



estudios  
sobre

INDEXED

# educación sanitaria

LA PERCEPCION Y LA  
SALUD PUBLICA

INVESTIGACIONES RELACIONADAS  
CON LA EDUCACION SANITARIA

MOTIVACION EN LA ORGANIZACION  
DE LA COLECTIVIDAD



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
Washington 6, D.C., E.U.A.

1963

INDEXED

estudios  
sobre

# educación sanitaria

contenido:	página
<i>La percepción y la salud pública</i> —Gordon W. Allport.....	1
<i>Investigaciones relacionadas con la educación sanitaria</i> —Godfrey M. Hochbaum, Ph.D.....	20
<i>Motivación en la organización de la colectividad</i> —Howard W. Beers.....	33

Publicaciones Científicas No. 88

Diciembre de 1963

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
1501 New Hampshire Avenue, N.W.  
Washington 6, D. C., E.U.A.

(Copyright, 1958 y 1960)  
Propiedad de la Sociedad  
de Educadores en Salud Pública  
de los Estados Unidos de América

La Oficina Sanitaria Panamericana tradujo al español los tres artículos que aparecen en este libro con autorización de la Sociedad de Educadores en Salud Pública, Oakland, California, E.U.A.

La Sociedad de Educadores en Salud Pública es una organización profesional cuyos miembros han tenido adiestramiento especializado y experiencia en educación en salud pública.

Los objetivos de la Sociedad son fomentar, estimular y contribuir al adelanto de la salud de todos los pueblos, promoviendo el estudio y mejorando las prácticas y los medios en el campo de la educación en salud pública.

## LA PERCEPCION Y LA SALUD PUBLICA\*

GORDON W. ALLPORT†

*(Segunda Disertación Anual "Dorothy B. Nyswander", ofrecida en Berkeley, California, el 23 de mayo de 1958. Esta cátedra se creó en honor de la Dra. Nyswander al retirarse como Profesora de Educación Sanitaria de la Universidad de California.)*

Al inaugurar la cátedra "Dorothy B. Nyswander", hace un año, el Dr. Mayhew Derryberry ya preparó el terreno para esta disertación. El Dr. Derryberry explicó claramente que durante la brillante carrera de la Dra. Nyswander—y en parte, bajo su dirección—el aspecto y las funciones de la educación sanitaria han cambiado, principalmente en el sentido de una cooperación más estrecha con las ciencias psicológicas y sociales (1).

En la época en que la Dra. Nyswander amplió sus intereses psicológicos para incluir en ellos el campo de la salud pública, el terror a las enfermedades infecciosas era todavía extraordinario. Teniendo en cuenta que esos azotes específicos de la humanidad se debían a causas también específicas, las investigaciones en materia de salud pública significaban principalmente el hallazgo de la antitoxina o del antibiótico que destruyera al microbio invasor. Esta labor requería escasa cooperación o conocimientos por parte del ciudadano común, que no se hallaba profundamente interesado en la ingeniería sanitaria, la purificación del agua o el control de los roedores. Sin embargo, este mismo ciudadano, gracias a la educación sanitaria popular, desarrolló una "perspectiva bacteriotecnológica respecto a las enfermedades" (2). Aprendió a conocer lo que significaba la vacuna, como lo demuestra la reciente reacción del público ante la vacuna Salk. Asimismo, se ha familiarizado con las curaciones milagrosas y su fe en ellas sigue en aumento.

\* La edición en inglés apareció en *Health Education Monographs* No. 2, 1958 (*Society of Public Health Educators, Inc.*).

† Profesor de Psicología, Departamento de Relaciones Sociales, Universidad de Harvard, Cambridge, Massachusetts, E.U.A.

Pero ¿dónde está la vacuna que sirva para prevenir las depresiones mentales; para impulsar a la población a someterse a exámenes tempranos en relación con trastornos cardíacos y cáncer; para abolir las prácticas nocivas en la comida, el sueño y el recreo; para controlar el alcoholismo y otros hábitos perniciosos; para eliminar la negligencia en la conducción de automóviles, y para establecer métodos sanos de educación infantil? Los trabajadores de salud convienen en que hemos entrado en una era en que hay que tener en consideración el factor humano—los caprichos, valores y percepciones del ciudadano común—si queremos realizar cualquier progreso, y en que, de ahora en adelante, estos progresos requerirán el beneplácito y la cooperación de la población. Así pues, el aspecto público de la salud pública es lo que habrá de preocuparnos cada vez más.

No es posible examinar, en una sola disertación, todos los asombrosos adelantos de las ciencias sociales que poseen valor potencial para el futuro progreso de la salud pública. Muchos de ellos son de sobra conocidos, tal vez más particularmente los que se refieren a la opinión y a la comunicación, al liderato y a la formación de grupos y a las distintas necesidades étnicas y regionales de la labor de salud pública. He elegido el tema de la percepción y la salud pública porque considero que trata de una conexión poco conocida entre vuestra profesión y la mía. Desde un punto de vista práctico, la cuestión que pretendo examinar es *si el destinatario del mensaje de la salud lo escucha y comprende tal como pretende el educador sanitario.*

### La paradoja de la percepción

Una persona que visitó Nápoles relata lo siguiente. Al llegar al hotel situado frente a la bellísima bahía, el taxista que lo ha llevado, a pesar de haber contemplado miles de veces el hermoso panorama, se siente arrobado y no puede por menos que exclamar "*Come è bello, come è bello*". El viajero comparte el sentimiento de su extasiado taxista y luego entra en el hotel. En contraste con la reacción del taxista, el hotelero le explica que le está dando mucho quehacer un rico petrolero americano que se trasladó a Nápoles para huir del aburrimiento durante su jubilación. Pero este norteamericano, después de una breve mirada hacia la bahía, sólo refunfuñó: "Simplemente árboles, agua y una ciudad, lo que ya he visto miles de veces". Alquiló un taxi para visitar Pompeya y regresó muy enojado. "He visto suficientes casas en buen estado durante toda mi vida", exclamó, "y no tengo necesidad de ir a ver a unas cuantas en ruinas". El magnate petrolero buscó refugio en su único solaz—bebiendo una mezcla de ginebra y champaña. Pocas semanas después este

sujeto presentó síntomas de delirium trémens y fue trasladado a los Estados Unidos de América.

La historia sirve de ejemplo a nuestro primer principio: *el medio que nos rodea no es tanto una cuestión de ambiente físico como de percepción*. En el ejemplo citado, tenemos a dos hombres que están en el mismo lugar geográfico y no viven en el mismo ambiente. Por esta razón, el trabajador sanitario, aunque no altere en lo más mínimo su enfoque de los problemas al realizar sus visitas casa por casa, no podrá impedir que su actitud se interprete a veces como amenazadora y otras como consoladora; en unos casos verán en él a un amigo y será bien recibido, en otros huirán de él como si fuera un apestado. El trabajador en el campo de la salud podrá creer que su función es inmutable, pero se equivoca. Como en el ejemplo de la bahía de Nápoles, será algo distinto para cada una de las personas que lo percibe y 10 cosas distintas para 10 personas.

Y aquí nos encontramos con la primera paradoja de la percepción: después de todo, *hay* una bahía de Nápoles. Si bien el proceso de la percepción está influido por la predisposición subjetiva, se encuentra también sometido a lo objetivo. La percepción está regida por factores externos e internos, y utilizando el lenguaje de Platón “la luz interior se combina con la exterior”. Por consiguiente, lo que vemos u oímos es a la vez verídico y deformado, verdadero y falso.

El hecho de que percibamos con bastante exactitud el mundo que nos rodea se debe a la evolución de procesos sensoriales y cerebrales bien sintonizados con la realidad exterior. Los ojos perciben el color, la línea y la forma con exquisita perfección; los oídos registran con precisión una gran variedad de vibraciones. La piel, menos perfecta en cuanto a sensibilidad, comprueba sin embargo la clase y la graduación más sutil de la temperatura. La razón de esta capacidad reflectora es indudablemente su “utilidad funcional”. El organismo tiene más posibilidades de sobrevivir si los órganos sensoriales poseen una segura precisión. En un libro reciente, Woodworth sostiene, con razón, que el primero y principal motivo en la vida es la necesidad profunda del hombre de dominar debidamente su mundo (3). Para Woodworth, el proceso de la percepción es el dinamismo esencial al servicio de ese motivo fundamental del hombre.

