

Modificación de comportamientos en salud mediante la construcción de capacidades y la participación social

Modifying health behaviors through capacity building and social participation

Dr. C. Digna Edelsys Hernández Meléndrez,^I Dr. C Irene Delgado Pérez,^{II} MSc. Clara Pérez Cárdenas,^{III} Dr. C. Antulio Hoyos Rivera,^I Dr. C. Daniel Gutierrez Raina,^{IV} Dr. C. Maria Gamba Janota^V

^I Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II} Dirección Municipal de Salud. Municipio Aguada de Pasajeros. Cienfuegos, Cuba.

^{III} Policlínico "Mario Muñoz Monroy". Alamar. La Habana, Cuba.

^{IV} Secretaria Académica. Universidad Adventista del Plata "Libertador San Martín". Entre Ríos, Argentina.

^V Facultad de Psicología. Universidad de Luanda. Angola.

RESUMEN

La construcción de capacidades es un proceso que revela las potencialidades del individuo para modificar su conducta ante diferentes problemas individuales o colectivos. El propósito de este trabajo es mostrar la labor comunitaria realizada por especialistas cubanos y extranjeros en diferentes latitudes en la construcción de capacidades y participación social en aras de modificar comportamientos que permitan afrontar de la mejor manera posible problemas de salud. Se realizó una síntesis de los trabajos desarrollados en comunidades urbanas ubicadas en Cuba, Angola y Argentina, respectivamente, y en dos poblaciones rurales de Venezuela. El trabajo se realizó entre el 2004 y el 2012. Se aborda la construcción de capacidades desde su concepción y se detallan las estrategias capacitante y educativa empleadas. En localidades de Luanda, Angola se modificaron los estilos de afrontamiento a la enfermedad en personas con VIH y se capacitó a los prestadores para mejorar su actitud hacia ellos, en mujeres con cáncer de mama en una comunidad cubana se modificaron los estilos de afrontamiento hacia la enfermedad en las pacientes, en la

familia y los médicos encargados de su atención en la comunidad. Las experiencias descritas tienen en común la construcción de capacidades mediante la movilización de las comunidades implicadas en torno a la solución de los problemas de salud.

Palabras clave: modificación de comportamientos en salud, construcción de capacidades, participación social.

ABSTRACT

The capacity building is a process that discloses the individual's potentialities to change his/her behavior in the face of various individual or collective problems. The objective of this paper was to show the community work carried out by Cuban and foreign specialists in different parts of the world to build capacities and to encourage social involvement with a view to changing behaviors and facing health problems in the best possible way. This is a sort of summary of the work performed at urban communities in Cuba, Angola and Argentina, respectively, and in two rural populations of Venezuela. This paper was prepared in the period of 2004 through 2012. It dealt with the building of capacities since its conception and detailed the enabling and educational strategies used. In some Angolan communities, particularly in Luanda, the way the AIDS population was coping with the disease was modified as well as the quality of care by the health system personnel to these patients. Furthermore, a valuable experience in Cuba was shown with some women suffering breast cancer since the styles of coping with the disease changed in the patients, their families and the physicians in charge of taking care of them at the community. All the presented experiences have the building of capacities in common through the mobilization of the communities involved regarding the solution of health problems.

Keywords: modifying health behaviors, capacity building, social participation.

INTRODUCCIÓN

La construcción de capacidades para la autogestión comunitaria es un proceso continuo y permanente de aprendizaje que se basa en una metodología de acción-reflexión-acción. Se genera en las personas la modificación de comportamientos y al mismo tiempo se desarrollan destrezas y habilidades que contribuyan a satisfacer necesidades individuales y colectivas. La construcción de capacidades debe formar parte de la acción organizada de las comunidades para alcanzar la meta de su desarrollo a través de la autogestión. Contribuye así al logro de satisfacer las necesidades humanas y de mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los pobladores que habitan en las comunidades. En términos sociales, debe contribuir a erradicar la pobreza, asegura la prestación de servicios, fomenta la equidad de género, la organización comunitaria y la solidaridad, entre otras posibilidades.¹

