

La educación para la salud como elemento fundamental de la prevención de la transmisión del virus de la Inmunodeficiencia humana.

Nájera Morrondo, P.

Catedrática Emérita de la Sociedad Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA) y miembro de su Junta Directiva.

Resumen

Se hace una reflexión sobre la utilidad de la educación en la prevención de la transmisión del VIH/SIDA y sobre la necesidad de analizar los comportamientos que implican riesgo para modificarlos. Se destaca la complejidad del proceso educativo y la participación en el mismo tanto de las características personales y las relaciones interpersonales como del entorno social y los factores situacionales que condicionan dicho entorno. Se considera fundamental la reflexión del individuo sobre sí mismo y sobre sus circunstancias para ayudarle a reconocer sus posibles conductas de riesgo, a buscar soluciones y a tomar decisiones que impliquen la adopción de comportamientos más seguros, que pueda mantener en cualquier momento y situación con riesgo de transmisión del VIH.

Palabras Clave

Educación para prevención, Conductas de Riesgo, Cambio de conducta, Acción multidisciplinaria, Enfoque comunitario.

Summary

A reflection is made on the important role of education in the prevention of the transmission of HIV/AIDS and on the need of analysing the behaviours that involve that risk in order to modify them. It is emphasized the complexity of the education process and the implication in that process of both the personal attributes and interpersonal relationships and of the social environment where the behaviour takes place. Great importance is given to the reflection of the individual on himself and his/her circumstances in order to help him/her to look for solutions and to make decisions which imply the adoption of safer behaviours that could be maintained in every moment and situation with risk of transmission of HIV.

Correspondencia a:

Instituto de Salud Carlos III. Madrid. - C/ Rey Francisco, 10, 5ª Izqda. - 28008 MADRID



Key Words

Education for prevention, Risk behaviours, Behavioral change, Multidisciplinary action, Community approach.

Estamos asistiendo al desarrollo de una de las pandemias más devastadoras que ha sufrido la humanidad a lo largo de su historia: la producida por el VIH. En los algo más de veinte años transcurridos desde que se describieron sus primeros casos han muerto por esta causa en el mundo 21,8 millones de personas, de las que 4,3 millones han sido niños y se estima que el número de adultos y niños que vivían con VIH/SIDA en todos los países a finales del año 2000 era de 36,1 millones, de los que 25,3 millones se hallaban en el África Subsahariana. (1) Se considera que cada día se producen en el mundo 15.000 nuevos casos de esta infección. En España en esa fecha el número de casos de SIDA desde el inicio de la afección era de 59.466, ocupando el primer lugar de Europa en tasas acumuladas y el segundo en relación con la incidencia, aunque el número de nuevos casos se está reduciendo desde 1995.

Por otra parte, el SIDA es también la enfermedad transmisible en que más rápidamente se han producido avances en su conocimiento tanto en cuanto su etiología, que se conoció a los dos años de diagnosticarse la enfermedad, los mecanismos de transmisión del VIH, las pruebas serológicas para su diagnóstico de las que se dispuso a los cuatro años y se inició su aplicación obligatoria a sangre y hemoderivados y el descubrimiento de drogas eficaces para su tratamiento, desde la aplicación del AZT en 1966 a la actualidad, en que se dispone de nuevos fármacos para utilización combinada que han mejorado en gran medida la supervivencia y la cali-

dad de vida de los afectados. También se han hecho grandes avances en el conocimiento de la inmunodeficiencia del VIH y están en marcha varios ensayos de posibles preparados vacunales, pero las dificultades, tanto derivadas de las características de virus como de factores sociales y económicos hacen suponer que no se podrá suponer el los próximos años de la vacuna segura, efectiva y accesible a grandes masas de población que sería necesaria para controlar la infección.

Sin embargo, el hecho de haber conocido precozmente que la transmisión del agente causal se realiza por unas vías específicas y que éstas dependen de una serie de comportamientos muy concretos referidos a las relaciones sexuales y al hecho de compartir material de inyección, ofreció muy pronto la posibilidad de evitar la transmisión del VIH y, por tanto, de compartir la enfermedad. (2) Si fuéramos capaces de conseguir eliminar el riesgo en las conductas sexuales y de las relacionadas con la inyección de sustancias podríamos cortar la difusión del virus.

