

EL CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA SALUD DESDE UN ENFOQUE PSICOSOCIAL: PROPUESTA DE UN MODELO DESCRIPTIVO POR GRUPOS DE EDAD

Flora Isabel Pérez Gutiérrez ¹

Amalia Rodríguez Herrera ²

RESUMEN

Este artículo ofrece una explicación sobre el concepto de salud, interpretado desde el enfoque psicosocial. Establece lineamientos teóricos para comprender de una manera integral los diagnósticos de las enfermedades, la interpretación psicodinámica del síntoma, la educación del paciente respecto de su enfermedad y la relación del profesional en salud con su objeto de estudio. Hace un recorrido por las diferentes etapas del desarrollo humano (niñez, adolescencia, adultez y vejez), analiza las características diferenciadoras de cada una, desde el binomio salud-enfermedad. Se enfatiza en la creación de programas preventivos, tanto en la educación como en la planificación de la salud.

INTRODUCCION

La articulación de las ciencias sociales con las ciencias médicas, nos ha parecido interesante para lograr una visión más totalizadora y global, sobre el ser humano y su medio. El estar sano o enfermo, tiene múltiples implicaciones desde la persona que consulta, el profesional que lo atiende; así como su mundo de interrelaciones afectivas, sociales, laborales. Consideramos además, desde la perspectiva psicológica, que la teoría psicoanalítica puede ser un valioso aporte en esta profundización del tema; pues integra lo biológico, lo psicológico y lo social.

Recogemos una síntesis sobre críticas hechas a la atención médica tradicional, fundamentadas en puntos demostrados: a) "Históricamente la mayor parte de las reducciones en las tasas de mortalidad han resultado de intervenciones no médicas, tales como las inmunizaciones, el saneamiento y el mejoramiento en el nivel de vida. b) Muchas de las primeras causas de muerte (accidentes, violencia, enfermedades cardiovasculares) vida y hábitos personales. c) La excesiva confianza en el poder curativo de la medicina ha llevado en ocasiones a una sobre-utilización de servicios de mínimo beneficio o de comprobada iatrogenia". (13)

Estos planteamientos nos han motivado a estudiar y profundizar en la atención, que se le debe dar a la salud-enfermedad, y en las vías que deberán seguir los programas de educación para la salud.

En este artículo intentaremos explicar: 1.- ¿Como ocurren las interacciones mente-cuerpo? 2.- Aspectos psicosociales que determinan, en cada uno de los grupos etarios, la conformación vivencial del proceso salud-enfermedad. 3.- A manera de conclusión incluiremos propuestas para promover una atención integral del ser humano en los servicios de salud, con énfasis en la planificación, la investigación y los programas de capacitación, que deberían seguir los profesionales que atienden estos servicios.

1 - ¿Como ocurren las interacciones mente-cuerpo?

El sujeto es una unidad biopsicosocial en la cual convergen condicionantes ambientales de muy diversa índole y su naturaleza dinámica le permite interactuar con ellos, esto nos obliga a enfocar el binomio salud-enfermedad desde las múltiples variables que lo condicionan y lo definen (variables, biológicas, antropológicas, psicológicas, histórico-culturales).

Creemos que el punto de vista biológico no es el único, ni necesariamente el mejor, para explicar la enfermedad. Se trataría de poder hacerlo y darle atención utilizando el análisis y los aportes de todos los componentes citados, la exclusión de uno solo podría ser la variable que explique las enfermedades recurrentes, la sustitución de síntomas o la prolongación de recuperaciones.

Desde los aportes de la Psicología del Desarrollo, analizaremos cómo construye y se apropia el ser huma-

¹ Licda. Flora Isabel Pérez Gutiérrez, graduada como Licenciada en Psicología en la Universidad de Costa Rica. Profesora de cursos de desarrollo humano y psicología educativa. Investigadora en el área de desarrollo en la Universidad de Costa Rica. Dirección: Apdo. 363-2050, San José.

