

TEMA 5. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

5.1. Introducción.

La intervención en el ámbito de los estilos de vida saludables ha ido de la mano del desarrollo de dos amplias disciplinas como son: la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud. Este tema se centrará en el análisis de la Educación para la Salud mientras que el próximo tema versará sobre la Promoción de la Salud.

La Educación para la Salud es la disciplina que se encarga de comunicar a las personas lo que es la salud -considerando las tres facetas que la conforman: biológica, psicológica y social-, así como de transmitir información sobre los comportamientos específicos que suponen un riesgo para la salud y sobre aquellos otros que, por el contrario, ensalzan la salud (Green, 1984; MacDonald, 1998). En definitiva, la Educación para la Salud tiene como objetivo cambiar comportamientos concretos en una población específica. Existen tres grandes áreas de intervención en la Educación para la Salud: la Educación para la Salud en la escuela, la Educación para la Salud en la comunidad y la educación de pacientes (Green, 1984).

La ***Educación para la Salud en la escuela*** tiene como meta mejorar la salud biopsicosocial de los niños y adolescentes. Entre los principales objetivos que esta disciplina se plantea se encuentra: la salud comunitaria, la salud de consumo, la salud ambiental, la vida familiar, el crecimiento y desarrollo, la salud nutricional, la salud personal, la prevención y el control de enfermedades, la prevención de accidentes y la seguridad, y el uso y abuso de sustancias (Heaven, 1996). Esta disciplina se ha introducido en la educación primaria y secundaria como un contenido transversal que debe ser instruido desde todas las asignaturas del curriculum escolar. Sin embargo, las

carencias en formación del profesorado en esta disciplina, la dificultad en insertar los contenidos junto a los de otras disciplinas como por ejemplo, las matemáticas o la literatura, la falta de tiempo para acabar los programas y la complejidad y la diversidad que en sí tiene la Educación para la Salud hace que en muchos casos se esté dejando a un lado y se dedique poco tiempo a esta ardua labor. Como consecuencia, Heaven (1996) considera que dadas las carencias que se están produciendo es recomendable introducir esta disciplina en el sistema escolar como una asignatura independiente a cubrir, recibiendo el mismo peso que el resto.

Resulta mucho más difícil delimitar el ámbito de intervención de la **Educación para la Salud en la comunidad**. En contraste con la escuela no existe un contexto específico ni unos objetivos claros. Por el contrario, se trata de programas que se realizan para prevenir y mejorar los problemas de salud que presenta la comunidad en general (Green, 1984). Ejemplos de este tipo de programas puede ser una campaña antitabaco o un programa de planificación familiar.

En tercer lugar, en lo que respecta a la **educación de pacientes**, esta se lleva a cabo fundamentalmente en contextos médicos donde la población diana son personas que han sido diagnosticadas de alguna enfermedad y que se encuentran bajo tratamiento médico. El objetivo suele ser aminorar los riesgos asociados a dicha enfermedad. Son los médicos los profesionales que directa o indirectamente se encargan de esta labor (Green, 1984).

5.2. Las estrategias de la Educación para la Salud.

Tal y como se señala en el tema 2, son los estilos de vida, y no las conductas aisladas, lo que configura las prácticas de salud y/o de riesgo. Este hecho plantea implicaciones de interés para las estrategias de la Educación para la Salud (Costa & López, 1996):

- Las estrategias de intervención dirigidas a comportamientos aislados devienen en un esfuerzo a menudo carente de efectividad.

Resulta imposible separar artificialmente las conductas de los estilos de vida en los que a menudo están perfectamente encajadas, y resulta difícil cambiarlas si están empotradas en una «arquitectura tupida de conductas» que impulsan una dirección diferente a los cambios que se proponen.

- Los objetivos de cambio de la EpS se orientarán, pues, a las constelaciones de comportamientos y a los contextos a los que se vinculan.

La naturaleza ecológica de los comportamientos plantea la necesidad de promover no tanto la elección de conductas, sino más bien la elección de entornos para vivir mejor o la elección de cambios para adaptar los entornos y hacer fáciles las prácticas y estilos de vida saludables.

- Los cambios serán tanto más difíciles cuanto más complejos resulten los comportamientos y estilos de vida y más cambios haya que introducir.

