

LA CALIDAD DE VIDA: OBJETIVO PRIORITARIO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

**Concepción Gómez Ocaña
Mercedes Rius Lozano
M^a del Carmen Domenech Alba
*Universidad de Valencia***

1. Introducción

Partiendo del sistema de valores de nuestra concreta sociedad en este momento, consideramos que existe un concepto del valor salud propio de nuestro contexto histórico, y que surge de la evolución de los sistemas en interacción con el sistema social; así pues, los cambios producidos en el sistema económico, demográfico, etc., han desembocado en el concepto de salud tal como lo entendemos en la actualidad, esto es, como estado de bienestar, tanto a nivel individual, como colectivo, lo que proporciona una mayor calidad de vida personal y social.

De dicho concepto social del valor salud se derivan los objetivos generales relativos a la prevención y promoción de la misma, que son recogidos por el sistema educativo en interacción constante con los sistemas sociales de los cuales recibe información y que esperan ésta sea devuelta de modo elaborado, o lo que es lo mismo, aportando soluciones a problemas planteados en otros sistemas.

La salud se ha valorado siempre, incluso en la tradición popular y desde los tiempos más remotos. Sin salud física, no hay salud mental, ni una buena estabilidad emocional y afectiva, ni una buena relación y comunicación con los otros. Pensemos que cuando padecemos determinado tipo de

enfermedades -crónicas, mentales...- atentamos y agredimos nuestra integridad física.

La salud, efectivamente, se considera un indicador de calidad de vida, entre otros. Ahora bien, del concepto salud existe un modo social de aceptación del mismo más o menos generalizado, como ya hemos analizado, sin embargo, al mismo tiempo existen tantas concepciones de la salud como individuos. Así, no será entendida de igual forma la salud, ni por ende, la calidad de vida, para un enfermo crónico, que para un discapacitado, que para una persona que goza de buena salud.

De este modo, la salud se constituye en una realidad compleja, multiforme y dinámica. La complejidad deriva, fundamentalmente, del hecho de que la salud es al mismo tiempo objetiva y subjetiva y de que se sustenta en diversos factores: biológicos, psicológicos, culturales, socio-económicos y ambientales, y, especialmente en la interacción de todos ellos.

En cualquier caso la salud es un concepto cambiante, pues está sujeta tanto a cambios sociales como individuales, al igual que el concepto educación. Por tanto el concepto Educación para la Salud resulta igualmente cambiante.

2. Propuesta de investigación tecnológica del proceso educativo aplicado a la Educación para la Salud

Partiendo de la premisa de que la salud se construye como cualquier otro aspecto o dimensión humana, nos parece fundamental la intervención sobre los sujetos a fin de ayudarles a preservar y conservar la salud, y a través de ella alcanzar una mejor calidad de vida.

Cuando el ser humano nace lo hace con una aportación genética y ambiental, en cuanto a salud se refiere, que él puede optimizar o no, en función de sus comportamientos y los hábitos que vaya adquiriendo a lo largo de su existencia. Es decir, de igual modo que la inteligencia puede tener un carácter perfectible en función de un ambiente rico en estímulos, o empobrecerse nuestro "hardware" si los estímulos no son los adecuados, lo mismo podemos decir de la salud, y no sólo refiriéndonos a sujetos con una configuración innata saludable, sino a individuos con una configuración menos saludable (los niños con síndrome de down estimulados precozmente obtienen mejores resultados que los que no son estimulados) a fin de, al menos, optimizar su calidad de vida.

De este modo la intervención adquiere una importancia relevante en el ámbito de la salud, a fin de aprender a procesar la información que recibimos del entorno del modo más adecuado de acuerdo a nuestro hardware.