² Licda. Amalia Rodríguez Herrera, graduada en Filosofía y Letras (especialidad en Psicología) en la Universidad Complutense de Madrid. Profesora de la Universidad de Costa Rica. Se especializa en temas de desarrollo, aprendizaje y educación. Dirección: Apdo. 500 Alajuela.

no, desde pequeño hasta la vejez, de los simbolismos representados en estar sano o enfermo.

El funcionamiento del cuerpo se asocia con el concepto del placer y del displacer, es posible para nosotros recordar situaciones donde unamos experiencias con el cuerpo en cualquiera de estos polos. Podemos señalar que cada uno de nosotros posiciona en un lugar neurótico el síntoma corporal. Se "busca" la forma de enfermarse, y se localiza en alguna parte de nuestro cuerpo.

Durante el desarrollo del ser humano, éste aprende, a través de los mecanismos de socialización, a apropiarse la enfermedad: desde raspones y cortaduras hasta vacunas, visitas al médico u hospitalizaciones, adquieren para el niño significados especiales de acuerdo con la calidad de contactos que tenga y las experiencias especiales que vaya acumulando.

Los traumas infantiles se reprimen en el inconsciente y fluyen durante el resto de nuestras vidas de manera simbólica. Hacerse adulto es poseer el cuerpo, es hacer una síntesis de años, de vivencias (placenteras y dolorosas).

El síntoma puede interpretarse desde múltiples dimensiones, según la teoría psicoanalítica.

De acuerdo con nuestro modelo explicativo, creemos que es necesario aclararle al paciente el simbolismo que reviste la elección del órgano que se enferma, y que en muchos casos permitiría al enfermo conocerse mejor y contribuiría con el tratamiento médico; así como explorar el desplazamiento que hace el estrés y las somatizaciones que lo acompañan.

Esta elección (la cabeza, el estómago o cualquier otro órgano) simboliza, para nosotros, las presiones que estos órganos reciben y la dificultad que el enfermo ha tenido de expresar, por medios más sanos, su malestar o las tensiones que vive.

Cuando nos enfermamos nos enfrentamos con el temor, principalmente, porque ataca al ideal del yo. La enfermedad y el dolor nos recuerdan que somos vulnerables, que la omnipotencia y la capacidad de controlar nuestro organismo han fallado.

Es muy importante observar el conocimiento que demuestre tener la persona sobre su enfermedad. Se podrían ubicar comportamientos con significados diferentes; por ejemplo algunos pacientes no quieren saber nada, ni responsabilizarse de sus cuidados, otros obsesivamente desean conocer cada uno de los detalles de la misma, o se pueden presentar posiciones intermedias, que dicen mucho de cómo el sujeto conduce su cuerpo.

Conocer la enfermedad es responsabilizarse del cuerpo, es hacerse cargo de él y colaborar en la búsqueda de la salud. También enfermarse puede asociarse a la necesidad de ser contenido, querido, atendido. Se "busca" el síntoma para darse o recibir una gratificación.

Es evidente aquí que, ante la mayor demanda de

catexia libidinal que presenta el cuerpo enfermo, aparecen las dos formas estudiadas de comportamiento: o el que enferma se permite una catexia narcisista adicional, volcándose sobre sí mismo, protegiéndose; o incapaz de hacerlo, utiliza una economía libidinal, que le es propia, exige entonces de los demás ese aporte de atención desmedido, en forma de exigencias, demandando cuidados extremos.

Desde un enfoque psicosocial, el enfermarnos nos exige de ser productivos y activos. Representa la excusa clara, asociada con la desmotivación o la confusión vocacional. Es evidente además, que en este punto hay una gran influencia de los sistemas sociopolíticos que pueden marcar brechas económicas y sociales importantes. "El saber y la práctica en el campo de la salud están ligados a la transformación histórica del proceso de la producción económica". (4)

El deterioro de la salud pública está afectado de manera diferencial, según los niveles sociales y el tipo de extracción (rural-urbana-marginal), nos remiten a considerar lo complejo del problema de la salud abordado sólo desde la perspectiva médico hospitalaria. Los bajos niveles educativos de la población de los estratos sociales marginales, nos obligan a facilitar procesos de aprendizaje, constituirnos en educadores en salud y facilitarles los medios para que puedan ascender a los lenguajes universales de los que carecen.

