritorio y desvinculados de la realidad que intentan modificar. Con frecuencia los tecnólogos de la salud, al igual que en otros ámbitos educativos, tienen una escasa noción de los factores que intervienen en la problemática que intentan cambiar, desconocen las características de las poblaciones más allá de las estadísticas poblacionales. De allí que las evaluaciones del impacto de tales programas se centre, en el caso de planificarla, en la retención exclusivamente del o los mensajes. Lograr un cambio significativo en la educación para la salud implica recurrir entonces a otro tipo de modelos, que rompan la concepción mecanicista en el campo educación-salud.

Una alternativa viable, por sus características, es el modelo mediacional. Considerar que la mediación implica para los educadores, aceptarse como sujetos mediadores de los procesos educativos y comunicacionales lo convierte en una opción, pues implica estar frente al otro, reconocerlo y reconocerle como individuo con valores, creencias, percepciones de la realidad en la que se encuentra inmerso y con puntos de vista en ocasiones contrapuestos a los del mediador y el mensaje. La interrogante de cómo se tiene que mediar la formación de un grupo determinado, en un momento determinado y con ciertos fines y obje-

tivos es crucial. La mediación puede ser para o con el individuo. Es clara, en el modelo mediacional, la propuesta de hacerlo conjuntamente con el individuo que pasa de ser objeto de acción a sujeto de acción.

Educación para la salud, implica, además de contar con conocimiento del área específica de interés, ubicar los factores de riesgo que pueden variar de una población a otra, y considerar las diferencias entre grupos poblacionales para diseñar estrategias educativas acordes a necesidades específicas y no genéricas. Dejar de lado los métodos y estrategias generalizados que no responden a las especificidades de los individuos ni de las poblaciones y que no contemplan los aspectos psicológicos y culturales subyacentes: percepciones, creencias, mitos, tabúes. La educación para la salud implica, asimismo, considerar que el proceso salud-enfermedad no ocurre aislado de las condicionantes socioeconómicas y políticas de una sociedad. Por tanto, los mensajes educativos tienen que circunscribirse considerando el entorno de individuos y poblaciones. De poco sirve recomendar acciones imposibles de llevar a efecto por falta de recursos económicos o por creencias que previamente no han sido comentadas, discutidas y consensuadas. Las poblaciones y los individuos que las constituyen están en condiciones de determinar qué puede o no ser viable o hasta dónde, de acuerdo a sus circunstancias particulares. La educación para la salud debe ser resultado de una corresponsabilidad entre las instituciones del Estado, pero también de la participación activa de las poblaciones al dejar de ser exclusivamente objeto de conocimiento.

Lo anterior lleva a que los individuos, además de obtener información sobre aspectos específicos de salud establezcan interacciones sociales dialógicas⁴ para:

- Optimizar las formas participativas que conduzcan a romper con estereotipos predominantes en las poblaciones.
- Organizar las redes y sistemas de apoyo comunitario para coordinar los apoyos pertinentes para el cuidado de la salud.
- Participar en el sistema de apoyo profesional haciéndolo más efectivo y competente.
- Coordinar las acciones de formación en salud a través de los centros de salud comunitaria.
- El manejo de diversos medios de comunicación que posibiliten la inserción de la educación para la salud en la vida cotidiana de los individuos.

- Construcción colectiva de condiciones que proporcionen redes de interacción social para generar un mejor estado de salud de las poblaciones partiendo de sus propios recursos.

De hecho, en la declaración de Jakarta para la promoción de la salud en el siglo XXI⁵ se reconoce la importancia de las cinco estrategias definidas en la carta de Ottawa:⁶ crear políticas públicas saludables, crear ambientes saludables, reforzar las acciones de comunicación, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios de salud. Como una de las prioridades para lograr la promoción de la salud en el siglo XXI, se considera aumentar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo, lo que significa concebir que la promoción o educación para la salud se lleva a cabo por y con las personas, no sobre o para las personas, lo que sólo es posible si se considera a las acciones comunicativas en los términos aquí expuestos.

Existen diversas mediaciones que son importante recuperar para el análisis en el caso del proceso salud-enfermedad, lo cual posibilitará ubicar la inserción de la educación para la salud.