Y, sin embargo, siguiendo la misma línea de razonamiento podemos afirmar que ese proceso de percepción debe apartarse asimismo del verdadero reflejo para que sea de la máxima utilidad para nosotros. Cuando estamos en un bosque, nuestra percepción no enfoca a todos los árboles, sino sólo al que vamos a talar. Tampoco percibimos con claridad todos los objetos que están sobre la mesa, sino el bocado que vamos a comer en

ese preciso momento. De la misma manera, en el murmullo de una conversación vaga, nuestro nombre se destaca rápidamente en cuanto se menciona. La percepción selectiva es tanto una necesidad funcional como una percepción verídica.

Al enfrentarnos con nuestro mundo, no basta con seguir únicamente "la luz interior". En primer lugar, tenemos que seleccionar lo que vemos, y al hacerlo nos ponemos sobre aviso frente a ciertas sugerencias y nos sentimos indiferentes o nos ponemos a la defensiva frente a otras. Percibimos para poder hacer frente a la situación, mas esto significa algo más que un reflejo pasivo; significa la satisfacción de nuestras necesidades; significa también el encontrar seguridad y tranquilidad, afecto y prestigio, despreocupación, oportunidades para progresar y, en último término, tiene un significado satisfactorio para nuestra existencia. De ahí que nuestra mejor manera de enfrentarnos con el mundo puede consistir en ignorar totalmente algunos estímulos, modificar nuestra interpretación de otros y combinar los nuevos significados con nuestros antiguos hábitos, necesidades actuales y orientaciones futuras.

Una reciente investigación sanitaria, llevada a cabo por la Dra. Dorrian Apple de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Boston, viene a ilustrar este punto. El problema consistía en determinar cuándo el individuo "percibe" la enfermedad, es decir, qué clase de experiencia le revela al individuo que está "enfermo", o que alguna otra persona lo está. La respuesta es que los síntomas deben estar *activamente presentes* en el momento, que deben ser *agudos y perfectamente definidos* y que han de conducir a una *disminución de la actividad*. Estos criterios son acumulativos; una persona realmente enferma reunirá las tres condiciones. Así pues, a un hombre que sufre de fiebre y resfriado, que no está en condiciones de ir a trabajar, lo percibiremos como individuo "enfermo". Pero al hombre que padece una molestia vaga y crónica, que no interrumpe sus labores cotidianas, raramente se le considerará como "enfermo" (4). Desde el punto de vista del trabajador sanitario, este último caso puede ser, por supuesto, mucho más grave que el primero, e incluso puede necesitar atención médica con mayor urgencia. Sin embargo ¿cómo tratará el trabajador sanitario a una persona enferma que no percibe su enfermedad?

Y cuando una persona percibe o se da cuenta de que está enferma ¡cómo varía su campo perceptivo! Objetos que anteriormente tenían interés, pierden su valor; el visitador sanitario ya no es un entrometido sino un ángel de misericordia; las funciones corporales aumentan de dimensiones, y las molestias de menor y mayor importancia llenan el horizonte. Charles Lamb se expresó en los siguientes términos: "¡Cómo

aumenta la enfermedad las proporciones del individuo para consigo mismo! El se convierte en su propio y exclusivo objeto. Un enorme egoísmo se apodera de él y constituye su única obligación" (5). En las situaciones de enfermedad, se esfuma la "perspectiva bacteriotecnológica" a que nos referíamos anteriormente. La persona enferma no puede adoptar la actitud impersonal y aséptica del trabajador de salud pública, aunque pretenda hacerlo. Se vuelve susceptible, igual que un niño, ante sus propios temores, así como ante las expresiones de afecto y apoyo por parte de los que lo atienden. Cuestiones de la menor importancia provocan reacciones de agresión o quejas, mal humor o humillación. Cualquier gesto inadvertido en la cara del médico o del trabajador sanitario puede ser percibido como una profecía de desgracias (6). Cuando se trata de un adulto orgulloso considerará que su enfermedad tendrá repercusiones hereditarias y, por consiguiente, constituirá una desgracia para su familia. Realmente, el mundo de la percepción en estado de salud y en situación de enfermedad no son los mismos.

### ¿Percepción o procepción?

Antes de examinar la aplicación de las modernas investigaciones sobre la percepción a la educación sanitaria, quisiera llamar la atención acerca de una cuestión técnica de actualidad en la psicología de la percepción.

Hasta ahora he venido utilizando el término *percepción* en su sentido amplio, como lo emplean hoy la mayoría de los psicólogos. Hay suficientes razones para que el término se emplee en este sentido amplio.

Los psicólogos han sabido siempre que la percepción es el proceso de dar significación a las impresiones sensoriales. Este proceso crea un medio estable en lo que, de lo contrario, sería un caos de impresiones sensoriales desordenadas. La percepción es la estabilizadora de nuestra vida mental. Tratándose de un hecho conocido, la curiosidad de los psicólogos se limitó, hasta recientemente, al examen de unos cuantos problemas normales de laboratorio. El tamaño y la profundidad, la localización y el movimiento fueron estudiados partiendo del supuesto de que la estructura del mundo exterior se vierte de manera verídica mediante nuestros órganos sensoriales, con unas cuantas excepciones de menor importancia denominadas "ilusiones".

Hace menos de 20 años, los psicólogos se entusiasmaron de pronto con el descubrimiento—aunque ya debían de haberlo sabido—de que la percepción no es una versión fiel de la configuración externa en experiencia interna. La percepción está profundamente influida por otros dos

factores: el hábito social y cultural, y la personalidad del sujeto percceptor. Es cierto que recibimos las sensaciones que el mundo exterior ofrece, pero lo hacemos a través de nuestro lente social y personal.

Tan asombroso fue el descubrimiento que se le llamó "nueva moda" de la teoría de la percepción, utilizando la misma denominación aplicada a la moda femenina corriente. Todavía no ha salido otra nueva moda, con aspecto de "saco" o de "trapecio" que desplace a la nueva teoría.

La nueva teoría de la percepción afirma, en pocas palabras, que a menos que el estímulo externo sea extraordinariamente fuerte y apremiante, lo que percibimos es una mezcla del mensaje que recibimos y de nuestras significaciones subjetivas. Innumerables experimentos han establecido el hecho de que las palabras que oímos y los objetos que vemos (por lo menos si no son precisamente claros y bien estructurados) reciben la influencia de las condiciones subjetivas entre las que varios investigadores han identificado la influencia del hambre, la sed, el temor y el odio; asimismo influyen los intereses y valores profundamente arraigados, las características del temperamento, la estructura total del carácter y la manera como cada individuo considere la vida (7).

La influencia específica de los hábitos sociales y culturales conforma también nuestra percepción de las palabras, del tiempo y del valor. En el libro de Benjamin Paul titulado *Health, Culture and Community* se encontrarán ejemplos de la denominada *percepción social*. Por ejemplo, un médico norteamericano en un pueblo de la India será percibido como una figura poderosa y venerada si se limita a pronunciar palabras que inspiren confianza, tales como "el paciente se restablecerá". Pero en Chile, el médico que haga la misma predicción confiada podrá parecer arrogante y, en consecuencia, inspirar desconfianza (8). En la India, la vaca que cae enferma en la calle se percibirá como objeto de compasión, mientras que por el contrario, por miedo a la contaminación, se evitará el contacto con un hombre que cae moribundo en la misma calle.

Volviendo a nuestro problema técnico, el entusiasmo de los psicólogos por "la nueva moda" condujo, como hemos indicado, a utilizar sin mucha distinción el concepto de percepción.