2 – Aspectos psicológicos, que determinan la conformación vivencial del proceso salud-enfermedad, en cada uno de los grupos de edad.

Dividiremos a la población para este análisis psicológico en cuatro grupos etarios: niños, adolescentes, adultos y ancianos. Hemos encontrado en la literatura revisada, que cada grupo presenta una vulnerabilidad específica a la que deberá dársele atención especializada. "El perfil psicológico de individuos y de grupos, así como su dinámica social, no sólo afectan su condición como pacientes, sino que también determina su conducta como usuarios de servicios". (9)

Población Infantil: conocemos con exactitud que cuanto más pequeño es el niño, más estrecha e indiferenciada es la relación entre la mente y el cuerpo. El niño se manifiesta como una unidad, sin recursos para comunicar con claridad las fuentes de su malestar, o la intensidad con que vive su sufrimiento. Puede elegir, cuando se enferma, una zona de su cuerpo más relacionada con sus primeros vínculos y sus respectivos simbolismos, por ejemplo: recibir-comer o devolver y vomitar, puede ser una expresión de una necesidad real con el órgano físico involucrado.

Agregamos a esto, que además del dolor por la enfermedad, el niño sufre el abandono afectivo (por la hospitalización) de su unidad básica de contención: la madre, lo que nos obligaría necesariamente a suplir sus demandas y entender los extremos en los que muchas veces expresan el dolor; más en la necesidad de ser

confortados afectivamente que en ninguna otra cosa.

El niño merece respeto en su indefensión, su llanto deberá ser escuchado, atendido, no eliminado bruscamente; si llora puede indicar miedo, susto, o ser un lenguaje aprendido; la palabra "no te pasará nada", "no dolera", no resuelve, más bien oculta, distorsiona, anula. El niño deberá (igual que los demás consultantes) recibir con claridad la explicación de los procedimientos, el tipo de padecimiento y el tiempo que estará internado.

El niño consulta, generalmente acompañado por su madre, quien tendrá mucho que decir en relación con el problema de su hijo. Los significados que para ella tenga su enfermedad, el rol que cumple cuando cuida al enfermo, y la información y educación médica y psicológica que tenga, determinarán el comportamiento presente y futuro del niño ante la enfermedad. "Las recomendaciones derivadas de las investigaciones realizadas sobre el patrón de recurrencia de enfermedades crónicas (diarrea-bronquitis, etc.) donde el último aspecto señalado aparece como una variable que interviene (11), no parecen haber sido atendidos con suficiente cuidado en la planificación y diseño de los programas de salud materno-infantil; además se destaca el problema de la madre joven, y de bajos recursos económicos y educativos, con problemas para la crianza de los hijos.

Población adolescente: la población comprendida entre los 12 y 25 años se considera especialmente vulnerable en su condición de salud, por características propias tanto de las transformaciones que viven sus cuerpos, como por el perfil psicológico de este grupo de edad.

Estas transformaciones se caracterizan por la rapidez e intensidad con que se dan los cambios físicos, los que necesariamente movilizarán a los jóvenes a asumir una posición en relación con estas variaciones. Cambios físicos conducen además a transformaciones sociales importantes. Constituirse en hombre y mujer adquirirá relevancia.

Los jóvenes adquieren conductas polarizadas, que transformarán sus estilos de vida, ejemplo de esto son: las alteraciones en la alimentación, desde el consumo excesivo (obesidad) hasta la anorexia; en el hábito de sueño, en las rutinas de ejercicio físico, donde también se dan los extremos, horas interminables de entrenamiento o la pasividad total frente al televisor.

Estos cambios en los estilos de vida pueden tener riesgos en términos de la condición de salud, conductas frecuentes que se inician en esta etapa, tienen que ver con el consumo de bebidas alcohólicas, el fumado, el exceso de velocidad en las carreteras, la tenencia de armas de fuego, los juegos temerarios y las enfermedades de transmisión sexual. Comportamientos que pueden ser fácilmente observados y deberían ser prevenidos.