IMPORTANCIA DE LA CAPACITACIÓN

El gran objetivo, que se debe tener presente en cada momento de el proceso de construcción de capacidades es: crear, generar y desarrollar las capacidades

humanas, a fin de que los individuos, unidos o asociados en sus comunidades logren adquirir poder de decisión en los aspectos que afectan sus vidas, en este caso relacionados con los problemas de salud. Este poder de decisión, los convierte en agentes de cambio de su propia realidad, y les permite estar por sí mismos en capacidad de autogestionar su propio desarrollo. La construcción de capacidades parte del aprendizaje como una acción práctica y útil, específicamente orientada a superar limitaciones técnicas o a desarrollar habilidades para la implementación de programas comunitarios encaminados a la construcción de obras físicas o al desarrollo de proyectos productivos.^{2,3}

Desde esta perspectiva, los beneficiarios del proyecto tienen acceso a un conocimiento que está próximo a sus niveles de necesidad más inmediatos. La construcción de capacidades, por tanto, va dirigida a impulsar el aprendizaje a partir de la acción y la reflexión, y en ella se producen procesos individuales y colectivos de aprender haciendo. Aquí el aprendizaje está íntima e inseparablemente ligado a la práctica. De manera que al referirnos a la construcción de capacidades, nos estamos refiriendo a un proceso que revela las potencialidades del individuo para que esté en condiciones de modificar sus comportamientos en relación con los problemas de salud de la comunidad como los que se presentan en este trabajo: las enfermedades respiratorias, el dengue, el sida, así como también los estilos de afrontamiento a la drogadicción y a enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer y otras.

El desarrollo del proceso debe tener en cuenta que:

1. Se debe realizar sobre la base de la utilidad que pueda tener el conocimiento y sus niveles de uso en la práctica cotidiana.
2. Nunca debe desligarse el aprendizaje de la práctica. Se aprende haciendo.
3. En cada momento se están revelando las potencialidades del individuo y del grupo. Estas potencialidades se irán haciendo más efectivas al ejercitarse en la práctica.
4. Cada vez que se entrena o se capacita a una persona se está generando un proceso de desarrollo de otras capacidades que tienen que ver con el valor personal, la conciencia de su realidad, el potencial de cambio que posee la comunidad, el incremento de sus niveles de responsabilidad, la conciencia sobre sus derechos y el poder de decisión.
5. En cada momento se está facilitando la construcción de capacidades y que los miembros de la comunidad son los apoderados de este proceso, el cual desarrollarán con la práctica del trabajo día a día.
6. Siempre se está capacitando para que los miembros de la comunidad tengan las posibilidades de autogestionar su propio desarrollo.

El objetivo del presente trabajo es exponer una síntesis de los trabajos desarrollados en distintas latitudes por especialistas de las ciencias de la salud de la Escuela Nacional de Salud Pública, quienes realizaron una labor comunitaria mediante la construcción de capacidades y la participación social con el objetivo de modificar comportamientos para afrontar diversos problemas de salud.

MÉTODOS

El trabajo se realizó entre el 2004 y el 2012 en comunidades urbanas ubicadas en Cuba, Angola y Argentina, respectivamente, y en dos poblaciones rurales de Venezuela, se desarrolló mediante estrategias capacitantes, las cuales fueron concebidas en cuatro etapas:

1. Diagnóstico.
2. Diseño y validación de la estrategia capacitante.
3. Implementación de la estrategia.
4. Evaluación de los resultados.

FASE DIAGNÓSTICA

En esta fase se realizó el análisis de la situación de salud, la evaluación de las posibilidades de la comunidad para efectuar el cambio, se identificaron los líderes comunitarios, y se elaboraron encuestas para evaluar el nivel de conocimientos y comportamientos en el problema de salud que se iba a abordar. Para el desarrollo de esta fase se analizaron las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades (DAFO) y se hizo la coordinación intersectorial para integrar las fuerzas de cada territorio.