Esto implica un cambio de conducta que puede conseguirse mediante la educación de los individuos, por lo que la educación para la salud se convertía en un instrumento eficaz para detener el curso de la enfermedad, tanto que pronto se dijo que era «la vacuna» que se estaba esperando. (3) Y así se hicieron en todos los países amplias campañas informativas para dar a conocer las formas en que se transmite el VIH y proponiendo conductas más seguras. La estrategia se basó en un modelo teórico de cambio de com-



portamiento (CAP = conocimiento, actitud, práctica) que supone que, sabiendo cómo evitar un perjuicio, la persona consciente y responsable utiliza este conocimiento para modificar su actitud y su conducta. Pero pronto se pudo comprobar que la secuencia conocimiento-actitud-conducta no se producía más que en algunos casos privilegiados, así como que la aportación de conocimientos es un elemento necesario pero no suficiente para la modificación consciente de la conducta.

La educación es un proceso mucho más complejo que la adquisición de conocimientos, aunque se base en ella.(4) Supone la interacción entre el individuo y las entidades sociomediadoras (familia, escuela, servicios de salud, medios de comunicación, etc.) que actúan a lo largo de su vida en su constante interacción con el entorno en que vive. Se inicia al nacer y se inserta en el proceso de socialización. La conducta habitual, en gran parte, no consciente, constituye el 90-95% de nuestra conducta y se crea en los pequeños grupos (nichos sociocológicos) donde se desarrolla la vida de todos los días. El 5-10% restante de la conducta de las personas no sigue pautas marcadas previamente sino que exige una decisión discreta puntual, es decir, es una conducta que se determina de modo específico porque es nueva o porque supone el cambio de un comportamiento habitual. En el caso de la educación sobre SIDA, las conductas sin riesgo de transmisión de VIH pueden adquirirse a través del proceso educativo general. Esto es lo que se pretende conseguir con la introducción de la educación para la salud en la escuela (educación afectivo-sexual y la que se refiere al consumo de sustancias) que la Ley General de Educación vigente incluye en el currículum

escolar; pero cuyo desarrollo se hace muy irregularmente. Cuando esta educación no se produce en la familia o en la escuela, el individuo puede adquirir de su entorno cultural conductas con riesgo que habrá que modificar; lo que exige un proceso educativo más complejo y difícil para que llegue a adoptar una decisión puntual y para que pueda mantenerla a continuación hasta que se convierta en habitual.

Los estudios de psicólogos y educadores sobre la mente humana y el aprendizaje han aportado datos y, a través de un proceso de teorización, investigación-acción y evaluación, han elaborado explicaciones y teorías respecto a la adopción de conductas y la toma de decisiones. Numerosas teorías y modelos se han desarrollado durante los últimos cuarenta años de las que las la T. de Creencias de Salud, la T. de la Acción Razonada, la del Aprendizaje Social y e la Acción en Salud son algunas de las más conocidas y utilizadas en el campo de la educación para la salud. A través de ellas se han puesto de manifiesto numerosos determinantes de la conducta como: la importancia de la percepción de la propia susceptibilidad ante un problema de salud y de la gravedad del mismo, el balance costo-beneficio de la solución propuesta, la influencia de creencias, valores, actitudes y hábitos precedentes, el papel del ambiente en el que tiene lugar la conducta, la influencia de la actuación (a través del modelaje y del refuerzo) y de la opinión de las personas que el individuo considera interesantes, la adquisición de habilidades (de uso o de rechazo) necesarias para la conducta, las expectativas, el sentimiento de autoeficacia, y tantas otras.(5)

Como determinantes de la conducta con riesgo de VIH/SIDA se han hallado factores



que podemos clasificar en 1) **personales**: conocimiento del riesgo, autoeficacia de uso -de preservativos y de material de inyección estéril- y de rechazo -de propuestas de conductas con riesgo-, autoestima, anticipación de la conducta, etc.; 2) **interpersonales**: consumo de drogas, desconocimiento de la pareja, dificultades de comunicación con la misma, pautas de conducta y papeles sexuales prevalentes en la cultura, afectividad, etc.; y 3) **situacionales**: pobreza, falta de poder, prostitución, normas sociales, reacción de otros importantes, falta de apoyo social, ambiente en que se produce la relación, acceso o no a medidas preventivas, etc.