Presentamos a continuación una propuesta de intervención tecnológica de acuerdo al siguiente esquema:

Sistemas principales en interacción con el sistema educativo:

- S. Político
- S. Socio-cultural
- S. Administrativo
- S. Económico
- S. Demográfico
- S. Ecológico

Contexto intervención educativa:

1. Pattern

2. Entradas en el Sistema (in-put)

2.1. Adecuación al estado configurativo del sujeto
(adquisición de valores, normas, etc.)

2.2. Dimensiones del in-put

A) Información

B) Metodología y procedimientos

2.3. Facilitadores del in-put

(modelos, reforzadores, motivación,..)

2.4. Valoración

3. Análisis y planificación de la intervención educativa

3.1. Procesos atencionales

3.2. Procesos de percepción

3.3. Procesos de comunicación

3.4. Procesos de interacción

3.5. Procesos de intervención no controlados

4. Procesos mediacionales

4.1. Elaboración

4.2. Organización

4.3. Almacenaje

4.4. Construcción

5. Resultados

5.1. Out-put

- Conductas
- Hábitos
- Actitudes
- Valores

5.2. Efectos de la educación en el contexto social

Aplicación de los mecanismos regulativos de la educación: *feed-back* en cada una de las fases del proceso, y *feed-before*, a fin de obtener mayor eficacia y eficiencia en educación.

A continuación pasamos a explicar a través de un ejemplo concreto de Educación para la salud, el desarrollo del modelo anterior.

1. Patrón

Adaptación de los individuos desde su peculiaridad personal al entorno en el cual se desenvuelve.

2. Entradas en el Sistema

2.1. Adecuación psicopedagógica al estado configurativo del sujeto (adquisición de valores, normas, etc.):

El individuo al vivenciar la realidad alcanza de ella una significatividad para sí capaz de guiarle en la acción o acciones a realizar en el mundo. Tipifica a nivel verbal y de conducta sus comportamientos y en función de esa comprensión alcanza su relación con el mundo. De este modo, el sujeto va consiguiendo una estructura de comprensión significativa de la realidad y un modo de actuar sobre ella que se integra a su yo y lo configura.

2.2. A) Información: Conocer

- Bienestar
- Socialización
- Comunicación
- Trabajo
- Ocio
- Habilidades sociales
- Hábitos higiénicos

- Hábitos alimenticios
- Situación sanitaria
- Cuidados y mejora del medio
- Integración social
- Educación
- Formación
- Nivel socio-económico
- etc.

B) Metodología y procedimientos:

El modo de transmisión de dicha información debe seguir una metodología activa, adaptada a las circunstancias psicológicas, fisiológicas, contextuales e individuales del sujeto, de modo que ofrezca soluciones flexibles a las necesidades, tanto individuales, como grupales, fomentando la participación, la responsabilidad y la utilización de diferentes procedimientos, según lo requiera cada situación de aprendizaje, de grupo, de individuo, de contexto, etc.

2.3. Facilitadores del in-put

2.3.1. Motivación. Predispone al sujeto a estar dispuesto a aprender y recibir información. Hemos de procurar:

- Crear un ambiente ni aburrido, ni ansiógeno.
- Reforzar adecuadamente al sujeto.
- Crear centros de interés a las características evolutivas del sujeto y a sus intereses.

El concepto calidad de vida es un concepto controvertido, pues hemos pasado dentro de las sociedades avanzadas a hablar en términos de calidad de vida, en lugar de nivel de vida. Ahora bien, este concepto ¿es compartido por una mayoría social? o, por el contrario, ¿está en posesión de unos cuantos privilegiados que conforman una élite en dicha sociedad? Todo el mundo puede aspirar a esa calidad de vida, no olvidemos que obtenerla pasa por cierto nivel de vida también, y que sin haber obtenido el primero, difícilmente alcanzaremos el segundo. Por tanto, motivar a aquellas personas que carecen de lo más elemental va a ser tarea ardua, pues su calidad de vida va a ser muy diferente de la de otros sujetos. Por esto los indicadores que determinan la calidad de vida en uno u otro sector, pueden ser en líneas muy genéricas básicamente los mismos, sin embargo, al concretarlos y pasar a niveles de derivación, completamente distintos.