DISEÑO Y VALIDACIÓN

De acuerdo con los resultados de la fase diagnóstica se proyectó una estrategia capacitante que se sometió a consideración de expertos y se desarrolló un estudio previo en una comunidad con análogas condiciones.

IMPLEMENTACIÓN

Para ello se hizo necesario, en el caso de Venezuela, la participación del Comité de Salud, el Comité de Madres del Barrio, Alcaldía, PDVESA, SALUDAZ. En el caso de Angola se hicieron coordinaciones con las instancias de salud, el partido y el gobierno; se contó con el apoyo institucional a través de la capacitadora que es psicóloga de los hospitales donde se trabajó. En el caso de Argentina se trabajó con estudiantes y profesores de la escuela donde trabaja el capacitador, por lo que se contó con el apoyo del sector educacional. En Cuba, la capacitadora es la psicóloga encargada de la atención a los pacientes, por tanto, tuvo también todas las posibilidades de realizar el trabajo. En todos los casos se tuvieron en cuenta las normas del Comité Internacional de la Organización Mundial de la Salud⁴ sobre la ética de la investigación con seres humanos. Se solicitó la anuencia de las entidades encargadas y el consentimiento de las personas que participarían en el trabajo.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

En cada caso se realizó una evaluación de los conocimientos y comportamientos de antes a después, con las mismas técnicas aplicadas en la fase diagnóstica. El procesamiento de la información se realizó mediante pruebas no paramétricas como Stuart Maxwell, Mc Nemar, prueba de Rangos con Signos de Wilcoxon, entre otras.

En todos los casos se planificaron talleres capacitantes concebidos como una experiencia de trabajo activo. La participación de cada uno de los integrantes, el aporte de sus experiencias, argumentos, las discusiones realizadas, los escritos, fueron fundamentales para el éxito de los talleres. El hablar y escuchar, dar y recibir, argumentar y contrargumentar, defender posiciones y buscar consensos, fueron las principales características de estas actividades. Las experiencias sumadas, los elementos conceptuales, la reflexión y las discusiones grupales, ayudaron a generar puntos de vista y mejores soluciones a las existentes antes de que se iniciaran. Sus resultados influyeron en la vida de sus participantes. Todo taller debe generar identidad, apropiación de la palabra, sentido de pertenencia a un grupo y un mayor compromiso colectivo.

Nunca se partía de cero, todas las personas, sin excepción tenían sus propias ideas, esperanzas, experiencias, imágenes, prejuicios y conocimientos relacionados con los temas de la comunidad, la capacitación y el desarrollo. Todo ser humano tiene creencias y prejuicios sobre lo que debe hacer, y sobre cómo se debe hacer. Por eso es muy importante partir de un diagnóstico inicial. Este debe considerarse como el mejor punto de partida para la reflexión y para crear la posibilidad de cambios.

La información era solo un apoyo. Si como se ha dicho anteriormente, el objetivo de la capacitación para el desarrollo autogestionado es la modificación de comportamientos, en este caso relacionados con la salud, entonces lo más importante en un taller es recoger la experiencia de los diferentes participantes y fomentar la reflexión, el intercambio de puntos de vista y la búsqueda de acuerdos que puedan concretarse en planes de trabajo. La información científica se utilizó solo a manera de apoyo. El papel principal de la persona que capacita en un taller es el de facilitar la participación individual, promover la comunicación horizontal y asegurar que los procesos grupales se encaminan a hacer posible el logro de los objetivos propuestos.