Si partimos del hecho que el individuo desde el momento del nacimiento se desarrolla en un medio socializado donde existen códigos y significados particulares, entenderemos la importancia que juega el núcleo familiar en las concepciones que posteriormente hará suyas el individuo. Estas concepciones se ven reflejadas en los valores, creencias, mitos o tabúes que forman parte del ser y hacer del individuo y que son transmitidos de generación en generación. Luego entonces, la familia conforma un primer núcleo mediacional que es importante recuperar en cualquier estrategia de educación para la salud.

La escuela es otro núcleo mediacional a considerar, porque, por una parte, la familia al verse afectada por condiciones de índole socioeconómico, como la incorporación de la mujer al sector laboral, traspasa en buena medida la formación de los hijos a esta institución, que por regla general sólo está preparada para la formación de repertorios académicos, debiendo incorporar aquellos elementos que contribuyan a la formación de repertorios vinculados a la salud, entre ellos higiene corporal y bucal, dieta correcta, actividad física, lavado frecuente de manos. La escuela puede y debe, convertirse en uno de los pilares más importantes de la educación para la salud, ofrece la

oportunidad única para que los individuos se apropien de los conceptos y ejerciten prácticas saludables durante su permanencia en la institución. Este ámbito sienta las bases sobre las cuales los programas de salud pública pueden impactar a otros contextos sociales. Los maestros, en virtud de su potencial como mediadores, desempeñan un papel muy importante para influenciar a los educandos respecto a las prácticas de salud.

Asimismo la comunidad, porque allí confluyen las distintas formas de organización social que pueden desarrollar de manera permanente planes de mejoramiento comunitario orientados a la prevención de los problemas de salud.

El educador para la salud, en suma, debe analizar los diversos factores mediacionales partiendo de un proceso de evaluación de las necesidades de la población:

- a) Sus problemas, necesidades y preocupaciones de la salud.
- b) Comportamientos relacionadas con esos problemas de salud, necesidades y preocupaciones.
- c) Los determinantes asociados a dichos comportamientos.
- d) Sus valores, creencias, mitos o tabúes.

Es aquí donde cobra importancia la dimensión psicológica de la salud. El comportamiento de los individuos es el eje en el cual confluyen tanto los factores de índole sociocultural, como las condiciones de vida derivadas de las formas productivas, las relaciones sociales, la ideología y prácticas culturales, así como los factores de carácter biológico tales como la herencia y el estado funcional del organismo. El individuo es un ser biológico integrado que se comporta en una circunstancia social: las creencias y costumbres del medio en el que está inmerso se concretan en el comportamiento como práctica individual resultante de la historia de contactos que establece el individuo con su medio físico y social, y esta práctica afecta el estado biológico.^{7,8}

De esta manera, al proporcionar solamente información no se modifican necesariamente los hábitos, es necesario modular la historia de interacciones de los individuos con relación a sus prácticas de salud mediante estrategias dirigidas a promover cambios en los distintos componentes del comportamiento: el decir y el hacer.

La congruencia entre el decir y el hacer está relacionada con los estilos conductuales del sujeto, el contexto normativo en el que se da la actividad y las competencias disponibles en el repertorio conductual. La historia de competencias puede ser entendida como la capacidad para interactuar efectivamente con situaciones que dictan ciertos criterios de logro, y que facilitan el desarrollo de nuevas formas de relación en situaciones novedosas. Las competencias pueden actuar en niveles de complejidad distintos dependiendo de la naturaleza y del grado de participación de las convenciones lingüísticas; de acuerdo con Ribes (1990) hay cuatro niveles funcionales en que pueden tener lugar las competencias efectivas en una situación de prevención o riesgo para la salud:

a) Interacciones situacionales no instrumentales:

En este tipo de interacción el individuo no altera las propiedades de los eventos situacionales (objetos, personas o acontecimientos) que regulan totalmente su conducta, sólo reacciona diferencialmente. Son ejemplos de este nivel las reacciones emocionales, la imitación y cualquier comportamiento que sólo implique el ajuste a una situación concreta.

b) Interacciones situacionales instrumentales:

La conducta del individuo, como en el caso anterior, se encuentra circunscrita a la situación particular y concreta, pero aquí el responder del sujeto es efectivo para alterar su relación con el medio. Al producir cambios en la situación, se afecta su propio comportamiento. Un ejemplo de este nivel de interacción es cuando un niño selecciona un alimento poco nutritivo y se le reprende por ello, generando en otra situación semejante que el niño elija otro tipo de producto para evitar que se le reprenda nuevamente.