La mayor o menor complejidad de un estilo de vida se mide por el número de comportamientos implicados en las constelaciones que lo definen y por la mayor riqueza de transacciones que mantienen entre ellos y entre ellos y su entorno.

- La mayor o menor dificultad de asumir determinadas prácticas depende también de la coherencia interna de las constelaciones de comportamientos.

Los comportamientos están organizados según secuencias o cadenas más o menos complejas en las que unos pueden servir de antecedentes o condiciones preparatorias de otros. Y de este modo, la mayor o menor dificultad para asumir determinadas prácticas dependerá de la menor o mayor existencia de cadenas previas de comportamientos.

- La estructura y coherencia interna de los comportamientos y estilos de vida los hace accesibles a las estrategias de cambio de la EpS.

Resultaría una tarea casi imposible si se tuviera que afrontar el cambio de cada una de las conductas que configuran una constelación para lograr prácticas más saludables. En este sentido, la identificación de la conducta principal de dicha constelación viene a ser una tarea crucial en la planificación para hacer más viables los cambios. Por conducta principal se entiende aquella que resulta ser más relevante, por mantener un mayor número de relaciones y transacciones con otras, y por estar más vinculada con los procesos mórbidos o de bienestar.

- Dos ámbitos de acción preferente: el estilo de comunicación interpersonal y la capacidad de solución de problemas y de toma de decisiones.

Quizá no sea fácil definir de forma tajante qué estilos de vida, o qué parte de cada estilo de vida, asociados con el consumo, el ejercicio físico, el estrés, el trabajo o el ocio están más estrechamente vinculados a la salud y a la calidad de vida, y qué parte constituye un factor de riesgo. En todo caso, lo que sí puede decirse es que la mayor parte de ellos, por no decir todos, se tejen y se desarrollan en escenarios interpersonales y afrontando problemas que surgen en la vida diaria. Es por ello por lo que la comunicación interpersonal y la habilidad para resolver problemas y tomar decisiones son componentes esenciales para los estilos de vida y, por tanto, vienen a ser objetos de actuación preferente de la EpS.

5.3. Los métodos más utilizados en la Educación para la Salud.

Se han utilizado numerosos métodos para alertar a la población de los riesgos para la salud que posee un estilo de vida insano, así como de los beneficios del estilo de vida saludable. Aunque estos métodos varían de una cultura a otra, en general pueden ser clasificados en tres grupos (Heaven, 1996; Sarafino, 1994): los mensajes o las advertencias que suscitan miedo, proporcionar información relevante para la salud y emplear métodos de modificación de conducta.

a) Mensajes inductores de miedo.

Los mensajes inductores de miedo consisten en comunicaciones persuasivas que intentan motivar a sus receptores a cambiar la conducta perjudicial para su salud induciendo miedo sobre los riesgos potenciales (Hewstone, Stroebe, Codol & Stephenson, 1990). Se

supone que el impacto de estos mensajes depende de la cantidad de miedo que inducen al receptor, pudiendo ser representada en forma de U invertida (Janis, 1967). Existe controversia entre los autores acerca de su eficacia. Algunos autores consideran que provocar demasiado miedo puede ser contraproducente puesto que las personas en tales circunstancias es probable que ignoren, minimicen o incluso nieguen la amenaza que determinada conducta supone para su salud, intentando de este modo racionalizar la conducta de riesgo. Sin embargo, la mayoría de los autores consideran que los mensajes inductores de miedo son bastante efectivos para motivar a las personas a cambiar su estilo de vida. Incluso algunos autores señalan que los mensajes inductores de un miedo alto son más efectivos cambiando actitudes sobre la salud que los que inducen un miedo bajo (Sarafino, 1994).

De cualquier modo, para mejorar la eficacia de este tipo de mensajes es necesario complementarlo con otro tipo de estrategias como son dar instrucciones sobre cómo realizar el cambio conductual y proporcionar autoeficacia para que las personas se sientan capaces de llevarlo a cabo (Heaven, 1996).

b) Proporcionar información.

Los medios de comunicación juegan un rol importante proporcionando información relacionada con la salud. La eficacia de las campañas realizadas en los mismos depende del cumplimiento de los siguientes principios:

- Los mensajes deben ir orientados a la audiencia apropiada, adaptados pues a las características de la población diana. Así, por ejemplo, si se trata de adolescentes, los mensajes deben estar expresados con un lenguaje adecuado para ellos.