En la actualidad se conoce al especialista por el cuidado con que utiliza las palabras. Entre los vocablos que el psicólogo ha de emplear "cuidadosamente" figura sin duda el de *percepción*. Pero aunque sea utilizado escrupulosamente no se puede evitar que el concepto abarque la energía derivada del estímulo, la actividad receptora, un núcleo sensorial proyectado y organizado a través de la esperanza y la intención, mezclado con sutiles ajustes musculares y cubierto por un proceso instantáneo de

categorización debido a asombrosas y veloces asociaciones con la experiencia pasada—toda desconcertante secuencia que ocupa una fracción de segundo y da lugar a una experiencia firme y bien configurada de significación objetivada. Incluso el más cuidadoso empleo de la percepción debe abarcar todos estos procesos entrelazados.

Al mismo tiempo el sentido de esa palabra no ha de ampliarse hasta abarcar otras de las denominadas operaciones mentales superiores. No debe extenderse hasta el punto de incluir el juicio, la reflexión, la evaluación o la respuesta emocional que siguen rápidamente a la percepción; ni tampoco ha de abarcar la serie sucesiva de hechos de la memoria, la imaginación y la actuación motora que suscitan. En su sentido estricto, una representación mental de lo percibido es una organización cuasi-sensorial (que entraña a la vez procesos centrales y periféricos) situada “exteriormente”. Es una compleja interpretación de la experiencia sensorial, más no es coextensiva a toda la vida mental.

A título de ejemplo, supongamos que planteamos a un grupo casual de personas la siguiente pregunta: *¿Conviene a ustedes en que el mundo es un lugar lleno de riesgos en donde los hombres son esencialmente malos y peligrosos?* Probablemente la mitad de las respuestas serían *afirmativas* y la otra mitad, *negativas*. Ahora bien, los que contestaron afirmativamente *¿perciben* realmente al mundo como lleno de amenazas y a los hombres como malvados, o simplemente *juzgan* así? Ninguno de los términos es totalmente satisfactorio. “Juzgar” es hacer una afirmación intelectual mientras que la persona que contestó afirmativamente es muy probable que tenga una actitud de sospecha tan arraigada que realmente ve la malicia en las caras de las gentes, como la veían los niños a que se refiere H. A. Murray después que habían intervenido en un juego de “asesinatos” lleno de sobresaltos (9). La persona que tenga esa mentalidad tan desconfiada podrá *ver*, en el trabajador sanitario que acude a su puerta, una cara hostil y un gesto amenazador. Al mismo tiempo, no toda actitud o actuación desconfiada constituye una percepción. F. H. Allport, en su amplio análisis sobre las investigaciones y teorías de la percepción, ha demostrado que, con mucha frecuencia, lo que denominamos representación mental de lo percibido es, en realidad, un juicio acerca de la misma o quizás una respuesta.

La verdad del caso es que los psicólogos de hoy se encuentran en apuros. Si bien la descripción clásica de la percepción no es adecuada, nos ofrece por lo menos dos conceptos directamente relacionados con nuestro problema. Uno de ellos es la *apercepción*, reconocimiento del papel que desempeñan la experiencia anterior y la asociación en la formación actual de una representación mental de lo percibido. El segundo es el concepto de *predisposición*, un reconocimiento del hecho

indiscutible de que una persona percibirá, principalmente, lo que “esté a tono” con su estado perceptivo de ánimo en ese determinado momento. Pero estos conceptos, nos introducen en la “psicología profunda”. Todo esto parecería una bagatela intelectualista, si no tuviéramos en cuenta el hecho de que las percepciones pueden estar arraigadas en las capas más profundas de la personalidad, en lo que Tolman denomina nuestra “matriz de creencias y valores”. No hace mucho que Postman sugirió útilmente que el concepto de “disposición a la respuesta perceptiva” (en realidad una versión moderna de la “predisposición”) puede ser una ayuda en relación con todos los factores claramente identificables que intervienen en la denominada forma “subjetiva” de la percepción. Y al distinguir “las disposiciones a la respuesta perceptiva” de las “disposiciones a la respuesta mnemónica” podemos evitar la confusión entre percepción propiamente dicha y el proceso total del conocimiento (10).

Esta clase de análisis es, en la actualidad, importante para el psicólogo que quiere evitar la promiscuidad terminológica y desea encontrar una pauta en virtud de la cual pueda distinguir un proceso cognoscitivo de otro. Pero ¿qué ocurre con el trabajador sanitario? El es también un científico del campo del comportamiento o como expresó más claramente el Dr. Griffiths practica la ciencia del comportamiento (11).

Me atrevería a sugerir que el trabajador sanitario necesita un nuevo concepto que pase por alto las agudas distinciones que son tan importantes para el psicólogo, y le permita enfrentarse a la vez con la disposición integral de una persona para percibir una situación, prestarle atención, extraer el significado de la misma, sentirla, pensar en ella, responder y retener la situación en la memoria. Es precisamente a este amplio proceso unitario del organismo humano al que tratamos de dar un nombre, porque con esta especial disposición más amplia de la gente se habrá de enfrentar el trabajador sanitario.

Utilizando la idea del filósofo Justus Buchler, propongo que el término que se utilice sea el de *procepción* (12). El término reconoce el hecho de que cada individuo lleva en sí sus pasadas relaciones con el mundo, su experiencia acumulada y al mismo tiempo se siente firmemente impulsado hacia el futuro. En todo ser humano hay “tendencias proceptivas”, que son sus posibilidades de ver, oír, obrar, pensar, hacer y decir. Estas posibilidades se derivan en parte de su propio temperamento y en parte también de la cultura y la situación en que adquirió sus tendencias proceptivas. El mencionado término encierra todo el proceso de la correspondiente conducta personal desde la recepción hasta la actuación. A diferencia de la captación mediante los sentidos y la percepción, el término *procepción* es lo suficientemente amplio como para abarcar el

hábito acumulativo, la orientación emocional y todas las demás formas de "control" que las complejas disposiciones psicofísicas del individuo ejercen en la sucesión de las manifestaciones de su conducta. La sugerencia de que la procepción "controla" la percepción (es decir, abre y cierra los conductos hacia ella), está totalmente de acuerdo con las investigaciones modernas sobre neurofisiología.

¿Por qué nos hemos referido a estos puntos terminológicos en una disertación sobre salud pública? En parte, lo hemos hecho para fortalecer al educador sanitario ante sus futuros encuentros con los psicólogos. Si un psicólogo crítico de laboratorio les advierte que "están empleando el término *percepción* en un sentido demasiado amplio y que esto puede considerarse como una negligencia", pueden contestarle que "muchos psicólogos son también descuidados en el empleo de las palabras, pero si así lo prefieren, se referirán a la *procepción* más bien que a la *percepción*". Esta respuesta probablemente irritará al crítico, pero indudablemente acabará con sus comentarios.

Mas hay todavía una razón mejor para mi digresión terminológica. Me refiero al hecho de que el trabajador sanitario del futuro no puede pasar por alto la propulsión dinámica que mueve en unos casos a aceptar el mensaje de salud que se le ofrece, en otros a rechazarlo y en otros a deformarlo. La acogida que preste al mensaje variará según la nacionalidad, clase social a que pertenezca, grupo étnico y, sobre todo, la personalidad y la situación actual del sujeto. Al sugerir el concepto de "procepción" estoy tratando de llamar la atención sobre esta variable de primordial importancia, y que no pase desapercibida. En cuanto a la "percepción", ustedes podrán sentirse inclinados a considerar que es un problema que incumbe al psicólogo, pero en cambio la "procepción" interesa a todos los que se dedican a las ciencias del comportamiento, ya sean puras o aplicadas.

### **Tipos proceptivos**

Ahora se nos plantea la cuestión siguiente: ¿existen realmente tipos proceptivos básicos? Sin emplear este particular calificativo, muchas de las investigaciones de la "nueva moda" convergen precisamente en este problema. Estas investigaciones se caracterizan, en primer lugar, por demostrar cierta coherencia interior entre las percepciones individuales (consideradas en un sentido limitado) y el descubrimiento posterior de que estas maneras de percibir están, en realidad, ligadas a las necesidades, a los "estados que dirigen al individuo", a la estructura del carácter, o a todo el "estilo cognoscitivo" de la persona.