c) Interacciones extrasituacionales:

Incorporan un mayor nivel de participación del individuo en la estructuración de sus relaciones con el ambiente y de los criterios de efectividad de la situación. La mediación de la conducta lingüística define este tipo de interacciones, ya que la persona responde en función de su experiencia frente a circunstancias distintas o con base a propiedades no explícitas en ese momento de la situación, es decir, actúa frente a una situación concreta como si ésta tuviera las características de una situación no presente

que sólo es posible evocar lingüísticamente. El hecho de que un niño, al dirigirse a comprar un barquillo, recuerde que la semana anterior al comer una paleta helada se enfermó de la garganta y no pudo ir al parque de diversiones, es un ejemplo de conducta que se presenta en este nivel de complejidad funcional.

d) Interacciones transituacionales: Éste es el nivel de conducta más complejo, ya que el individuo enfrenta una situación en términos de cómo la conceptualiza; su comportamiento lingüístico le permite abstraer relaciones genéricas al margen de las situaciones presentes efectivas o de otras situaciones semejantes concretas. Responde ante estas situaciones como si se encontrara en ellas.

Lo anterior puede requerir estudios e investigaciones epidemiológicas, observaciones directas e indirectas, autoinformes de la población y sobre todo un consenso con la población a la cual esté dirigida la estrategia, posteriormente esto posibilitaría el establecimiento de prioridades en cuanto a la atención educacional.

Considerando la naturaleza de estos niveles de complejidad conductual, puede suponerse que una estrategia efectiva de educación para la salud debe considerar, además de los cambios promovidos en situaciones particulares, la participación del comportamiento lingüístico que le permite al individuo regular su propia conducta de manera generalizada. Así se incrementa la probabilidad de observar la congruencia entre el decir y el hacer en una variedad de situaciones que pueden tener, aparentemente, características muy distintas.

El modelo transteórico⁹ propone que en las intervenciones dirigidas a la modificación de la conducta de los individuos deben considerarse cinco etapas por las que pasan éstos:

- 1) **Pre-contemplación.** En esta etapa los individuos no tienen intención de cambiar su comportamiento, no se dan cuenta de sus problemas o los minimizan, se resisten a reconocer o modificar un problema, lo que caracteriza a la pre-contemplación.¹⁰
- 2) **Contemplación.** Los individuos tienen conciencia de su problema y la intención de superarlo pero sólo lo piensan y no pasan a la acción,

esto puede suceder durante largos periodos de tiempo, piensan mucho en pro y contra así como en las posibles soluciones. Un aspecto importante en esta etapa es que existe la decisión para resolver el problema.

- 3) **Preparación.** Las personas ejecutan pequeñas acciones y las abandonan y aunque se observan mejoras no son suficientes para resolver el problema, no hay acciones efectivas.
- 4) **Acción.** El individuo modifica su comportamiento, experiencias o entorno, a fin de lograr los cambios y superar sus problemas; regularmente se esfuerzan mucho para continuar actuando.
- 5) **Mantenimiento.** Los individuos actúan para no tener una recaída y fortalecer los resultados obtenidos generados a partir de la acción. El mantenimiento se concibe como una continuación de los resultados obtenidos y no como una ausencia de cambio.

Es necesario aclarar que los cambios casi nunca se dan al primer intento, se requieren varios ensayos, la cantidad de ellos difiere de persona a persona. En el proceso de cambio se pueden observar recaídas que pueden considerarse como norma, más que como excepción; no obstante, esta etapa se supera y, de acuerdo a los autores, el 85% de los individuos retoman la acción. Los individuos que mayor número de acciones presenten, son los que en mayor porcentaje logran cambios en su forma de comportarse.

En general la población, como parte de la tradición curativa de la medicina, acude a los Centros de Salud o al médico cuando se encuentra y siente enferma, en estas circunstancias este personal constituye el primer contacto para recuperar su estado de salud, pero también para beneficiarse de la educación respecto a los factores que afectan la salud y de las acciones que puede llevar a efecto para recuperarse más rápido, evitar futuras recaídas, secuelas parciales o permanentes, así como prevenir otras enfermedades; la educación respecto a la relevancia de la adherencia terapéutica, cambios en su entorno familiar, social o laboral y cambios en las formas de acción, constituyen aspectos que el médico, enfermera y trabajadores sociales necesitan plantear reiteradamente en cada contacto con los usuarios del sistema de salud, al margen del nivel de atención en que se esté actuando y es fundamental educar a la población en formas de acción alternativas.