El perfil psicológico se caracteriza por la conducta desafiante, el sentimiento de omnipotencia, la necesidad

de autoafirmación; el proceso de construcción de la identidad y necesidad de experimentar transformaciones sociales.

Características que bien orientadas pueden representar un buen impulso a las transformaciones sociales y políticas que nuestro país demanda, pero mal conducidas por la publicidad, hogares conflictivos y condiciones de desarrollo económico y social muy difíciles, han hecho de este grupo etario tal vez el más sensible, y que representan las tasas de más alto riesgo de salud en la población: por accidentes de tránsito, enfermedades de transmisión sexual (SIDA), embarazo temprano, problemas psicológicos (depresión) y delincuencia juvenil. "La ansiedad confusional creadas por la crisis de identidad y la ansiedad depresiva y persecutoria creadas por la conflictiva edípica a los 15 años hace que éstas busquen "alivio" y paulatina solución de los conflictos a través del medio ambiente. Si ésto fracasa se produce el aislamiento progresivo con incremento de la hostilidad, la cual incitará a la descarga autoagresiva (suicidio) o heteroagresión (delincuencia)". (5)

La Organización Panamericana de la Salud, mostró especial interés, desde la década de los 80, por considerar como una prioridad en salud el problema del embarazo de la adolescente menor de edad.

Nos parece que el embarazo temprano debe ser entendido como un fenómeno complejo, que nos remite en primer lugar a situarlo en relación con el despertar sexual; segundo -Con el comportamiento sexual; tercero -con las motivaciones inconscientes; cuarto - con la información distorsionada que hayan tenido; quinto - con el análisis de las depositaciones de las frustraciones originadas en su medio familiar y educativo, y por último con las consecuencias de la inserción temprana en la vida laboral. Además, de la idealización de la maternidad, fomentada desde la niñez hace que la mujer adolescente, poco preparada educativamente y con opciones laborales limitadas, inicie su maternidad, sin planificación. Las consecuencias de este hecho son la cadena cíclica de problemas sociales y de salud que aquí empiezan. Madres sin preparación para asumir la crianza de sus hijos, ingresan muy pronto en los servicios de salud con sus niños enfermos, con cuadros recurrentes (diarreas, vómitos, maltrato, etc.) confirmadas, como ya señalamos, en muchas investigaciones. (11)

Población adulta: la vivencia de los procesos de salud-enfermedad está en la persona adulta íntimamente relacionada con: su participación laboral, su familia y sus espacios de recreación.

El adulto asume la vida como un reto, sin derecho a enfermar. A lo largo de estos años ha vencido obstáculos de salud, inmunizaciones. Después de las vicisitudes del período anterior, hace una apropiación de su cuerpo, el que aparece invencible y fuerte.

Estar sano es su obligación, no se permite el descubrimiento de dolencias que lo enfrentarían consecuentemente con sentimientos de minusvalía, falta de

poder o una imagen deteriorada de sí mismo; de lo que pueden surgir dos tendencias psicológicamente analizables: 1.- Negación de síntomas (que alertan sobre problemas orgánicos de salud). 2.- Construcción inconsciente de síntomas físicos que pueden generar enfermedades psicosomáticas como: gastritis o migraña que le permiten escapar, de la presión que ya no se tolera, o de situaciones de extrema responsabilidad que no se atreve a enfrentar, sin perder prestigio o poder, por pequeños espacios de tiempo.

Ambas situaciones revelan, que la propensión al estrés a la que están sometidos en nuestra sociedad estos grupos de población, requieren atención primaria especial. Por lo reveladoras que han sido las estadísticas recordemos el alto riesgo que representan los grupos de maestros, al parecer mal atendidas y distorsionadas sus "quejas". Esto nos revela que los problemas en su calidad de vida, o las presiones sociales, son más reales que la sintomatología física que presentan.