- Los mensajes deben ser cambiantes. Debido a que las actitudes públicas no son fijas y en ocasiones es necesario modificar el mensaje, especialmente cuando está orientado a los adolescentes.
- Los medios de comunicación deben ser utilizados selectivamente.
- A veces es apropiado presentar las dos caras de un argumento.
- La fuente del mensaje debe ser creíble.
- El mensaje debe ser estimulante.
- Los mensajes inductores de miedo deben emplearse con precaución.
- El mensaje debe establecer metas realistas.

Las campañas en los medios de comunicación pueden llevarse a cabo empleando dos tipos de estrategias (Heaven, 1996):

1. Transmitir información sobre la necesidad del cambio conductual. Esta estrategia ha sido bastante efectiva para cambiar conductas que no requieren mucho esfuerzo, como por ejemplo el uso del cinturón, el uso del preservativo, del protector solar, etc. Sin embargo, este método ha sido poco útil con conductas más complejas, un ejemplo de estas últimas podrían ser el abandono de las drogas.
2. La segunda estrategia recoge el denominado marketing social. El marketing social es la aplicación de las técnicas del marketing comercial para el análisis, planeamiento, ejecución y evaluación de programas diseñados para influir en el comportamiento voluntario de la audiencia objetivo en orden a mejorar su bienestar personal y el de su sociedad (Andreasen, 1994). Por lo tanto, se trataría de un acercamiento sistemático

diseñado para convencer a la audiencia o al consumidor de que determinadas conductas de salud son más apropiadas que otras, o dicho de otro modo de la conveniencia de comprometerse con estilos de vida saludables.

c) Programas de modificación de conducta:

Las técnicas de modificación de conducta también se utilizan en el diseño de programas de Educación para la Salud. Para ello se emplean los principios del cambio conductual con la finalidad de alterar las conductas que suponen un riesgo para la salud. Entre las estrategias más utilizadas destacan aquellas orientadas a modificar los pensamientos de las personas o también los refuerzos del comportamiento (Sarafino, 1994).

Por ejemplo, una conducta que suele ir asociada a pensamientos que tratan de racionalizarla es el consumo de tabaco. Algunas de las razones que dan los fumadores para fumar son: "me encuentro en una situación de estrés y fumar me relaja", "fumar me estimula y me ayuda a ser más efectivo en el trabajo", "ya he reducido substancialmente el consumo", "no tengo fuerza de voluntad para dejar de fumar". Para que una intervención sea efectiva es necesario cambiar este tipo de pensamientos utilizando técnicas de cambio cognitivo como podría ser el uso de contraargumentos. Un contraargumento para el pensamiento que hace referencia a la carencia de fuerza de voluntad para dejar de fumar sería: "seguro que es difícil, pero hay distintas técnicas que te pueden ayudar" o "es difícil si lo intentas tú solo, pero puedes recurrir a un profesional que te guíe".

En otras ocasiones las conductas son reforzadas y es necesario cambiar los reforzamientos. Por ejemplo, en el caso del consumo de tabaco en la adolescencia muchas veces es reforzado a nivel social,

los jóvenes son más aceptados o más populares entre los amigos si fuman. Para eliminar esta conducta habría que asociarla a otro tipo de refuerzos, como puede ser hacer que esta conducta parezca ridícula entre los adolescentes.

5.3. Referencias bibliográficas.

- Andreasen, A. (1994). Social Marketing: Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13, 108-114.
- Costa, M. & López, E. (1996). Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Pirámide. Madrid.
- Green, L. W. (1984). Health education models. En J.D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N.E. Millar y S. M. Weiss (Eds.), Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention (pp. 181-198). New York: Wiley.
- Heaven, P. C. L. (1996). Adolescent health: The role of individual differences. London: Routledge.
- Hewstone, M., Stroebe, W., Codol, J.P. & Stephenson, G.M. (1990). *Introducción a la Psicología Social. Una perspectiva europea*. Barcelona, Ariel.
- Janis, I. L. (1967). *Effects of fear arousal on attitude change: Recent developments in theory and experimental research*. En L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology (Vol. 3, pp. 166-225). New York: Academic Press.
- MacDonald, T. H. (1998). Rethinking health promotion. A global approach. Routledge, London.
- Sarafino, E. P. (1994). Health Psychology. Biopsychosocial Interactions. New York: John Wiley & Sons.