El personal de salud socialmente constituye un mediador básico por el estatus que la población otorga a sus opiniones fundadas en el conocimiento de las ciencias de la salud. Los mensajes educativos que se generen en un ámbito socialmente reconocido por las poblaciones y expresado por individuos considerados autoridad en la materia, así como la preocupación inherente que podría percibirse por la salud personal ayudando a la sensibilización del individuo para ejecutar acciones en beneficio personal pero con repercusión social. Los contactos primarios entre individuos enfermos o de riesgo y el personal de salud, puede ser el primer eslabón para romper mitos, creencias y tabúes en las poblaciones, además de reconocer, en conjunción con el paciente, comportamientos no saludables y encauzar acciones específicas para el mejoramiento del estado de salud. Reconocer que cada paciente posee características y formas de actuar particulares y posibilita la coordinación médico-paciente en la búsqueda de alternativas de acción para promover, mejorar o mantener el estado de salud.

Como se ha expuesto, durante la recepción de mensajes educativos se dan una serie de mediaciones que van desde aspectos situacionales concretos donde se encuentran inmersos los individuos cotidianamente, hasta las influencias provenientes de la cultura a la que se pertenece. En estas circunstancias particulares se produce el sentido del intercambio comunicativo, por eso la mediación está fundamentalmente en la interacción situada de los sujetos dentro del proceso comunicativo.

CONCLUSIONES

El contacto entre la población y los profesionales de la salud representa una oportunidad inmejorable para conducir acciones de educación para la salud; sin embargo, para que éstas sean efectivas deben considerarse los factores relacionados con las personas y las diversas mediaciones que intervienen, de tal manera que la comunicación favorezca y promueva el diálogo entre los participantes, lo cual es posible cuando el educador en salud, desde el modelo interactivo integral, considera la etapa de cambio conductual en que se encuentra el paciente y los criterios de logro que, de mutuo acuerdo, pueden definirse.

Lo anterior permite que los esfuerzos individuales y colectivos se traduzcan en la toma de decisiones con-

sensuadas y faciliten el cambio de comportamientos que afectan a la salud personal y comunitaria.

El papel del educador, desde la perspectiva de las mediaciones comunicativas, es reforzar la capacidad negociadora de los educandos con relación a significados y a la apropiación de la audiencia respecto a los mensajes/contenidos educativos. Implica el esfuerzo por analizar conjuntamente con los receptores las mediaciones psicológicas que afectan la salud del sujeto y el papel que juegan los medios y tecnologías de información. La participación individual y colectiva es indispensable, las personas deben ser el centro generador de las acciones en la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstas sean efectivas.⁵

REFERENCIAS

1. Orozco-Gómez, G. (1994). Comunicación y modelos educativos. En: Antología del módulo: Fundamentos del desarrollo de la tecnología educativa II, comunicación educativa y cultural. Maestría en Tecnología Educativa. México: ILCE.
2. López, G. R. & Alarcón, A. M. (1993). El modelo de competencia social como estrategia para la educación nutricional. *Psicología y Salud*, 1, 81-93.
3. Freire, P. & Shor, I. (1987). *Medo e Dúscia. Ocotidiano do Professor*. Sao Paulo, Brasil: Pax e terra.
4. Cansino, C. & Hatch, M. (1990). Educación y Comunicación. *Mimeo*, 1990; 113-163.
5. Organización Mundial de la Salud (1997). Declaración de Jakarta para la promoción de la salud en el siglo XXI. Jakarta, Indonesia.
6. Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, Canadá.
7. Ribes, I. E. & López, F. (1985). Teoría de la conducta. México: Trillas.
8. Ribes, I. E. (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. Barcelona, España: Martínez Roca.
9. Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. Newbury Park, CA., Sage.
10. Prochaska, J.O., Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.

Correspondencia:

Dra. Ma. Luisa Cepeda Islas

Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias Sociales y Educación.

Av. de los Barrios No. 1. Los Reyes Iztacala Tlalnepantla. Edo. de México.

C.P. 54090

Correo electrónico: mcepedaislas@gmail.com

Tels 56231333 ext 39756

Cel. 04455 85546642