Así, por ejemplo, Witkin y sus colaboradores describen dos tipos pro-

ceptivos básicos contrastantes (admitiendo, naturalmente, que muchas personas están en situación intermedia). A uno de los tipos lo han denominado *dependientes del medio* y al otro, *independientes del medio*. Comienzan estudiando ciertas tendencias perceptivas elementales, mediante la colocación de un sujeto en una silla que puede inclinarse mecánicamente. La silla se encuentra en una habitación cuyas paredes, techo y suelo pueden asimismo inclinarse. Se indica al individuo que ajuste una varilla movable para que quede en posición vertical. Los sujetos dependientes del medio tienden a ajustar la varilla de suerte que quede paralela a las paredes inclinadas de la habitación. Por el contrario, los individuos independientes del medio prescinden del campo visual, recurren a sus propias sensaciones de fuerza de gravedad y sitúan la varilla de una manera más aproximada a la verdadera vertical.

Hasta ahora, el experimento sólo ha demostrado diferencias individuales en una tarea perceptiva muy limitada. Al estudiar más detenidamente a los mismos sujetos, se descubrió que el contexto perceptivo está limitado de otras maneras en las personas dependientes del medio; quienes no pueden analizar fácilmente un determinado diseño geométrico que está encajado en una trama visual complicada. Por el contrario, las personas independientes del medio parecen más dispuestas a prescindir del contexto y a seleccionar y aislar el detalle necesario.

Ahora bien, estos estilos perceptivos no son más que parte de un síndrome proceptivo más amplio. La persona dependiente del medio se caracteriza normalmente por una actitud pasiva general al enfrentarse con el ambiente, por cierta falta de familiaridad y desconfianza en sus propios impulsos, y por su escaso amor propio. En contraste, la persona independiente o que percibe de manera analítica es, por lo general, más activa y libre al enfrentarse con el medio, tiene más amor propio y muestra un mayor control y comprensión de sus propios impulsos (13).

Quisiera mencionar brevemente varias investigaciones que vienen a confirmar ampliamente las de Witkin. En una serie de experimentos Klein descubrió los que denominó tipos "niveladores" y tipos "aguzaadores". Los primeros manifiestan una conducta muy parecida a la de los casos dependientes del medio a que se refiere Witkin, mientras los segundos poseen una capacidad mucho más diferenciada que la del tipo independiente del medio (14). Aun antes de aparecer la "nueva moda", Goldstein identificó estilos de funcionamiento cognoscitivo "concretos" y "abstractos", que tienen mucho en común con los de Witkin y los de Klein (15). Ericksen superpone esta tipología con su concepto de *re-presores e intelectualizadores* (16). En California, Barron descubre que la *simplicidad* y la *complejidad* son dimensiones proceptivas básicas (17). Pero los trabajos más audaces son los de nuestra amiga y vecina

Else Frenkel-Brunswik, cuyo reciente fallecimiento tanto nos ha apenado. La mencionada autora habla de una tendencia puramente perceptiva (denominada "intolerancia de la ambigüedad") a los estratos proceptivos más profundos de la estructura del carácter, que revelan que las personas cuyas vidas emocionales están llenas de prejuicios y rigidez en cuanto a sus relaciones con otros grupos, son gente que, de manera general, necesitan precisión y estructuración en lo que ven y oyen en el mundo exterior (18). Parece existir cierta relación entre ésto y los trabajos de Hastings, quien, utilizando la *Escala de Seguridad Personal* del Dr. Knutson, halló que los observadores que tienen poca seguridad personal tienden a localizar los objetos—siempre que estos objetos no estén bien enclavados en el ambiente—tan cerca de ellos como lo hacen los individuos que poseen un gran sentido de seguridad personal (19). Es como si las personas que sufren de ansiedad fueran desconfiadas, aprensivas e inseguras, aun en el manejo de las más simples percepciones. Postman y Bruner descubrieron una especie de "indiferencia perceptiva" entre las personas sometidas a una tensión (20). Parece ser que estas personas se apresuran a aprovechar cualquier hipótesis prematura y exigen en el mundo exterior una precisión que éste, en realidad, no puede poseer.

Todos estos distintos trabajos no están bien comprobados, y, como han señalado Postman y otros críticos, no cabe duda de que algunas investigaciones son imperfectas en cuanto a su proyección y ejecución. Pero no podemos dejar de reconocer que están surgiendo importantes conocimientos que establecen, sin lugar a duda, la dependencia de la percepción de amplias orientaciones proceptivas internas.

Ahora pasemos a examinar el aspecto de otras aplicaciones a la salud pública. El trabajador de salud pública es una persona selecta, bien preparada y muy especializada. En términos de los tipos mencionados, será probablemente del tipo independiente del medio, un intelectualizador, un aguzador y un pensador abstracto. Pero las personas con que habrá de tratar probablemente no lo serán, y en especial, en circunstancias de enfermedad, ansiedad y tensión.

Por ejemplo, citemos el caso de un trabajador sanitario que visita a una madre preocupada por la enfermedad de su hijo. Es casi seguro que esta mujer no escuchará, con independencia del medio, unas instrucciones fríamente racionales. Escuchará, en gran parte, para obtener la aprobación de lo que está haciendo, para sentirse reconfortada y para mantener la esperanza. Esta madre corresponde al tipo de los dependientes del medio; y considerará al trabajador sanitario como un agente global de misericordia. A menos que el trabajador sanitario trate de encajar

sus instrucciones dentro de este marco, es muy probable que pasen desapercibidas, sean deformadas o rechazadas.

Todo trabajador sanitario sabe también que las disposiciones proceptivas de algunas personas les llevan a reaccionar de manera exagerada ante el mensaje del educador, hasta llegar a la hipocondría, mientras otras no prestan atención y hacen por olvidar lo que oyen. El personal que trabaja en actividades de control del cáncer identificará con toda seguridad los tipos hipervigilantes y ultradefensivos. Puesto que al trabajador sanitario le desagrada la hipervigilancia y la actitud defensiva, sus propias orientaciones proceptivas pueden conducirle a suponer erróneamente que su paciente es un intelectualizador como él.

Los médicos, como todo el personal de salud pública, han de protegerse contra sus propias tendencias proceptivas. Sabido es, por ejemplo, que en materia de salud mental, los pacientes que más se aproximan al estado del terapeuta, por poseer disposiciones proceptivas similares, probablemente recibirán del médico el mejor tratamiento y la máxima simpatía (21).

Estos proceptos tan vinculados a la clase médica revisten gran importancia. Por ejemplo, se dice que el objetivo principal de las tareas de salud pública es "la inculcación, en cada individuo, de un sentido de responsabilidad para con su propia salud". Ahora bien, éste es un axioma agradable, de clase media y con apariencias democráticas, que suena muy agradablemente dentro de nuestras propias disposiciones proceptivas. Pero para algunas personas, especialmente las que pertenecen a las llamadas "clases humildes", esta máxima puede no tener la menor resonancia. Es más, puede percibirse como un atentado contra los valores domésticos que estos grupos conservan. Para ellos, la responsabilidad individual es una especie de autoconcentración. Lo importante es atender a la propia familia en los momentos difíciles y, recíprocamente, ser atendido por la familia. La autorresponsabilidad es aislacionismo, y más aún, supone deslealtad.