Parece que la salud es un tema suficientemente importante en sí mismo como para que no tengamos que motivar demasiado a los sujetos, pues ellos mismos ya estarían motivados. Sin embargo, ¿estamos realmente motivados? o seguimos la moda. En realidad muchas personas sólo valoramos la salud cuando la perdemos, olvidando que la salud es un bienpreciado que hemos de preservar.

La motivación deberá adaptarse a las características individuales, madurativas, de interés de las personas a las que va dirigido el mensaje. Así pues, no podemos aplicar el mismo tipo de motivación, dependiendo del nivel social, cultural, económico, laboral, de salud, etc. del grupo al que va dirigida.

2.3.2. Reforzadores. Funcionan como un conjunto de acciones potenciadoras y facilitadoras de secuencias de acción deseables, al tiempo que propuestas de acciones inhibitorias de manifestaciones no incluidas en el *pattern*. Por ejemplo:

- a) Premios y castigos
- b) Sanciones recíprocas.
- c) Reforzadores de estímulo.

Partiendo de la premisa de que cada individuo tiene un patrón diferente de salud, es por lo que tampoco podemos pensar en los mismos refuerzos para todo el mundo. Lo que refuerza a un sujeto puede no constituir un refuerzo para otro. En cualquier caso, tengamos presente que el mundo social en que vivimos no presenta demasiados refuerzos externos o heterorefuerzos, por contra, somos nosotros mismos quienes debemos reforzarnos a menudo. Si bien, todos no sabemos discernir perfectamente entre aquello que en este momento me satisface, me es placentero, y las consecuencias desagradables que puede traer consigo en el futuro (reforzador placentero y reforzador averisvo) lo cual acaba por convertirse en una sanción.

2.3.3. Modelos (aprendizaje vicario). Se ofrecen normas de conducta que las definimos como secuencias de acción eficaces, sancionadas científicamente y socialmente, y que se operativizan en conductas.

Por ejemplo: tengamos en cuenta que los modelos que nos presenta la sociedad actual como determinante a reforzar, no son modelos saludables fácilmente alcanzables por todo el mundo. Desde la publicidad, medios de comunicación en general, e incluso dentro del círculo de las amistades,

sociedades, relaciones laborales, interacciones de todos tipo, se están fomentando modelos a los que no todos los sujetos pueden aspirar: la persona triunfadora, competitiva, bella estéticamente, en definitiva, perfecta. Nadie es perfecto. Efectivamente, así es, sin embargo en este momento, al menos en las sociedades desarrolladas el modelo a alcanzar es éste. ¿Y quién triunfa? ¿Quién gana más dinero, y por tanto, puede alcanzar un reconocimiento por parte del resto?

Esto pasa además por una clarificación de valores, en el sentido de que a pesar de vivir en un sociedad dónde vamos a ser por ello más capaces de captar los valores que priman en la misma, también es cierto que cada uno de nosotros se ve configurado desde distintas instancias, dentro de esa sociedad y de ese marco ambiental en el que nos vemos inmersos, lo que

lleva a la obtención de "individuos" en el más puro sentido de la palabra.

2.3.4. Disciplina y normas de conducta. La cual generará consistencias de conducta generalizadas a otros contextos y autocontrol, al tiempo que un proceso sistemático de organización de aprendizajes.

Hemos de ser conscientes de si somos realmente capaces de guardar una disciplina en lo que a salud se refiere, lo que supone guardar unas normas no sólo de convivencia y sociales, sino normas respecto a hábitos saludables que la creencia popular, en muchos casos ha tratado de corroborar, y que son, a su vez, sancionadas desde las instancias investigadoras al respecto. De este modo creamos unas normas de actuación respecto a un clima social, educativo, laboral, profesional, etc., que dicta en una u otra forma las directrices a seguir en el ámbito de la salud, optimizando nuestra calidad de vida en todas sus dimensiones.