Podríamos agregar a estos grupos de riesgo el comportamiento de poblaciones sometidas a trabajo rutinario como: pluriempleados, obreros de construcción, trabajadoras domésticas y las mujeres sometidas a la doble jornada laboral. En un trabajo realizado con mujeres obreras que trabajan en fábricas en San José y alrededores, se concluyó que la situación social laboral, familiar y económica es muy difícil para este grupo, destacándose un estado de alineación, donde "se vive pero no se decide sobre la vida". (8) Una participación social muy pobre, una resignación ante la inmutabilidad del destino, acompañados de síntomas depresivos que no saben cómo enfrentar es el resultado final de este tipo de trabajo.

La profundización en las características del tipo de trabajo, así como las condiciones familiares de vida pesan en esta población, y son vitales para que podamos entender la gesta de problemas en salud que preventivamente se podrían resolver. Investigaciones revelan que el estrés prolongado provoca el aumento en los niveles de presión sanguínea, responsable en parte del infarto al miocardio en la población entre 50-60, donde las tasas son más elevadas. Estas son enfermedades desencadenadas por el stress psicosocial mantenido, las llamadas por Selye "enfermedades de adaptación".

En situaciones extremas: accidentes, cirugías, cuando el adulto deberá enfrentarse sin alternativas a los cuidados médicos, éstos sufren las alteraciones, las necesidades de protección y la ambivalencia como en cualquier otro momento de desarrollo, más aún "Un adulto normal atendido durante una enfermedad grave no puede dejar de sentir que en ese proceso se ve expuesto a una serie de situaciones indignas. Tiene que renunciar a ser dueño de su propio cuerpo y permitir que se lo maneje pasivamente". (6)

Hacer altos en el camino, por enfermedad, podrá significar el abrir un espacio para la reflexión, dar un nuevo sentido a lo trivial, valorar la salud, cuidar su

cuerpo o angustiarse por el tiempo de incapacidad, necesidad de controles desde fuera, de ahí que no nos sorprenda los comportamientos tan disímiles de pacientes adultos post-traumas. Algunas de las conductas que presentan los pacientes y que deberán ser entendidas y clarificadas para el éxito de las recuperaciones van desde ser colaboradores extremos de las instrucciones médicas hasta negativismo, irritabilidad, ocultación de síntomas o depresión.

Población de ancianos: el estudio de los procesos de la salud-enfermedad en este grupo de población nos resulta interesante, por ser este momento del desarrollo humano, cuando se realiza la síntesis de las vivencias de autocontrol, destructividad, creatividad y determinación, en relación con su cuerpo y con los procesos de socialización. La riqueza de experiencias fructíferas o desalentadoras, que lo hayan acompañado a lo largo de su vida, determinará en gran medida estas últimas apropiaciones.

En relación con las condiciones psicosociales determinantes de la salud-enfermedad, en el anciano podemos citar: "Aprender a morir es la continuación de aprender a vivir y amar".(15) Nos parecen dramáticas estas palabras, si consideramos que las estadísticas nos revelan que en la población costarricense el grupo social con menores ingresos económicos, mayor deterioro de la calidad de vida, abandono afectivo y con mayores problemas de salud sin atención adecuada, es el grupo de ancianos.

La prolongación de la esperanza de vida y el aumento de la población mayor de 60 años en Costa Rica, ha obligado a los planificadores en salud a atender las demandas presentes y futuras de este grupo etario. Sin embargo los índices sociales apuntan a señalar que la condición socioeconómica es muy baja en este grupo de población, asociado entre otros factores a sistemas de pensión y jubilación deficientes, además las medidas que se han tomado, no han tenido mayor impacto en esta población.

Ante estos indicadores, sentimos con el anciano que el aprendizaje de su feliz final, si seguimos a Pincus y Dare, no se daría para ellos: no se puede amar el dolor (físico y psicológico), ni amar sin ser amado y finalmente no se desea vivir si no hay vida a nuestro alrededor.

Si mantenemos como índices de salud la calidad de vida que podemos disfrutar, diremos que en este grupo de población se consideran de alto riesgo los que menos poseen (educación, salud, recreación) y al varón su proceso de socialización, le determinó un mensaje claro: se es alguien en función de lo que pueda producir en bienes.