¿Cuál es, entonces, la explicación de la importancia que nuestra clase media concede a la medicina y a la odontología preventivas y a la labor de orientación infantil, todo lo cual exige al presente un sacrificio en favor del bienestar futuro? El mensaje de la medicina preventiva es menos significativo para las personas que experimentan necesidades económicas que les obligan a vivir al día, aprovechando todas las oportunidades presentes que pueden, y dejando para mañana, como advierte la Biblia, los males de mañana. Por último, en cuanto a la limpieza, cabe decir que lo más probable es que consideremos una casa sucia como indicación de falta de moral. Sin embargo, quienes allí habitan pueden considerar *nuestra* preocupación por la limpieza como una característica compulsiva

y decididamente neurótica. En este caso ¿quién decidirá cuáles percepciones son las correctas? (22)

### Proceptos étnicos

Un campo nuevo e interesante de investigaciones es el estudio proceptivo de los problemas de salud desde una perspectiva transcultural. Tomemos como ejemplo el caso del dolor. Lógicamente parecería que una percepción tan elemental no había de presentar ninguna variante cultural; y es cierto que las mejores pruebas científicas parecen indicar que el umbral del dolor es más o menos el mismo para todos los seres humanos, sea cual fuere su nacionalidad, sexo o edad (23). ¿Podemos, pues, llegar a la conclusión de que todos los individuos perciben el dolor de la misma manera? En un sentido limitado y literal, la respuesta sería afirmativa; mas también podemos afirmar con toda seguridad que no todos lo perciben del mismo modo. El Dr. Zborowski demuestra que, en general, los italianos consideran al dolor como una desgracia física humana, de la cual hay que quejarse, a la que hay que poner remedio inmediatamente, y después olvidarla. Por otro lado, los pacientes judíos también lo consideran como motivo de queja, pero también como objeto de preocupación, por lo que pueda significar para el futuro del interesado y para el futuro de su propia familia. Los norteamericanos a la antigua consideran en general al dolor como algo de lo cual no hay que quejarse, pero al que ha de buscarse alivio por medios científicos, con la esperanza optimista en el éxito (24).

En nuestra propia cultura, pero especialmente en las culturas extranjeras, el trabajador sanitario ha de aprender cómo evitar, en algunas ocasiones, la rigidez proceptiva. Tuve oportunidad de admirar, en Sudáfrica, las hábiles estrategias del personal de salud pública cuando había de enfrentarse con creencias culturales nocivas para la salud, y la manera en que ideaban ingeniosos métodos para anularlas.

En un puesto de salud de Zululandia se observó que el estado nutricional de las mujeres embarazadas y de las madres lactantes era deplorable. En la dieta de estas mujeres se necesitaba, de una manera apremiante, la leche. Todos los bienes de una familia zulú consisten en su ganado, por consiguiente, en la mayoría de los casos, disponían del alimento necesario. Sin embargo, hay un tabú que les prohíbe consumir leche de animales pertenecientes a otro grupo familiar, y como es natural la mujer vive con el grupo familiar de su esposo. Todavía peor, la mujer embarazada que consume leche de una vaca de otra familia, podría embrujar al animal. De ahí que las mujeres casadas son las que están más estrictamente excluidas en el consumo de la leche. En este caso las creencias estaban demasiado arraigadas para que el educador sanitario pudiera combatir las,

y hubo que recurrir a la imaginación. La leche en polvo, por su aspecto, es considerada por la tribu como una substancia totalmente distinta y, en consecuencia, la prescripción de leche en polvo no encuentra resistencia. Con esta estratagema, la salud de las madres mejoró considerablemente.

En Zululandia abunda también la tuberculosis. Es posible, con cierto tacto, persuadir a los casos agudos para que se internen en un sanatorio donde reciban tratamiento. Pero si el esfuerzo educativo va un poco más lejos y explica a los miembros de la tribu que los casos agudos son portadores de la enfermedad, surgirá una resistencia. Esta explicación es percibida por ellos como acusación de brujería, porque el individuo que transmite una enfermedad ha de ser, indudablemente, un brujo. De esta manera, un padre insistirá en mantener a su hija enferma en casa, antes que aceptar la posibilidad de que ella sea un agente del mal (25).

Un médico amigo mío observó que las madres zulúes daban a sus hijos un remedio casero con abundante opio, para protegerlos contra la brujería. El médico, en lugar de combatir la arraigada creencia de las madres en esta profilaxis de la brujería, las convenció de que la droga sería igualmente eficaz si la vertían en el agua en que bañaban al niño. El médico no mintió, no suscitó resistencia, y al mismo tiempo mejoró la salud de los niños.

Esos engaños son a veces necesarios para vencer los obstáculos debidos al rigor proceptivo. Sin embargo, existe una distinción ética muy tenue entre el engaño piadoso y la falsa condescendencia. Esta cuestión exige una constante vigilancia moral. Kutner informa de que una de las quejas más comunes entre los pacientes quirúrgicos es la siguiente: "No me dicen nada", o bien "siempre que quiero preguntar algo me dicen que están muy ocupados". Y las investigaciones del Dr. Beryl Roberts relativas a las razones por las que las mujeres se demoran en someterse al tratamiento de lesiones en los senos me han causado asombro, porque prueban la indiferencia y la clase de rebajamiento intelectual en que incurren algunos médicos (26).

Si bien las disposiciones proceptivas, culturales y personales, están profundamente arraigadas, constituyen, en definitiva, una incidencia dentro del único deseo fundamental de todos los hombres mortales: *el deseo de hallar un significado*. La salud y los sufrimientos, la vida y la muerte de cada individuo, constituyen su propia preocupación por la existencia. El trabajador sanitario debería ayudar, y no entorpecer, la búsqueda, por parte del individuo, del significado de esta sucesión de misterios. La suposición de que las percepciones del paciente son las mismas de la medicina científica es indudablemente errónea; pero suponer que el individuo no desea ni merece el conocimiento de la verdad, es un

rebajamiento intolerable. No hay solución para este compromiso ético del trabajador sanitario, salvo el desarrollo de la sensibilidad de cada paciente en cada etapa, respetarle como persona y facilitarle su constante búsqueda de significación con todos los recursos disponibles.

### Nuevas exploraciones

He extendido mi disertación y apenas me he referido al tema seleccionado. Desearía señalar unas cuantas relaciones más entre las investigaciones perceptivas y la labor de salud pública, pero habré de limitarme a mencionarlas brevemente.

Los modernos trabajos de laboratorio sobre la pérdida de los sentidos, revisten particular importancia. Hasta hace poco desconocíamos la importancia que posee para nuestra vida la plétora perceptiva de sensaciones visuales, sonoras, olfatorias, táctiles, musculares y de la palabra a que estamos sometidos. Como los peces, vivimos sumergidos en las aguas de nuestro ambiente, y como los peces, tardamos en descubrir este hecho. Las recientes investigaciones han demostrado cuán perturbador resulta para un individuo (aun para el estudiante universitario sano que recibe 20 dólares diarios por su sufrimiento) cuando se le sitúa en un estado en que está casi totalmente excluido de este bombardeo perceptivo. En ese aislamiento radical, el individuo desarrolla una gran ansia de percepción, de cualquier clase que ésta sea. También experimenta alucinaciones y desaparece la imagen integrada de sí mismo y de su organismo. Percibe a su cuerpo como una cosa y a su "ego" como otra. Y lo que es más notable, si su ansia de percibir se aminora un poco al oír la voz del experimentador, el sujeto desarrolla, al parecer, una extraordinaria receptividad al mensaje. Por ejemplo, si el experimentador trata de persuadirle de que existen fantasmas, acepta la sugerencia y, aún después de regresar a la vida normal, se hallan indicaciones de que la idea inculcada quedó firmemente arraigada (27).

Es evidente que este hallazgo está relacionado con el macabro problema del "lavado de cerebro"; pero tiene también significado para el trabajador de salud. En efecto, se relaciona claramente con el fenómeno que Spitz denominó "hospitalismo" (28). Los pacientes que han sufrido privaciones sensoriales, si bien moderadas, durante una larga enfermedad, pueden manifestar perturbaciones perceptivas raras, así como sugestionabilidad. Extendiéndonos un poco más, podríamos plantear la cuestión de si la aparente estupidez y dificultad para aprender que se observa en algunos niños y en tribus primitivas, no es quizás debida al nivel relativamente bajo del bombardeo perceptivo del medio empobrecido en que viven.

Por último, está el difícil aspecto de la orientación infantil por parte

de los padres; aspecto que es objeto de gran preocupación para el personal de salud. Probablemente todos estamos convencidos de que los futuros progresos en el bienestar físico y mental de nuestra nación requieren un mejoramiento de la actitud y costumbres de los padres, especialmente de las madres. Mas no se pueden cambiar las actitudes de una madre sin comprender que ella tiene sus propios prejuicios proceptivos, que le hacen ver a su hijo y a su mundo desde su peculiar y propio punto de vista.