La persona que dirigía la capacitación tenía que:

- Preparar el taller, inaugurarlo y hacer el resumen y la evaluación final.
- Explicar los objetivos.
- Estimular y guiar la reflexión de los participantes.
- Garantizar las condiciones físicas que requiere el taller y generar un ambiente humano agradable.
- Orientar las discusiones, formular preguntas, recoger e integrar los aportes y sintetizar.
- Integrar a todos los participantes.
- Poner al descubierto los conflictos latentes, con el fin de enriquecer el taller y canalizar la energía del grupo de manera positiva.
- Estar muy atento a las señales no verbales de los participantes.
- Proponer reglas de juego para la participación y garantizar el respeto mutuo.
- Monitorear el trabajo de los subgrupos.

Un objetivo fundamental que debía lograrse era la apropiación de los contenidos por parte de cada uno de los participantes, para que fueran asumidos, tanto para su uso en su vida personal como en su trabajo.

La evaluación de los talleres fue un proceso permanente desde el comienzo. En cada sesión de trabajo se hacía una evaluación, además de que se monitoreaba la actividad por parte del capacitador y luego se evaluaba al final del ciclo. Esta es una actividad que permite la reflexión continua sobre el trabajo y contribuye a ajustarse a las expectativas y al nivel de los participantes. Resultó muy beneficioso e interesante. Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Realizar la primera evaluación cuando se confrontaba la agenda sugerida con las expectativas de los participantes. Este era el momento más indicado para realizar los ajustes que resultaban necesarios.
- Dejar un espacio de tiempo disponible para las sugerencias y los asuntos pendientes.
- Diseñar evaluaciones tanto parciales como finales sobre todos los aspectos involucrados en el taller.

Según la disponibilidad del tiempo y el asunto tratado, las evaluaciones podían ser diferentes, pero debían ser:

- Individuales, para garantizar que todos y cada uno de los participantes expresaran su satisfacción o insatisfacción.
- Globales, que permitieran evaluar todos y cada uno de los aspectos del taller.

RESULTADOS

Los resultados se presentan según el comportamiento de cada estrategia o taller capacitante.

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, NUEVA ESPARTA, VENEZUELA⁵

- Se modificó el nivel de conocimientos y comportamientos para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) acorde con las exigencias, costumbres, creencias, escolaridad, nivel de asimilación, entendimiento y edad de los participantes, sin precedentes en Nueva Esparta.
- Los resultados de la intervención comunitaria se evaluaron en cuatro momentos, al mes de finalizada, al año y a los tres y seis años, lo que confirmó la sostenibilidad de la metodología utilizada en el tiempo.
- La investigación constituyó un aporte al conocimiento práctico en relación con el tema, se reconoció la capacidad que tiene la comunidad aún con bajo nivel de instrucción y sin experiencia previa en este tipo de actividad, para asimilar sus problemas de salud y responsabilizarse con su solución de forma organizada y

racional y, dirigida bajo sólidas bases científicas por un médico de Barrio Adentro que trabajó en la investigación y en la comunidad.

- Los resultados permitieron sensibilizar a las autoridades locales de salud sobre un problema de salud frecuente en la comunidad.

ESTRATEGIA CAPACITANTE PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, FAMILIARES Y MÉDICOS. POLICLÍNICO "MARIO ESCALONA", LA HABANA, CUBA⁶

La estrategia fue efectiva:

- En las pacientes se produjeron los mayores cambios en todas las variables relacionadas con el afrontamiento a la enfermedad, la representación mental de la misma, el sentido de la vida y las relaciones familiares, entre otras. Se corroboró una modificación significativa.

- En las familias hubo cambios significativos en las relaciones con la paciente, en sus vivencias hacia el médico, hacia el reconocimiento de la claudicación familiar y en el significado que confieren a la enfermedad oncológica.

- En los médicos hubo cambios significativos en el sentido que confieren a la enfermedad y en su percepción de preparación para afrontarla, en sus vivencias en la relación con las familias y en el reconocimiento de la claudicación familiar; no así en las necesidades sentidas y en sus cambios de comportamiento en consulta frente a la paciente.