"Mientras la mayoría de los varones convierten su vida profesional en un proyecto individualizado, en una línea solitaria y ascendente que determina con un desplome vertical en el momento de la jubilación obligada, la mayoría de las mujeres combina su proyecto

personal con un proyecto comunitario, familiar colectivo, y no hay en su vida despegues ni desplomes verticales. La jornada de trabajo no se interrumpe en la vigilancia de las horas de la noche, ni en la celebración de los festivos y solo la vejez y la muerte interrumpen su trabajo, continuado por las nuevas generaciones".(3) Para el hombre el derrumbe psicosocial y económico que lo acompaña con la jubilación tiene para él consecuencias dramáticas, generalmente manifestadas en cuadros depresivos, alteraciones de carácter y trastornos crónicos que tendremos la obligación de identificar, en sus consecuencias, su tratamiento, así como en la prevención de tales problemas.

Las sociedades competitivas como la nuestra, orientadas hacia la producción y el resalte de los jóvenes valores, no logran incluir al viejo en el campo de acciones preventivas, no sólo para mejorar su calidad de vida, sino también para incorporarle su experiencia y sabiduría en tareas que la sociedad demande; y cuando ya ellos no puedan venir, acudir nosotros con profesionalismo a sus rincones, llevándoles la esperanza en un final con dignidad.

Entre los condicionantes biológicos: el hecho comprobable de que con la edad aparecen modificaciones biológicas como el deterioro en el funcionamiento de muchos órganos, cambios en la velocidad de respuesta adaptativa a los estímulos, hace que los mensajes que el anciano reciba sean señales trágicas de debilidad, pérdida de funciones y el recordatorio de que está próximo el final.

Si aunamos a esto que las señales físicas vienen acompañadas de soledad y abandono, pérdida de sus seres queridos y la dificultad de asumir el control de la enfermedad (traslados, olvido de horarios, etc.), esto hace que el comportamiento observado ante la enfermedad sea de tan difícil comprensión. Nuevamente aquí, como en las etapas anteriores, cuando el medio social y familiar no logra contener al ser humano en sus necesidades, éste puede elegir enfermarse como el único motivo que encuentra para obtener atención de otros y si ni así ocurre, se le confirma el abandono en que se encuentra y el deseo por no vivir ya más, ocupa un lugar en su mente y su cuerpo.

Si por el contrario, se puede construir sobre la idea de vivir, la situación puede cambiar. La calidad de vida mejorada desde las etapas anteriores facilitarían la forma en que se asume el proceso de envejecimiento.

"La mayoría de las declinaciones en algunas habilidades se deben más a la falta de entrenamiento y al apartamiento de la actividad que al proceso inevitable de envejecimiento".(16) Sobre los condicionantes culturales, podemos decir que la representación social que los restantes grupos de la población tienen sobre el anciano (invalidez, estorbo, dependencia), determina la forma en que ellos se perciben, a través de las señales que en la comunicación les damos. Estudios realizados, revelan que los estereotipos que se tienen sobre los

problemas de salud en la población anciana, son infundados. Se sabe que aunque la población piensa que entre el 20-50% de los ancianos está hospitalizado o institucionalizado, en realidad únicamente entre un 3 y 5% lo está. En relación con la creencia de que sufren más infecciones y accidentes también revelan falta de fundamento. "Hay entre ellos muchas menos condiciones agudas de este tipo que entre las personas más jóvenes, 11% por persona por año contra 23% por persona por año debajo de los 65 años. Es cierto que tienen más problemas crónicos (81%), pero solo una vez más que las personas entre 17 y 64 años (54%).(16) "El resultado de estos perjuicios es que se establece una fuerte sinonimia: viejo-enfermo que entraña un enorme riesgo, pasa a comportarse como una profecía auto-predictiva que termina por internalizarse en los destinatarios del perjuicio, es decir los viejos". (16)

Cuando en otro momento, señalamos el hecho de que nuestra sociedad no encuentra útil los aportes de los ancianos, nos lleva a entender que todos los factores están relacionados entre sí, esto sería también un problema de tipo cultural, la exaltación que otras culturas hacen del anciano determina la valoración que tienen de él; en nuestro caso, las tareas que nos corresponden, como científicos sociales, nos exigen profundizar en los valores que se han transmitido de generación tras generación, acerca del papel que cumple el anciano.