Tomemos como ejemplo el caso de una madre joven que aplica a su hijo una excesiva disciplina desde edad muy temprana. Es casi seguro que no intenta ser cruel, lo que ocurre es que no sabe percibir el propósito de los actos destructivos del niño. Cualquier niño que observemos es destructor, así por ejemplo, nos arrebató los anteojos, vierte la leche de la taza y se ensucia. La madre joven tal vez interprete estos actos como agresiones por parte del niño, e inmediatamente empiece a regañarle, a pegarle y a retirarle las expresiones de afecto. Algunas madres perciben intención agresiva en niños cuando sólo tienen dos o tres meses de edad, y los castigan de acuerdo con esta idea. En el otro extremo hay madres tan pacientes o tan ciegas que no empiezan a integrar al niño en la sociedad, ni siquiera cuando un año o dos más tarde, sus destrucciones demuestran que tiene ya una intención agresiva (29).

La cuestión que se plantea es que el trabajador sanitario no puede esperar que cambien las prácticas de socialización de la madre sin antes corregir sus percepciones de la conducta del niño.

### Palabras finales

En resumen, parece ser que el trabajador sanitario activo no tiene alternativa: de ahora en adelante debe desarrollar aptitudes de *oculista*, aprendiendo a mirar a sus anteojos y no simplemente a través de ellos, y aprendiendo a mirar también a los anteojos de la persona que atiende y a través de ellos.

Pronto descubrirá que su manera de considerar las enfermedades y la salud de una manera aguda, independiente del medio, no es a menudo la forma de percepción del sujeto que tiene ante sí, especialmente si se trata de un enfermo. Descubrirá que la cultura, la clase social y la personalidad establecen predisposiciones proceptivas muy firmes que moldean lo que una persona ve y oye, lo que piensa y siente y hasta lo que hace. Puesto que, en último término, toda percepción lleva el sello del individuo, no hay métodos de tanteo, planes de estudios, ni medios colectivos que merezcan confianza y puedan orientar adecuadamente la educación sanitaria. La única fórmula para obtener éxito consiste en captar y

alentar las características que se perfilan en cada individuo, en la situación en que se encuentra.

Todos los que nos dedicamos a la enseñanza tenemos una lección que aprender. Normalmente nos sentimos inclinados a presentar a nuestros estudiantes y a otras personas a las que ofrecemos enseñanza, un resumen de las conclusiones a que hemos llegado con gran esfuerzo. Confiamos nuestra erudición oculta a una disertación o a un folleto preparados con esmero, esperando que nuestro auditorio se pondrá rápidamente al nivel de nuestros conocimientos. He tratado de presentar en una hora la esencia de mis conclusiones relativas a los procesos proceptivos y, en gran parte, he fracasado. Ustedes, en su condición de trabajadores sanitarios, aunque ofrezcan a sus clientes en el dispensario o en la puerta de la casa, un discurso muy elaborado sobre el saneamiento o sobre la higiene infantil, también fracasarán en gran parte. La triste verdad es que nadie aprende con las conclusiones que se le presentan. El individuo sólo aprende cuando existe una necesidad, una curiosidad, un interés; cuando explora, comete errores y los corrige, efectúa pruebas y verifica, siempre por sí mismo. En la escuela, en la universidad, en la clínica, no podemos descuidar la práctica de este proceso.

Además, es difícil saber cómo invitar al aprendizaje a nuestros estudiantes o clientes quienes, por sus propias orientaciones proceptivas, experimentan necesidad de seguridad y de vivir libres de amenazas; necesidad de ideas sencillas y halagadoras que refuercen sus propios prejuicios. Hay que tener en cuenta que esos individuos no están preparados para poder captar la evidencia o la lógica, que emocionalmente se sienten temerosos y, en el aspecto cognoscitivo, se concentran en sí mismos. Por lo general, lo que desean es aprobación y no hechos, confianza y no alarma, certeza y no retos. Aun los que exteriormente parecen ser objetivos y responsables, a menudo no lo son; también para ellos el mensaje queda obscurecido, confuso y deformado.

Aunque el panorama resulte desalentador, sigue siendo una obligación moral ineludible para el trabajador sanitario el fomento del proceso del aprendizaje, aun en los casos más resistentes, y siempre de la mejor manera que pueda, persiguiendo el propósito de que el interesado participe constructivamente en su propio destino y perciba con sentido creador los factores que contribuyen a las enfermedades y a la salud.

Ya pasaron los tiempos en que se podían imponer normas de mera rutina en materia de saneamiento, nutrición e higiene, que conducían a una vida controlada, calculada y técnicamente eficaz, de conformidad con nuestro ideal cultural antiséptico. Estas disposiciones mecánicas no intervienen para nada en el futuro papel que corresponda al individuo en

el manejo de sus asuntos y los de su familia. Por importante que resulte todavía en ciertos aspectos, la imposición de prácticas higiénicas desde fuera, de ahora en adelante nuestra labor consistirá, cada vez más, en obtener la participación del público en la búsqueda de mejores valores personales, domésticos y cívicos para que, de esta manera, aumente el bienestar material y espiritual de nuestra nación.

Este actual desafío a la salud pública es, indudablemente, la prueba más difícil que ha afrontado. El consuelo que ofrezco es que las investigaciones de las ciencias sociales y psicológicas proporcionarán una ayuda estratégica cada vez más importante y en especial, tal vez, los descubrimientos relativos a la lógica de las *percepciones* y de las *procepciones*.

## REFERENCIAS

1. Derryberry, Mayhew: "Health Education in Transition". *Amer J Public Health* 47:1357-1366, 1957.
2. Parsons, Talcott y Fox, Renee: Introduction to "Sociocultural Approaches to Medical Care". *Journal of Social Issues* 8:2, 1952.
3. Woodworth, Robert S.: *Dynamics of Behavior*. Nueva York: Henry Holt and Company, 1958. 403 págs.
4. Apple, Dorrian: "Definitions of Illness". Investigaciones no publicadas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Boston.
5. Lamb, Charles: "The Convalescent". En *The Essays of Elia*. Nueva York: The Macmillan Company, 1905. Pág. 222.
6. Lederer, H. D.: "How the Sick View Their World". *Journal of Social Issues* 8:4-5, 1952.
7. Para un reciente examen de la literatura sobre "nueva moda", véase Jenkin, N.: "Affective Processes in Perception". *Psychol Bull* 54:100-127, 1957.
8. Paul, Benjamin D. (Ed.): *Health, Culture and Community*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1955. 493 págs.
9. Murray, Henry A.: "The Effect of Fear Upon Estimates of the Maliciousness of Other Persons". *Journal of Social Psychology* 4:310-329, 1933.
10. Para el análisis crítico de este punto, véase Allport, Floyd H.: *Theories of Perception and the Concept of Structure*. Nueva York: John Wiley and Sons, 1955. 709 págs. Postman, Leo: "Perception, Motivation, and Behavior". *J Personality* 22:17-31, 1953, y Tolman, Edward C.: "A Psychological Model". En Talcott Parsons y Edward A. Shils (Eds.): *Toward a General Theory of Action*. Cambridge: Harvard University Press, 1951. 506 págs.
11. Griffiths, William: "Communication Problems Facing Our Profession". *Health Education Monographs* 1:27, 1957.
12. Buchler, Justus: *Nature and Judgment*. Nueva York: Columbia University Press, 1955. 210 págs.
13. Witkin, Herman A. y colaboradores: *Personality Through Perception; An Experimental and Clinical Study*. Nueva York: Harper and Brothers, 1954. 571 págs.
14. Klein, George S.: "Personal World Through Perception", en R. R. Blake y G. V. Ramsey (Eds.): *Perception: An Approach to Personality*. Nueva York: Ronald Press, 1951. 442 págs.