2.3.5. Clima educativo. Será una resultante del clima socio/cultural y de los avances científicos que modifica las conductas a medida que se modifica la información.

Se genera, así pues, un clima resultante de todos los anteriores que va a propiciar una mejor relación laboral, un trabajo más digno y creativo, un mejor tiempo de ocio, una mayor salud en la población... y por tanto, un clima educativo propicio por todas estas instancias para acoger una Educación para la Salud, ya que se hallan en estrecha interdependencia con el Sistema Educativo, tanto formal, como informal.

2.3.6. Puestas en acción. Consolidan hábitos de respeto hacia el medio ambiente y generan actitudes positivas o negativas respecto al mismo, favoreciendo la generalización del aprendizaje.

Estamos de acuerdo en que la información es importante, pero la información por sí misma no produce cambios en la población por lo que es necesario, como veremos a continuación, una buena asimilación y elaboración de la misma, de modo que el producto elaborado que devolvemos a los distintos ámbitos de los que hemos ido recopilando dicha información produzcan las pertinentes puestas en acción a través de la asimilación y elaboración de la información, puesto que sólo a través de esta vía podremos contrastar los resultados obtenidos a través de la intervención que realizamos.

2.4. *Comparación* de las conductas previas con las conductas actuales. Evaluar si se ha producido cambio o no, si no hubiere modificado en esta fase hay que buscar la posibilidad de cambio, a través de procedimientos distintos. *Valoración*. Cómo los hombres construyen la realidad social, y por tanto los valores.

3. Análisis y planificación de la intervención educativa
Atención, percepción, comunicación, interacción y procesos de intervención no controlados.

3.1. Atención. Entendida como función mental por la que nos concentramos en un objeto, siendo su base cognitiva y afectiva, por lo que es fundamental conseguir la motivación de los sujetos a fin de captar su atención hacia los temas de calidad de vida, teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto en facilitadores.

3.2. Percepción. ¿Qué somos realmente capaces de percibir? Al igual que con la atención hemos de tener presente que inciden factores emocionales y motivacionales, suponiendo ya una interpretación de los datos que recibimos que van modificando nuestra percepción, motivación, expectativas y la información que anteriormente habíamos almacenado en nuestro interior.

3.3. Comunicación. Debemos propiciar modelos de comunicación, no sólo a nivel interpersonal, sino a nivel organizacional e interorganizacional. La solución a los problemas de calidad de vida pasa por la colaboración internacional.

3.4. Interacción. Individual/grupal/individual. La comunicación e interacción debe generar conductas activas, solidarias y participativas, no sólo a nivel individual, sino como miembros de varios grupos sociales a los cuales pertenecemos: familia, escuela, trabajo, vecinos, ciudadanos,...

3.5. Intervención no controlada. En este caso, como ya comentamos anteriormente, parece producirse una confluencia entre los distintos sistemas configurativos, tanto formales, como informales y no formales.

4. Modelos mediacionales

4.1. Organización de la información de acuerdo a los esquemas conceptuales existentes con el fin de crear otros nuevos.

4.2. Elaboración. Enseñarles a elaborar la información de acuerdo a nuevos esquemas conceptuales, elaborados a partir de los preexistentes.

Presentamos como ejemplo el modelo de estructuración de la información de acuerdo a las teorías constructivistas de autores como Gagné, Piaget... que consideran la construcción del sujeto como interacción entre la configuración biológica innata del mismo y el tratamiento de la información del entorno. Así, por ejemplo, Piaget considera procesos de:

- Asimilación. Toma del medio ambiente de información o estimulación integrándola a estructuras existentes en el organismo.
- Acomodación. Proceso de ajuste del organismo a los objetos o condiciones cambiantes del medio que permite enfrentarse a situaciones nuevas al modificar las pautas de comportamiento previas.

