

Comunicación en salud reproductiva

Lic. Raquel Fernández Pacheco

Master en Tecnología Educativa

Especialista del Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud

El modelo de comunicación más difundido entre los profesionales que han estudiado esta temática es el aportado por los conductistas que resulta reduccionista y mecanicista. El mismo considera en el proceso de la comunicación los siguientes elementos:

Emisor—Mensaje—Receptor

Además, un elemento de retorno, que es la retroalimentación.

La esencia del mismo plantea que la comunicación se produce cuando se logra la «sintonía» entre un emisor o fuente, que envía un mensaje a un receptor que lo decodifica, lo cual se comprueba mediante la retroalimentación. Para que esto ocurra, el mensaje debe ser redactado de forma tal que tenga en cuenta la experiencia del receptor, es decir, que utilice signos que sean conocidos por la persona a la cual es dirigido. Otra recomendación se refiere a que el mensaje no debe atentar contra las normas del grupo al que pertenece el receptor.

Pero las cosas no son realmente tan sencillas. Lomov plantea que la comunicación implica *interacción* entre dos o más personas que intervienen en ella como sujetos, no se trata de la acción de un individuo sobre otro sino, precisamente, de una interacción. La considera un proceso dinámico, porque se modifican de forma constante los sujetos y los objetos que intervienen en ella.

En la década del 60, surgen en Latinoamérica las llamadas teorías críticas de la comunicación. Representan una alternativa que se contraponen a las teorías clásicas de origen conductista. Tienen como base la realidad económica, social y política de nuestros países.

Algunos de los postulados de las mismas se relacionan con el establecimiento de la diferencia entre información y

comunicación, la importancia del análisis de los mensajes, entre otros aspectos.

Estas teorías conciben a la *comunicación* como intercambio de mensajes con posibilidad de retorno no mecánico entre dos polos igualmente dotados del máximo coeficiente de comunicabilidad.

La *información*, por su parte, es el envío de mensajes sin posibilidades de retorno no mecánico entre el polo trasmisor y el receptor periférico puramente aferente.

Paulo Freire, uno de los principales representantes de estas corrientes expresa: la educación es comunicación, es *diálogo*, *no transferencia del saber* sino encuentro de sujetos interrelacionados que buscan la significación de los significados.

Expresa Prieto que en la *comunicación alternativa* no hay relación autoritaria, sino igualdad (diálogo) y que es preciso analizarlos mensajes que enviamos para iden-

tificar aquéllos que resulten autoritarios.

Esta introducción que toca brevemente algunas cuestiones teóricas, la consideramos necesaria para abordar y reflexionar de manera conjunta acerca de la forma en la cual nos comunicamos diariamente con las mujeres y parejas a las que intentamos orientar en cuestiones de planificación familiar.

Sin temor a equivocarnos podemos decir que la mayor parte de los mensajes que damos diariamente, siguen el modelo tradicional de comunicación, en el cual hay una reducción de la riqueza del proceso de comunicación. En el mismo, todo comienza por el emisor, como si en él se originara todo, como si fuera el fundamento del análisis y la evaluación. Recordemos el esquema:

Emisor	—	Mensaje	—	Receptor
Es el que sabe, el que piensa, el que decide...		Elaborado por el emisor		Recibe pasivamente los mensajes

Considerar a las personas dentro del contexto de su estructura socio-cultural y no como entes aislados

Factores Predisponentes para la comunicación

Factores habilitantes

- **Experiencias** previas
Ej.: anticonceptivos que les fallaron
- **Conocimientos** no sólo de que los MAC existen sino ventajas y desventajas, modo de empleo, etc
- **Actitudes** hacia la anticoncepción, hacia el aborto, etc.
- **Creencias** (ej. algunos anticonceptivos ocasionan cáncer)
- **Percepción** del riesgo individual

- Incluye estructura del ambiente o comunidad y la situación personal
- **Facilitantes**
Ej. aborto gratis, anticonceptivos a precios módicos
- **Obstaculizadores**
Ej. inestabilidad en el mercado de algunos anticonceptivos

En nuestro caso:

Médico o enfermera — Mensaje — Paciente o comunidad

La retroalimentación cumple la función, en este caso, de reforzar al emisor, en el sentido de que le sirve para conocer si tuvo éxito en sus empeños de que el receptor «entendiera» su mensaje.

Veamos algunos ejemplos que pueden ilustrar lo que hemos planteado hasta aquí. Pensemos que nos encontramos en una consulta de riesgo preconcepcional, frente a una mujer que presenta determinadas condiciones físicas o determinados problemas sociales que no favorecen que tenga un hijo en ese momento. Supongamos que el médico le diga: «Tienes que ponerte un DIU, si pares ahora es posible que se te muera el niño». Analicemos el mensaje: en primer lugar es de tipo autoritario; en segundo lugar emplea un argumento de temor. ¿Cuál será la conducta resultante?