15. Goldstein, Kurt y Scheerer, M.: "Abstract and Concrete Behavior: An Experimental Study With Special Tests". *Psychological Monographs* 53: No. 239, 1941.
16. Eriksen, C. W.: "The Case for Perceptual Defense". *Psychol Rev* 61:175-182, 1954.
17. Barron, Frank: "Complexity-Simplicity as a Personality Dimension". *J Abnorm Soc Psychol* 48:163-172, 1953.
18. Frenkel-Brunswik, Else: "Intolerance of Ambiguity as an Emotional and Perceptual Personality Variable". *J Personality* 18:108-143, 1949. Véase también Allport, Gordon W.: *The Nature of Prejudice*. Boston: Addison-Wesley, 1954. Capítulo 25.
19. Hastings, P. K.: "A Relationship Between Visual Perception and Level of Personal Security". *J Abnorm Soc Psychol* 47:552-560, 1952.
20. Postman, Leo y Bruner, Jerome S.: "Perception Under Stress". *Psychol Rev* 55:314-323, 1948.
21. Redlich, Frederick C., Hollingshead, August B. y Bellis, Elizabeth: "Social Class Differences in Attitudes Toward Psychiatry". *Amer J Orthopsychiat* 25:60-70, 1955.
22. Para un análisis de la "matriz de creencias-valores" en relación con la clase social, véase Simmons, O. G.: "Implications of Social Class for Public Health". *Human Organization* 16:7-10, 1957.
23. Harley, J. D., Wolff, Harold G. y Goodell, H.: *Pain Sensations and Reactions*. Baltimore: W. Wilkins Company, 1950. Pág. 122.
24. Zborowski, M.: "Cultural Components in Responses to Pain". *Journal of Social Issues* 8:16-30, 1952.
25. Estos casos los describe Cassel, John: "A Comprehensive Health Program Among South African Zulus", en Paul, Benjamin D., obra citada.
26. Kutner, B.: "Surgeons and Their Patients: A Study in Social Perception", en Jaco, Gartly E. (Ed.): *Patients, Physicians and Illness*. Glencoe, Ill.: The Free Press, 1958. Véase también Roberts, Beryl J.: *A Study of Selected Factors and Their Association with Action for Medical Care*, tesis sin publicar, 1956, Biblioteca de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard.
27. Hebb, D. O.: "The Motivating Effects of Exteroceptive Stimulation". *American Psychologists* 13:109-113, 1958.
28. Spitz, René A.: "Hospitalism: A Follow-Up Report". *Psychoanal Study Child* 2:113-117, 1946.
29. Sears, Robert R., Maccoby, Eleanor E. y Levin, H.: *Patterns of Child Rearing*. Evanston, Ill.: Row, Peterson and Company, 1957. Capítulo 7.

## INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA EDUCACION SANITARIA\*

GODFREY M. HOCHBAUM, PH.D.†

Como señala el Dr. Derryberry, una educación sanitaria eficaz incluye fases de diagnóstico y tratamiento, junto con una evaluación completa y objetiva. Es posible examinar la investigación relacionada con la educación sanitaria de un modo general y paralelo en las antedichas categorías.

En primer lugar, pensemos en los estudios en que se basa la fase de diagnóstico de la educación: estos estudios tratarían de identificar los factores que determinen lo que hará y lo que dejará de hacer la población, y determinarían también las condiciones que contribuirán a que el público esté dispuesto a escuchar y aceptar las actividades educativas y se aproveche de ellas; en segundo lugar, se encuentran los estudios que constituyen el fundamento de la fase de tratamiento: éstos se refieren a los métodos y técnicas que permiten ofrecer una educación eficaz y por último, el tercer tipo de estudios tiene por objeto el desarrollo de métodos y técnicas específicas que nos permitirán fortalecer los programas de educación sanitaria mediante el reconocimiento de sus aspectos débiles y fuertes.

No pretendemos examinar las investigaciones llevadas a cabo en todos estos campos. En realidad, si nos detenemos a considerar sólo una (la investigación sobre factores que determinan lo que la población escucha, lo que acepta y lo que influye en su conducta) nos encontraremos abrumados con la enorme labor realizada por las universidades, industrias y dependencias gubernamentales, instituciones sin fines lucrativos, empresas comerciales y en otros organismos. Investigaciones de esta naturaleza han sido llevadas a cabo por psicólogos, sociólogos y otros, en disciplinas más o menos oficialmente definidas. Asimismo, se ha dado cuenta de estas investigaciones en libros, notas, informes adminis-

\* La edición en inglés apareció en *Health Education Monographs* No. 8, 1960 (*Society of Public Health Educators, Inc.*).

† Subjefe, Sección de Estudios del Comportamiento, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, E.U.A.

trativos, conferencias y tesis de grado inéditas. Simplemente el tratar de examinar este material de una manera rápida constituiría una labor gigantesca, y aun limitándonos a seleccionar los puntos más destacados de las investigaciones más importantes, tendríamos que rebasar los límites de la presente publicación.

En estas circunstancias, seguiremos una pauta que tal vez abra el apetito del investigador, sin satisfacerlo. En resumen, trataremos simplemente de señalar aspectos y hallazgos seleccionados entre las investigaciones relacionados con la educación sanitaria. Y pedimos al investigador que sea indulgente si este método, a la larga, produce frustración en lugar de satisfacción.

### **Investigaciones sobre la comunicación**

Tomaremos como punto de partida un programa educativo que trata de influir sobre la población de una colectividad para que tome ciertas medidas de salud, por ejemplo la vacunación antipoliomielítica, exámenes radiológicos o el cepillado de los dientes después de cada comida. Evidentemente, uno de los aspectos fundamentales de este programa consistiría en informar a la población de la colectividad sobre lo valioso que la medida en cuestión puede ser para ellos y sobre los medios para llevarla a cabo. Además, tendríamos que influir en la población, de cierta manera, para que continuara aplicando lo aprendido repitiendo la medida apropiada. A primera vista, esto parece ser una cuestión relativamente poco complicada. Según parece, bastaría con que utilizáramos simplemente aquellos medios de comunicación que puedan alcanzar a mayor número de personas, o sea los medios de comunicación en masa: radio, televisión, periódicos, revistas, folletos por correo, carteles, exposiciones, etc. A este respecto, disponemos de los resultados de la intensiva labor realizada, especialmente en las investigaciones sobre mercados y de publicidad, que han creado una amplia serie de técnicas e instrumentos para producir, con estos medios, el máximo impacto.

El problema está en que el simple hecho de bombardear a la población con información sanitaria, por valiosa y útil que ésta sea, no garantiza, de ningún modo, que el público aprenda con ella, y tampoco que la escuche o vea. Las investigaciones sobre las relaciones entre la percepción y la motivación han demostrado que el individuo no siempre ve lo que se le muestra ni oye lo que le dicen; que en determinadas condiciones, fácilmente olvida o deforma lo que acaba de ver u oír, y que, si bien aparentemente capta el contenido de la comunicación—es decir cuando está verdadera y exactamente informado sobre los hechos—no adopta, necesaria-

mente, la medida apropiada sugerida por la comunicación. Pasemos a examinar las razones de este hecho.

Las principales disciplinas que intervienen activamente en este campo, la psicología, la sociología y la antropología, pueden considerar la conducta humana desde distintos puntos de vista y haber desarrollado teorías ligeramente distintas para explicar las maneras en que surgen y se desarrollan ciertos aspectos de la conducta humana, pero en relación con ciertos hechos fundamentales todas las teorías están de acuerdo. En la conducta humana, hasta el acto más sencillo y aparentemente más simple está determinado por una serie de factores, entre los que figuran algunos que pueden considerarse como residentes o actuantes en el interior de la persona. Estos factores han recibido varias denominaciones: necesidades, motivos, temores, propósitos, deseos, etc. Otros son fuerzas que actúan sobre las personas desde fuera, principalmente las influencias culturales y sociales, que desempeñan un importante papel en la creación de algunas de estas fuerzas interiores. Sirven también para estimular e inhibir el libre funcionamiento de las fuerzas interiores y, a su vez, están influidos por ellas.