La conducta de un individuo depende de sus conocimientos, actitudes, creencias, valores y hábitos adquiridos a través de su educación, del concepto de sí mismo y de su proyecto vital, pero, como hemos dicho, también depende de sus circunstancias situacionales en su ambiente psicosocial, que influye tanto directamente (presión social) como a través de la internalización que la persona hace de sus normas y expectativas de conducta. Por tanto, ésta y el estilo de vida, que muchos creen consecuencia de la elección personal, dependen en gran parte de las condiciones de vida, que limitan o aumentan según los casos las opciones que tienen los individuos y, por otra, de la influencia del ambiente psicosocial.(6) Esto debe tenerse en cuenta cuando se trabaja con grupos marginados. Pretender que adopten determinados comportamientos sin ayudarles a salir de la situación o condiciones que contribuyen a su conducta de riesgo puede ser «culpabilizar a la víctima». Son pues necesarias intervenciones integrales que además de actuar sobre la persona modifiquen el entorno que la condiciona. Los individuos no están solos ni to-

man la mayoría de sus decisiones fuera de su entorno sino que son influenciados por éste, de tal modo que incluso la conducta que consideramos individual, es en gran medida social.

Un aspecto muy importante de la educación para la salud es el desarrollo de un espíritu crítico de su entorno y situación, siguiendo la filosofía de la toma de conciencia de Paulo FREIRE. Ésta trata de desarrollar la reflexión del individuo sobre sí mismo -su eficacia- y sobre las circunstancias en que se encuentra para detectar y reconocer sus posibles factores de riesgo y buscar soluciones. Los implicados en educación sanitaria deben conocer la estructura y dinámica de la comunidad con la que trabajan, ya que en cualquier intento de modificación de conductas hay que partir de los conocimientos y circunstancias que tiene la población y prever sus resistencias en vez de trabajar en contra o al margen de la misma. Así constituye un principio clave de educación para la salud el de «partir de donde está la gente».

Hay que tener en cuenta también que en una sociedad tan cambiante como la nuestra se están produciendo constantes cambios espontáneos, algunos de los cuales pueden ser favorables y otros perjudiciales al trabajo que queremos realizar y que son fruto de continuas interacciones que no pueden ser controladas por el educador. Este debe conocer lo más posible las tendencias de cambio existentes en el campo de su actuación para aprovecharlas o contrarrestarlas y porque los programas que emprenda han de entrar a formar parte de esa dinámica.

De todo lo dicho se deduce la conveniencia de que el educador trabaje con la comunidad (escuela, barrio, grupos juveniles, UDIs, pacientes, etc.) haciéndola partícipe del pro-



grama. Esta implicación de la comunidad no se refiere simplemente a conseguir su aceptación de lo propuesto por los técnicos sino que es necesario que la población tome parte en todas las fases de la programación de las acciones de salud, desde el estudio de la situación y la identificación de sus problemas hasta la evaluación de las intervenciones realizadas, pasando por el establecimiento de prioridades, reconocimiento y búsqueda de recursos y fijación de objetivos, métodos y actividades. De este trabajo conjunto de los educadores con la comunidad resultará un conocimiento más complejo de los hechos que sume a los datos (biológicos, epidemiológicos, psicológicos, etc.) aportados por los técnicos, las vivencias de la población respecto a su situación real, sus condiciones de vida, sus deseos y costumbres, actitudes y resistencias, etc.(7) El intercambio, el diálogo y la negociación contribuyen a un proceso de trabajo conjunto para toma de decisiones más realistas. La participación contribuye a la educación del grupo y, a su vez, la responsabilidad así conseguida, mejora la calidad de las intervenciones y contribuye a su éxito. A través de este enfoque comunitario y participativo de la educación se pretende transformar al educando, tradicionalmente pasivo, en un individuo consciente de sus problemas de salud y a los educadores en expertos capaces de trabajar con la comunidad, pasando de una actitud autoritaria o paternalista a otra más abierta y democrática en que la gente perciba las ventajas conseguidas y las atribuya a su activa participación en el proceso.