PREVENCIÓN DEL DENGUE EN SAN MATEO, LIBERTAD, ANZOÁTEGUI, VENEZUELA⁷

- Antes de la intervención y durante el análisis de la encuesta de conocimientos y comportamientos, llamó la atención el grado de desinformación sobre la enfermedad que poseía esta localidad ya que en el 72,5 % de la población en estudio los conocimientos fueron deficientes, en el 11,77 % regular y solo 28 pacientes (5,23 %) conocían en mayor o menor grado sobre el dengue.

- Después de realizada la estrategia, el 52,1 % de la población fue evaluada de excelente, el 44,2 % de bien, solo el 3,55 % fue regular y ninguno deficiente.

- Se logró una reducción significativa de la infección reciente por dengue.

ESTRATEGIA PARA EL AFRONTAMIENTO EFECTIVO AL USO INDEBIDO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE CRESPO, ENTRE RÍOS, ARGENTINA⁸

Se diseñó y evaluó una estrategia destinada a fomentar estilos de afrontamiento salutogénico frente a las adicciones, que demostró su utilidad, ya que se logró:

- Modificar la calidad de las relaciones y nivel de comunicación de los estudiantes especialmente con los profesores y familia de dos instituciones educativas.

- Cambios notables en cuanto al sentimiento de sentirse comprendidos y escuchados, especialmente la comprensión por parte de la familia, profesores, hermanos/as y compañeros del colegio.

- Modificación de la percepción de la orientación de las decisiones de los estudiantes a favor de los profesores y la familia en ambas instituciones educativas.

- Cambio marcado luego de la intervención, respeto a la aceptación de sus decisiones, fundamentalmente los estudiantes sintieron que las familia y profesores tenían un rol más protagónico.

- Mejoramiento de la percepción de los afectos y aceptación en las dos instituciones educativas, específicamente con la familia, hermanos/as y profesores.

- Mejoró el aspecto de r la presión de los pares frente al comportamiento elegido ante la vida relacionado con la satisfacción del entorno de los estudiantes luego de la intervención. Se incluyeron en este aspecto la familia y los profesores. Ello demostró que aún no tienen definidos los valores y objetivos de la vida.

- Cambios notables en relación con el estilo de vida/sentido de vida.

- Modificaciones de la ocupación del tiempo libre a favor de la participación en actividades de tipo familiar.

ESTRATEGIA CAPACITANTE PARA PERSONAS CON VIH Y PRESTADORES PARA MODIFICAR AFRONTAMIENTOS Y ACTITUDES. HOSPITALES ESPERANÇA Y MILITAR. LUANDA, ANGOLA⁹

- Las personas con VIH objeto de la investigación, presentaron por lo general antes de la intervención psicológica altos niveles de ansiedad reactiva, depresión grave o moderada, inadecuada autovaloración -tanto por defecto como por exceso- de su estado de salud, actitud negativa hacia la enfermedad, percepción negativa de las actitudes de los demás hacia ellos, sentimientos de exclusión, falta de apoyo psicológico e insatisfacción con los servicios recibidos, sin diferencias entre los hospitales estudiados.

En los prestadores predominaron las actitudes de rechazo hacia las personas con VIH y la insatisfacción con los servicios que ofertan, elementos de importancia capital para la realización de intervenciones específicas que aporten herramientas necesarias para la modificación de estos atributos negativos.

- La estrategia interventiva "Aprendiendo a vivir con VIH y con PVIH", diseñada y aplicada para el mejoramiento de los mecanismos de afrontamiento de las personas con VIH (PVIH) y las actitudes y satisfacción de sus prestadores mostró su eficacia al producir de manera general en estas personas modificaciones positivas en cuanto a la disminución de la intensidad de los estados emocionales agudos de ansiedad y depresión, así como en la adecuación de la autovaloración, las actitudes, y el nivel de satisfacción, lo que redundó en mejoría de la eficiencia de los mecanismos de afrontamiento. En los prestadores la intervención produjo cambios tanto en las actitudes hacia las personas con VIH, como en el nivel de satisfacción con los servicios que se brindan en ambos hospitales.