Es probable que la mujer acepte ponerse el dispositivo pero, al pasar los días, probablemente desee retirárselo. ¿Por qué ocurre esto? Pues no existió el diálogo; es probable que sintiera que la decisión es impuesta «desde afuera»; es probable que no perciba el riesgo de la misma forma que lo hace el médico lo que, lógicamente, influirá en su conducta.

Debemos recordar que transmitir conocimientos es importante, pero no es suficiente:

Conocimiento \neq actuación

El conocimiento es el primer paso; reiteramos que es importante, pero no siempre lleva a la acción. Pensemos en nosotros mismos, cuántas cosas conocemos que debemos o no debemos hacer en beneficio de la salud y sin embargo no las ponemos en práctica.

Por otra parte, no podemos pensar en términos de «receptor» tal y como hemos estado acostumbrados a identificar en el modelo de comunicación que conocemos, que tradicionalmente nos han enseñado. En vez de pensar en un «receptor» debemos pensar en un «perceptor», como un sujeto activo, capaz de transformar su propia situación. El emisor debe ubicarse en el polo perceptor para conocer los fenómenos de aprendizaje que se originan en el individuo, y los que se generan en los grupos donde éste vive (familia, escuela, colectivo laboral).

¿No sería apropiado el establecimiento de un diálogo con la mujer de nuestro

Seleccionar un segmento de la población (audiencia) que se priorizará, para lo cual se considerará el enfoque de riesgo



Evaluar el trabajo de comunicación en los diferentes niveles:

- al inicio (diagnóstico de necesidades de educación)
- monitoreo, validación de mensajes, etc.
- impacto, resultados

Comunicación cara-cara (que presupone personal adiestrado en comunicación)
Educación entre iguales (promotores, líderes de la comunidad y otras personas de la comunidad interesadas y capacitadas)
Medios masivos de comunicación:
— Mensajes directos (elaborados por o con participación de personal de salud)
— Mensajes indirectos (tocan el tema de la planificación familiar en telenovelas, letras de canciones, etc.)

ejemplo más que ese mensaje cargado de autoritarismo? ¿Qué pasará cuando ella interactúe con su pareja? ¿Qué opinará su madre del asunto? ¿Qué le dirá su mejor amiga? ¿Qué pensará ella misma cuando esté a solas? ¿No sería oportuno ampliar nuestro esfuerzo comunicativo? ¿No sería conveniente conocer qué piensan, sienten, conocen, opinan, los perceptores para cuando debamos transmitir estos mensajes no estar ajenos a la complejidad que esto representa y aumentar nuestra eficiencia?

Se trata de orientar, no de imponer, de propiciar la reflexión.

Todo esto nos dice que no podemos estar ajenos a la psicología y los aspectos socio-culturales para el diseño de los mensajes. Es necesario también tener una concepción integral participativa. ¿Quién puede elaborar el mejor mensaje para un adolescente que otro adolescente? ¿O para una mujer de riesgo que otra mujer de la propia comunidad? *Estos niveles de participación no son fáciles de lograr* pues no se trata de que los promotores o líderes comunitarios hagan tareas que les dirija el personal de Salud, sino de que sean educadores conscientes, para lo cual deben estar motivados y capacitados.

Nuestro propósito no es agotar el tema, pues sería imposible, ya que la comunicación es un proceso complejo que se ha convertido en una disciplina de estudio, pero si hemos logrado motivarlos en el tema nos consideramos satisfechos.

Aspectos a considerar en un modelo de comunicación para favorecer la planificación familiar:

Debe tenerse en cuenta a la hora de elaborar una estrategia educativa, el diag-

nóstico de salud de la comunidad, del cual obtendremos las necesidades reales.

No puede obviarse tampoco lo que se denomina «el diagnóstico comunitario de salud» en el cual se recogen las necesidades sentidas. Deben tenerse en cuenta, además, las experiencias previas, los conocimientos, las actitudes, las creencias, los valores, así como la percepción del riesgo que tienen las personas.

Para abordar un problema complejo como el de la comunicación en planificación familiar se necesita diseñar una estrategia de comunicación que incluya la mayor cantidad de mensajes posibles utilizando diferentes vías, para lo cual debe considerarse:

Todo lo expuesto hasta aquí debe servir de acicate para la profundización de los aspectos relacionados con el tema, alertándolos en que no resulta fácil el análisis de los elementos intervinientes en el proceso de comunicación en la relación cotidiana, donde se entrecruzan permanentemente distintos mensajes, donde emiten simultáneamente seres, espacios, objetos e historia.

Bibliografía:

1. PRIETO, C.D.: *Diagnóstico de Comunicación*. Manuales Ciespal, Quito, 1979
2. OPS/OMS: *Manual de comunicación social para programas de salud*. Washington, Mayo de 1992
3. Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa. *Comunicación educativa y cultural*. México 1991
4. SALLERAS, SANMARTÍN L.: *Educación sanitaria, métodos y principios*. Barcelona, 1985
5. LOMOV, B.F.: *El problema de la comunicación en Psicología*. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1989.