CONCLUSIONES

Hemos estudiado a lo largo del presente artículo, el comportamiento psicológico mostrado por los diferentes grupos etarios ante los procesos de salud-enfermedad, como forma de entender mejor la calidad y especificidad de la atención en la salud que estos grupos requieren, tanto en políticas de prevención como de tratamientos médicos.

Igualmente, hemos destacado como su índole y dinámica psicosocial, no solo afectan su condición como paciente, sino que determinan su conducta ante los servicios médicos.

Creemos que la especificidad, en la atención en los servicios de salud debe abarcar no sólo estos perfiles, sino que también debe implicar por parte de todos los profesionales involucrados, el conocimiento de los agentes de riesgo que se han señalado para cada grupo. Estos factores son muy importantes, pues nos permiten además, ejercer labores en el campo preventivo. Si por ejemplo, en el primer ingreso de un adolescente por exceso de ingestión de alcohol, nos preocupamos por hacer una adecuada entrevista clínica, abrir un expediente e iniciar un trabajo interdisciplinario abarcando a su grupo familiar y comunitario, a largo plazo estaremos evitando problemas médicos y sociales de mayor y más costosa rehabilitación.

Los planteamientos propuestos nos remiten a abordar dos grandes temas; el de la educación para la salud y el de la capacitación académica de los profesionales, que atienden los servicios de salud.

Educación para la salud. Cuando nos interesamos en desarrollar el tema del síntoma y de la necesidad de que fuera reinterpretado al paciente, pensábamos en educar, cuando hablamos de mejorar la preparación para la jubilación, lo hacíamos también en ese sentido. La educación para la salud la define Gomes, "consiste en transformar información sobre salud, en conocimiento sobre salud, para influir en una conducta adecuada y duradera en este campo". (7)

Capacitación de los profesionales. El tema de la capacitación de los profesionales ha obligado, a que sea necesario y una tarea impostergable, la revisión de los currículos académicos en los que se preparará a los futuros profesionales de la salud. "La convicción filosófica de que, en sentido amplio, la salud humana es una función no solamente de factores físicos sino también de relaciones personales y sociales, no encuentra apoyo en el currículo tradicional de medicina que continúa formando médicos con una visión fragmentada, preparados para prestar cuidados relacionados con el trauma físico, pero sin ninguna comprensión total de la importancia de la medicina para la familia y su medio social". (12) Estas críticas se hacen desde la visión médica, pero no sólo nos parecen pertinentes para puntualizar sobre estos evidentes problemas en la formación del médico, sino que consideramos que despiertan nuestras inquietudes y sirven para llamar la atención sobre omisiones semejantes en los currículos en la formación de odontólogos, microbiólogos, pediatras, oftalmólogos, psiquiatras, etc.,. Nos dice: "No se pretende que el trabajador en salud recite una letanía de propuestas para llenar un cuestionario o cumplir con una pauta, es preciso que en su capacitación se haya logrado cambiar la perspectiva desde la que asiste al paciente y su familia de tal manera que estos factores sean considerados en su real importancia e incorporados en la práctica". (9)

En informes recientes de la O.M.S. y O.P.S. aparece numerosa documentación sobre alternativas a los modelos tradicionales, ensayados con mucho éxito en comunidades latinoamericanas postergadas, sobre todo acentúan experiencias en los S.I.L.O.S. (Sistemas Locales de Salud). Recordemos a Fernández y Quevedo título Historia, Ciencias Sociales y Educación Médica. Córdova, Y. Las ciencias sociales en la formación del odontólogo. Abramzón, M. Centro Universitario de la Salud: una propuesta de la Universidad de Buenos Aires. Novaes, H. La formación del médico para acciones en los sistemas locales de salud.