A modo de conclusiones, las cinco estrategias capacitantes expuestas demuestran su utilidad al lograr la construcción de capacidades mediante la movilización de las comunidades implicadas en torno a la solución de los problemas de salud. Se genera en las personas residentes la modificación de comportamientos relacionados con la salud, que a su vez desarrollan destrezas y habilidades que contribuyen a satisfacer necesidades individuales y colectivas. Se demuestra la sostenibilidad de dichos

procesos capacitantes ya que en tres de ellos los gestores de la capacitación conviven en el territorio y continúan con dicho trabajo, los otros dos, son colaboradores cubanos que han tenido la posibilidad de conocer el mantenimiento de sus resultados en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Proyecto de fortalecimiento de la Autogestión comunitaria en los asentamientos precarios del Ecuador hasta el 2025. Plan Global de Capacitación Proyecto ECU/91/011. Quito: Gobierno de la República del Ecuador; 2011 [citado 20 Sept 2012]. Disponible en: <http://www.proyecugaleon.com/investigaciones/capacitacion/capacit3.html>
2. PNUD. Desarrollo de capacidades, texto básico del PNUD; 2000 [citado 23 Sept 2012]. Disponible en: <http://www.ops.org.pa>
3. PNUD. Desarrollo de capacidades. 2011 [citado 23 Sept 2012]. Disponible en: <http://www.americalatinagenera.org>
4. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación con seres humanos. Ginebra: CIOMS; 2002.
5. Delgado Pérez I. Estrategia educativa para la prevención de las infecciones respiratorias agudas, Nueva Esparta, Venezuela [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012.
6. Pérez Cárdenas C. Intervención psicológica para pacientes con cáncer de mama, familiares y médicos. [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012.
7. Hoyos Rivera A. Estrategia de intervención comunitaria para la prevención del dengue en San Mateo, Anzoátegui, Venezuela. 2007-2008 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012.
8. Gutiérrez Raina D. Estrategia para el afrontamiento efectivo al uso indebido de drogas en estudiantes de Crespo, Entre Ríos, Argentina, 2007-2008 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012.
9. Gamba Janota M. Intervención psicológica en personas con VIH y prestadores para modificar afrontamientos y actitudes, hospitales Esperança y Militar. Luanda, Angola. 2005-2009 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012.
10. Calderón Arguedas O, Solano ME, Troyo A. La participación comunitaria como recurso para la prevención del dengue en una comunidad urbana de San José, Costa Rica. Rev Costarric Salud Pública. 2005 [citado 23 Sept 2012];14(27):51-7. Disponible en: <http://citebank.org/uid.php?id=144953>
11. Manual de Comunicación Social para Programas de Salud. Washington, D. C.: OPS; 1992.
12. Hoyos Rivera A, Hernández Meléndrez E, Pérez Rodríguez A. Resultados de una intervención comunitaria sobre el dengue en San Mateo, Anzoátegui, Venezuela 2007-2008. Rev Habanera Ciencias Méd. 2010 [citado 24 Mar 2012];9(2):263-71.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200017&Ing=es

13. Participación de la Comunidad en la Salud y en el Desarrollo de las Américas. Análisis de estudios de casos seleccionados. Publicación Científica No. 473. Washington, D. C.: OPS; 1984.

14. González Valcalcer B. Los Medios de Comunicación. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.

15. Del Valle Rojas C. Comunicar la Salud. Temuco, Chile: Ediciones Universidad de la Frontera; 2003.

Recibido: 23 de enero de 2013.

Aprobado: 30 de octubre de 2013.

Digna Edelsys Hernández Meléndrez. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: edelsys.hernandez@infomed.sld.cu