

Salud

REPRODUCTIVA

¿ESTAMOS EDUCANDO BIEN?

En los últimos tiempos se ha multiplicado el interés de las Ciencias Biomédicas y Sociales, en el logro de un estilo de vida sano por parte de los y las adolescentes, especialmente, en lo que se refiere a su Salud Reproductiva (SR).

Esta fue definida en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo, en 1994 (CIPD- 94), como: "el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias relacionadas con el sistema reproductor, sus funciones y procesos" (1).

Pero mantener este estado de bienestar físico, mental y social, requiere de una autoresponsabilidad por parte de los individuos, los cuales –en ocasiones– carecen de los medios y la preparación adecuada para lograrlo.

En este contexto, la educación juega un papel fundamental ya que constituye la base del conocimiento y de las destrezas que habilitan a las personas –en general– para hacer elecciones positivas y responsables en materia de Salud.

Sin embargo, conocidas las potencialidades que le son inherentes a la educación como proceso, parecería que a la adolescencia no se le ha prestado –de forma eficaz– la debida atención en este sentido; en primer lugar, porque regularmente obviamos las percepciones que tienen ellos sobre sus necesidades en SR, las cuales –por lo general– difieren de las que percibimos los proveedores de salud. Además, a pesar de estar ampliamente reconocido que una efectiva estructura educacional constituye un componente vital de las unidades y servicios de

atención en salud, aún resulta difícil organizar un sistema en el cual el personal de salud ponga igual énfasis en los aspectos biomédicos y en los aspectos sociales y educativos (2).

Esta problemática se observa claramente –entre otros– en los servicios de Planificación Familiar.

Muy relacionado con esto se encuentra el supuesto erróneo, del enfoque dado a querer "Planificar la Familia" de los adolescentes. Se conoce que los adolescentes no se identifican con este concep-

to (3).

Por otra parte, tanto la formación del personal médico, como la tradicional orientación de las estrategias educativas han tendido a biologizar la atención a los adolescentes, y no a verlos desde un enfoque social; además de carecer de las estrategias y habilidades relacionadas con la adecuada comunicación. De esta forma, los resultados de la labor educativa –cuando más– lograrán un individuo informado, pero esto no indica que esa información se traduzca en una conducta sexualmente responsable.

Por lo tanto, de la unidad que existe entre lo biológico y lo social se deriva que la acción práctica de promoción y educación requiere del concurso de disciplinas de las ciencias biomédicas y de las ciencias sociales, con sus respectivos soportes conceptuales y metodológicos (2, 4).

Por último, es necesario analizar las estrategias comunicativas que se han utilizado para transmitir los mensajes educativos a las audiencias metas.

La formación del personal médico, así como la tradicional orientación de las estrategias educativas han tendido a biologizar la atención de los y las adolescentes.

Regularmente, los mensajes educativos han empleado códigos de difícil comprensión por las audiencias metas, siendo ricos en un lenguaje biologicista (2).

Además, aparejado a esta problemática se encuentra la tendencia a utilizar el tradicional Modelo Vertical de Comunicación. Modelo que se utiliza como una consejería autocrática, de manera que la transmisión del mensaje viaja en un sólo sentido. No existe, por lo general relación entre la enseñanza y las necesidades de aprendizaje de las audiencias, o sea, el mensaje se basa más en lo que las prácticas de buena salud ordenan que "debe o no hacerse", que en los deseos y necesidades de las audiencias metas a los que van dirigidos (5- 6).

Viéndolo de otro modo:

EMISOR:

De manera general ha sido una función desempeñada por el personal de salud.

CÓDIGO:

Se han utilizado –a menudo– términos científicos que no son fácilmente decodificados por las audiencias.

MENSAJE:

Ha descansado su producción en el polo emisor, abusándose de los términos "debe, tiene y es mejor que". En este han predominado los mensajes PARA LA AUDIENCIA (en nuestro caso particular, para los adolescentes), teniendo menos frecuencias aquellos SOBRE LA AUDIENCIA (que permitan identificar y valorar sus reales posibilidades) y los mensajes

DE AUDIENCIA:

Que faciliten el intercambio de opiniones, sentimientos, y experiencias, así como la producción de nuevos mensajes.

PERCEPTOR:

No ha tenido toda la participación que le corresponde en el proceso; dado que al final él es quien decide lo que hace, cuando y como lo hace. Por lo tanto, debería tener la posibilidad de emitir opiniones al respecto.

Es importante destacar que los procesos de comunicación y educación están tan íntimamente ligados que resulta imposible analizar uno sin considerar al otro (7). Estos tienen características muy similares y están íntimamente relacionados con las capacidades de los hombres y de las mujeres para desarrollarse en sociedad, para aprender y para interactuar con el resto de la sociedad.

Por lo tanto, si nuestro objetivo es desarrollar en los adolescentes la capacidad para tomar decisiones y elegir responsablemente las alternativas que lo ayudarán –cada vez más– a mejorar su modo

de vida y así elevar su calidad de vida, entonces el modelo pedagógico de consejería directa –antes descrito– contradice el objetivo.

Para esto es necesario ir a la búsqueda de otros modelos pedagógicos y de comunicación más eficaces.

De esta forma y tomando como base la experiencia del Programa de Educación al Paciente Diabético del Instituto Nacional de Endocrinología (INEN) –el cual ha arrojado muy buenos resultados, proponemos se valore la utilización del Modelo Interactivo de Comunicación y Educación en Salud; cuyos principios conceptuales se basan en: el carácter biosicosocial de la persona, el carácter necesario de su participación activa en el desarrollo y mantenimiento del estado de salud, y la conveniencia de la acción del colectivo en la toma de decisiones y el desarrollo de un estilo de vida sano. Sus principios metodológicos se enfatizan en el modelo de educación interactiva y la enseñanza recíproca, donde la actividad del individuo juega un papel fundamental y el educador se

transforma en un facilitador del proceso de enseñanza-aprendizaje, con un enfoque que tiene en cuenta las características individuales, como la interacción social del sujeto (2, 5- 6, 8-10).

Este modelo interactivo incluye dos modelos; uno Pedagógico que se debe dirigir a desarrollar capacidades para pensar y decidir qué debe hacer el individuo ante determinada situación. Este tiene como base la discusión grupal; usa un lenguaje fácilmente comprensible por las audiencias; y diseña situaciones de aprendizaje donde el y la adolescen-

te se constituyan en un participante activo del proceso (2).

Por su parte, el modelo Comunicacional se debe sostener sobre la base de una comunicación participativa, donde cada miembro del grupo realice la doble función emisor-perceptor para llegar a la coproducción de un mensaje común, a punto de partida de una información primaria (2).

Para este caso el proceso se fundamentará en el trabajo grupal, de manera que facilite el desarrollo de la actividad cognoscitiva, la cooperación y la búsqueda conjunta de soluciones alternativas a diferentes situaciones.

Los objetivos y contenidos de las sesiones serán establecidos por el grupo a partir de sus necesidades -reales y sentidas- y sentimientos, los cuales serán expresados en un ambiente informal, espontáneo y de confianza.

En resumen, las características de los diferentes elementos del proceso comunicacional, dentro de esta estrategia propuesta, se comporta de la siguiente manera:

**El Modelo Comunicacional
se debe edificar sobre
la base de una
comunicación participativa
donde cada miembro del
grupo realice
la doble función
de emisor-perceptor.**