Estas y otras iniciativas han tenido poco eco en nuestro medio, donde los Centros de Salud locales tienen el mérito de poseer un fácil acceso, pero no responden ni a la filosofía, ni a las intenciones de atender en

forma integral los problemas de las personas que acuden a estos servicios. Recordemos que la filosofía que se demanda debe responder a la definición de salud "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Recientemente el C.I.N.D.E.I.S. y la escuela de Psicología de la U.C.R. han llevado a cabo un proyecto de capacitación, dirigido a médicos, trabajadores sociales, promotores de salud, entre otros profesionales. El curso ha implicado el dominio de técnicas de entrevista y temáticas específicas como la adolescencia. La iniciativa supone un intento válido de acercamiento entre la psicología y estas disciplinas. Los profesionales reciben reconocimiento académico y la satisfacción de enriquecer su labor con técnicas para mejorar el encuentro con los pacientes. Este trabajo debe ser tomado en cuenta como modelo, en los programas de capacitación y planificación de los servicios de salud.

Creemos haber dejado constancia, siguiendo a Hernández y Quevedo: que el marco conceptual que hemos utilizado en este estudio propone la articulación de las ciencias sociales con la práctica médica, tal como se plantea desde la epidemiología multicausal, es decir, entendiendo lo social, lo cultural, lo psicológico como factores desencadenantes de los procesos de salud y enfermedad; posición que creemos, supera las teorías que intentan un simple enfoque social de los problemas en salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abramzón, M. "Centro Universitario de Ciencias de la Salud una propuesta de la Universidad de Buenos Aires", en Revista Educación Médica y Salud. Vol No. 26, No. 1, 1992. (128-142).
- 2.- Córdova, Y. "Las Ciencias Sociales en la formación del odontólogo", en Revista Educación Médica y Salud. Vol. No. 26, No. 1, 1992. (106-127).
- 3.- Davis, E. "El sistema sexo-género y la problemática femenina", en Revista de la Secretaría General del C.S.U.C.A., No. 50, 1989. (77-85)
- 4.- De Infante, N., Alvarez, L. Landazábal, N. "La presencia de las Ciencias Sociales en la formación del profesional de enfermería", en Revista Educación Médica y Salud, Vol. No. 26, No. 1, 1992. (82-105).
- 5.- Fernández-Moujan, O. La identidad y lo mítico. Buenos Aires. Editorial Kargiemann, 1979. (227).
- 6.- Freud, A. El psicoanálisis y la crianza del niño. Madrid. Editorial Paidós, 1985. (133-143).
- 7.- Gómez, N., "Educación para la Salud en la adolescencia. Relato de una experiencia", en Boletín de la Ofi-

- cina Sanitaria Panamericana. Vol. No. 97, No. 3, 1984. (240-248).
- 9.- González, R. "Factores psicosociales y atención primaria de salud a la madre y al niño", en Revista de Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas, Pub. Cient. No. 461 O.P.S. 1984 (76-89)
 - 10.- Hernández, M., Quevedo, E. "Historia, Ciencias Sociales y Educación Médica", en Revista Educación Médica y Salud, Vol. No. 26, No.1, 1992. (35-50)
 - 11.- Mata, L. "Perspectiva epidemiológica: control, prevención e investigación de la diarrea en Costa Rica", en Revista Médicas. Hospital Nacional de Niños 15 (1) 1980. (1-20).
 - 12.- Novaes, H. "La formación del médico para acciones en los sistemas locales de salud", en Revista Educación Médica y Salud. Vol. No. 24, No. 4, 1990. (365-375).
 - 13.- Osuna, J. "Enfoque de riesgo en la atención materno-infantil", en Revista de la Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas. Pub. Cient., No. 461 O.P.S., 1984. (16-24).
 - 14.- Pérez, D. "Algunas consideraciones teóricas sobre el fenómeno de la jubilación", en Revista de Ciencias Sociales. Vol No. 29, 1985. (47-58).
 - 15.- Pincus, L., Dare, C. Secretos en la familia. Chile. Editorial Cuatro Vientos, 1978. (161).
 - 16.- Salvarezza, L. Psicogeriatría. Buenos Aires. Editorial Paidós, 1991. (34, 35, 36).
 - 17.- Trejos, A. "Implicaciones psicosociales del envejecimiento de la población costarricense", en Revista de Ciencias Sociales, Vol. No. B B29, 1985. (9-16).