4.3. Almacenaje de la información: Memoria. Capacidad para evocar información previamente aprendida. Fases: procesos de adquisición, de almacenamiento y de recuperación.

4.4. Construcción. Elaboración de conceptos favorecida por la motivación que dará lugar a distintos comportamientos:

- El primer factor de calidad de vida es un *trabajo* digno que proporciona una renta que nos permita cubrir unas necesidades básicas, para, a partir de ellas, plantearnos otros factores de calidad de vida. Así un trabajo estable proporciona unos ingresos, al tiempo que una educación, sanidad, servicios públicos y sociales, en general, a los que acceder, en las sociedades desarrolladas, al tiempo que facilita un tiempo de ocio (fines de

semana, vacaciones...) que debemos cubrir dependiendo de nuestro nivel de socialización, comunicación, interacción, con el resto.

- Sin embargo, un modelo muy extendido en las sociedades desarrolladas es el de la persona competitiva, triunfadora, exitosa, con un poder adquisitivo alto, pero donde el factor ocio, socialización, relación, etc. no existen, porque sólo valoran algunos de los factores indicadores de calidad de vida.

- Por tanto, tanto a nivel de diferentes sociedades, como de individuos, el tema de la calidad de vida es un tema cambiante por las propias interacciones sociales, culturales, económicas, jurídicas, políticas, educativas, etc.

- Conseguiremos, en definitiva, una serie de conductas que evaluaremos con indicadores de conductas.

5. Resultados (out-put)

5.1. Efectos del proceso a nivel individual. Para ello presentamos indicadores de evaluación a modo de sugerencia:

* Cambios en la percepción del sujeto respecto a sus valores y patrones seleccionando aquello que a su juicio, e influidos por el entorno social en el cual se desenvuelven parecen más importantes, y que por lo tanto van a contribuir a cambiar o mantener su concepto de calidad de vida, en función de su mejor adaptación al mismo de acuerdo a sus circunstancias y peculiaridades individuales.

* Conciencia en los sujetos de ciertos derechos que conducen a una mayor calidad de vida.

5.2. Efectos del proceso a nivel de efectos sociales (efectos en el contexto).

- Reajustes en el contexto de acuerdo a los patrones de conducta seleccionados.
- De morbilidad/mortalidad producida por malos hábitos de comportamiento frente al medio.
- De disminución del gasto público en sanidad y servicios sociales.
- De absentismo laboral y/o escolar.
- Aparición de nuevos patrones, en función del cambio social.

- Mayor especialización de la población al ampliar sus conocimientos.
- Cambios en el mercado laboral (oferta, tipos de trabajo, modo de llevarlo a cabo, etc).
- Acceso de un mayor número de población al uso de distintos servicios sociales, etc.

Bibliografía

- AZNAR, P. (Coordinadora) (1992): *Constructivismo y educación*. Valencia. Tirant lo Blanch.
- CASTILLEJO, J.L. (1987): *Pedagogía tecnológica*. Barcelona. Ceac.
- CASTILLEJO, J.L. y COLOM, A.J. (1987): *Pedagogía Sistémica*. Barcelona. Ceac.
- DOMENECH, M^a C. (1994): *Análisis bibliométrico en Educación para la Salud*. (Tesis Doctoral). Valencia
- GÓMEZ OCAÑA, C. (Coord.) (1992): *Educación para la Salud*. Ayuntamiento de Vinaroz.
- GÓMEZ OCAÑA, C. (Coord.) (1992): *Educación para la Salud. Una propuesta de evaluación de programas*. Ayuntamiento de Vinaroz.
- GÓMEZ, C. y RIUS, M. (1994): "Política educativa: análisis y planificación de sistemas", en *Revista Internacional de Sistemas*.
- MORÓN MARCHENA, J.A. (Ed.) (1995): *La educación para la salud en el ámbito comunitario*. Diputación de Sevilla.
- VARIOS (1993): *Construcción humana y procesos de estructuración*. Valencia. Nau Llibres.