Pero hay que tener en cuenta que esta relación individuo-comunidad está influida por otros factores que actúan a un nivel más alto (macro) y que están constituídos por la polí-

tica, la economía, la cultura, etc., que contribuyen a crear el marco en que se desenvuelve la vida de las comunidades. Esta acción fue reconocida en el campo de la educación para la salud a partir de la elaboración y desarrollo del movimiento de Promoción de la Salud. Este nuevo concepto supone no sólo la necesidad de la educación de la población y del refuerzo de la comunidad, sino también de una política que tenga en cuenta la salud y la fomento. Las medidas políticas (legales, económicas, organizativas, fiscales, etc.) aumentarán el número de opciones que se le ofrecen al individuo y facilitarán la adopción de las más sanas.(8)

Se ha avanzado indudablemente mucho en los últimos años en el conocimiento de los hechos fundamentales para la prevención del SIDA pero persisten algunos errores en grupos de población difíciles de alcanzar y algunas actitudes de indiferencia ante el problema y de rechazo a los afectados, lo que nos indica que todavía queda mucho por hacer para cerrar la brecha entre lo que la gente sabe y lo que hace para protegerse. Hace falta, por tanto, un mayor esfuerzo educativo pero fundamentalmente se necesitan acciones integradas que impliquen a los diferentes sectores de la sociedad para eliminar los factores socioeconómicos, que están convirtiendo cada vez más a esta enfermedad en un fenómeno ligado a la pobreza, la incultura y la marginación, tanto en el conjunto de los países como entre los grupos de población de cada país, incluso los económicamente poderosos.

Algunas reflexiones sobre educación para la salud en VIH/SIDA

La educación es un proceso interior y personal que se inicia al nacer y dura toda la vida.



- . La educación está dirigida mucho más por el interés del que aprende que por la habilidad del que enseña.
- . La comunicación bidireccional es la base del proceso educativo.
- . La educación debe ser realista, partiendo de la situación del individuo o del grupo con el que se trabaja.
- . Es fundamental demostrar siempre respeto e interés a través del lenguaje y de la expresión corporal, creando un ambiente facilitador de la comunicación.
- . Es preciso reconocer que la elección de una conducta o de un estilo de vida no es tan libre como pudiera parecer.
- . El cambio de comportamiento no puede ser impuesto para ser realmente eficaz.
- . Es conveniente estimular la búsqueda de razones para cambiar y desarrollar habilidades para hacerlo.
- . Hay que aceptar la libertad del individuo respecto a su propia salud y estimular su responsabilidad.
- . Conviene tener en cuenta que algunos comportamientos: se derivan de ansiedades y frustraciones, son formas de resolver conflictos personales, producen descontento de sí mismo y automarginación, responden al deseo de autodestrucción, son objeto de rechazo social o de persecución legal.
- . Hay que fomentar en el individuo el deseo de preservar y recuperar su salud y la de los suyos.
- . Es fundamental estimular la confianza en sí mismo y la autoestima y contribuir a que la persona aumente su poder sobre la situación.
- . Hay que hacer comprender y aceptar que el cambio de conducta decidido debe man-

tenerse mientras haya situaciones de riesgo, a veces toda la vida.

- . Conviene identificar elementos de apoyo en los entornos familiar y social y trabajar con ellos para contribuir al mantenimiento de la conducta sin riesgo.
- . Debemos recordar que la percepción de riesgo sin proporcionar los medios para evitarlo crea temores y angustias que impiden la adopción de conductas protectoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) BUENO CAÑIGRAL, F. y NÁJERA MORRONDO, R. 2001. *Salud Pública y SIDA*. Ed. DOYMA, Madrid.
- (2) SEPÚLVEDA, J., FINEBERG, H. y MANN, J., 1992. *Prevention through Education: a World view*. Oxford Univ. Press, NY.
- (3) NÁJERA MORRONDO, R., 1990. De la Biomedicina a la Sociedad. EUDEMA, Madrid.
- (4) QUACKENBUSH, M., NELSON, M. y CLARK, K., 1988. *The AIDS challenge. Prevention Education for young people*. Network Pub., Santa Cruz CA,
- (5) OSTROW, D.G. 1990. *Behavioral aspects of AIDS*. Plenum Medical Book Co., NY.
- (6) AGGLETON, P., DAVIES, P. y HART, G. (eds.). 1999. *Families and communities responding to AIDS*. London, UCL Press.
- (7) BAJO ARENAS, J., BEGOÑA PEREIRA, A. et al. 1966. *VIH/SIDA. Necesidad de una coordinación multidisciplinaria e intersectorial*. Aula Médica. Farmapress. Madrid.
- (8) USIETO, R. 2001. *SIDA. Hacia un tratamiento integral*. Ed. CESA, Madrid.