Las investigaciones sobre la comunicación nos han enseñado la verdad fundamental de que el individuo tiende a ver y oír (es decir, a percibir) aquellas cosas de su medio que se ajustan a lo que el propio individuo cree y que son congruentes con sus hábitos, normas y costumbres (7, 10, 11, 13, 24). Esta afirmación es aplicable incluso a cosas tan sencillas como la lectura de anuncios en periódicos y revistas. Por ejemplo, se ha observado que las personas que acaban de comprar un automóvil tienden a leer anuncios y comentarios elogiosos del vehículo que han adquirido, aun con mayor frecuencia que antes de la compra (3). Parece ser que leen estos mensajes para convencerse aun más de que han obrado bien y de manera inteligente. Análogamente, se ha observado que la gente tiende a escuchar discursos y manifestaciones de los candidatos políticos por los que ya piensan votar, y así evitan exponerse a comunicaciones que podrían hacerles dudar acerca de la decisión que ya han tomado.

Las repercusiones de estos descubrimientos en la educación sanitaria son perturbadoras porque nuestros esfuerzos educativos más importantes suelen dirigirse a personas que muestran opiniones y conductas contrarias a las que se consideran convenientes desde el punto de vista médico. Si simplemente nos servimos de los medios colectivos para transmitir la información correcta al público, probablemente llegaremos a quienes ya poseen una información bastante completa y ya estaban de acuerdo con lo que pretendemos; sin embargo, tal vez no nos vean ni oigan, o sea, que quizás no logremos establecer comunicación con los grupos de población

a los que con más ansiedad tratamos de comunicar el mensaje. Así, parece ser que las columnas ordinarias dedicadas a medicina que aparecen en los periódicos, cuentan con un público bastante obediente, es decir, el mismo público que las lee con regularidad (16), mas, sin embargo, este público está formado por los que ya están interesados en la salud, mientras que los que no lo están, no suelen sentirse inclinados a leer esas notas o artículos.

Corrientemente, necesitamos que nuestro público no sólo lea o escuche la información educativa sobre salud sino también que la recuerde y crea en ella. Siempre en medida mayor que cuando se trata de mera percepción del material educativo, las comunicaciones son creídas y se recuerdan mayormente en la medida en que se ajustan a las creencias y hábitos presentes en las personas. Existen abundantes pruebas de que la constelación formada por las creencias ya presentes, los hábitos higiénicos establecidos y las costumbres predisponen considerablemente a la población a aceptar o rechazar nueva información. Por consiguiente, es muy importante asegurarse de que toda comunicación es minuciosamente calculada en lo que respecta a la clase de creencias, costumbres y hábitos que predominan en la población a la cual va destinada.

### **Investigaciones sobre la actitud**

Quisiera ilustrar el efecto de esta predisposición con el ejemplo proporcionado por los resultados obtenidos en dos clases de estudios. En uno de los estudios sobre las actitudes ante la relación, tan divulgada, del hábito de fumar y el cáncer (2), se halló que la proporción de no fumadores que aceptaban esta relación era dos veces mayor que la de los fumadores que también la aceptaban. Otro aspecto aún más interesante es que entre los no fumadores, cuanto mayor es el nivel de su educación, mayores son las probabilidades de que acepte aquella relación. Esto no es de extrañar, puesto que la educación está sumamente correlacionada con el nivel de los intereses intelectuales y con la exposición a los diversos medios de comunicación.

Sin embargo, entre los fumadores, los resultados fueron a la inversa: cuanto mayor era el nivel de la educación del individuo, disminuían las probabilidades de que creyera en la existencia de la relación entre el hábito de fumar y el cáncer pulmonar. Una posible interpretación sería la siguiente: se impone al fumador una información contraria a un hábito profundamente arraigado. Para resolver el conflicto entre esta nueva información y el poderoso hábito, ha de ceder la más débil de las partes. Si el individuo considera que su hábito es tan fuerte que sería difícil deshacerse de él, rechaza la información tratando de buscar una justifica-

ción tal vez haciendo hincapié en la naturaleza circunstancial de las pruebas. La educación y los factores que la acompañan, inteligencia e información, le ayudan a razonar esta justificación de una manera eficaz. Así pues, el individuo no fumador que experimenta sensaciones emocionales en este aspecto puede utilizar sus recursos intelectuales para beneficiarse de esta información, en tanto que el fumador, por su hábito profundamente arraigado, utiliza los mismos recursos intelectuales para rechazar, de una manera eficaz y completa, las comunicaciones amenazadoras. Habría que insistir especialmente en que esta interpretación de los hallazgos es puramente hipotética. En realidad, la misma intrincada relación observada en 1956 tal vez ya no sea cierta, porque las pruebas que se han ido acumulando han hecho cada vez más difícil para las personas educadas e inteligentes razonar aquella justificación.

### **Investigaciones sobre los efectos del temor**

El otro ejemplo se deriva de la labor realizada sobre los efectos de la ansiedad y el temor en la percepción y la conducta. Sabido es que el temor y la ansiedad desempeñan un papel decisivo en el campo de la salud y de las enfermedades, y que el temor posee un gran poder de motivación. Por consiguiente, es muy tentador utilizar el temor con el propósito de influir sobre la población para que tome ciertas medidas preventivas de salud. En realidad, en el curso de los programas de salud pública, con frecuencia se ha provocado ansiedad, unas veces de manera deliberada y otras inadvertidamente. No obstante, se olvida fácilmente un hallazgo de los psicólogos especializados en este campo, y es que la propia ansiedad puede resultar más perturbadora y penosa que el hecho que originariamente la provocó. De ahí que la población trate primordialmente de liberarse de la intensa incomodidad creada por la ansiedad y evite todo lo que pueda ser capaz de producirla o de aumentarla (7, 14).

De acuerdo con lo descubierto por estas investigaciones, si se provoca ansiedad en el individuo al mismo tiempo que se le ofrecen los medios para eliminar la causa de la misma, probablemente este individuo actuará de manera constructiva. Por ejemplo, Rosenstock describe el siguiente episodio, en su informe sobre una investigación llevada a cabo hace unos años durante una inundación catastrófica en Winsted, Connecticut (29). La autoridad sanitaria local de la ciudad inundada ofreció a todos los ciudadanos la oportunidad de inmunizarse contra la fiebre tifoidea. Si bien este aviso, aunque pudo provocar temor entre la población al esforzarse en comunicar la existencia de una grave amenaza para la salud, al mismo tiempo ofrecía al público una oportunidad de prote-

gerse contra esa amenaza mediante la inmunización. Como consecuencia, casi el 100 % de la población aprovechó la oportunidad. Si, por el contrario, se provoca en la población el temor a alguna amenaza contra la cual no ven medios de protegerse, los resultados pueden ser muy contrarios a los esperados. Un buen ejemplo a este respecto es la fobia al cáncer, actualmente tan extendida. A medida que se intensifica este temor fóbico y mientras los individuos no crean en la existencia de alguna medida de protección contra la enfermedad, se encuentran en una situación de intenso temor sin poder hacer nada para remediarlo. Al ser el propio temor tan penoso, puede ocurrir que los individuos desarrollen medios psicológicos para disminuir este sufrimiento. Como han demostrado varias investigaciones al respecto, uno de los medios que más comúnmente emplea el individuo es evitar cualquier información que pueda mantener o intensificar el temor, o sea que las personas que sienten gran temor del cáncer suelen evitar la lectura del material de educación sanitaria sobre esa enfermedad.

Los ejemplos citados vienen tan sólo a ilustrar algunos de los hallazgos de las investigaciones sobre la ciencia del comportamiento relacionados con las condiciones en las cuales la población percibirá y aprenderá las enseñanzas que ofrece el material educativo disponible. Si bien sobre estos puntos sólo se han realizado estudios esporádicos en el campo de la salud, han contribuido no poco a hacernos comprender los motivos de la conducta humana en relación con la conservación de la propia salud. Naturalmente, estos pocos ejemplos no sirven como justificación de la abundancia de conocimientos de que disponemos.

### **Investigaciones sobre factores sociales y culturales**

El lector puede darse cuenta del hecho de que todos los hallazgos mencionados hasta ahora se refieren a circunstancias internas del individuo: sus intereses, motivos, necesidades, temores y predisposición a aprovechar o a rechazar los materiales educativos. El conocimiento de estos factores y de la manera como funcionan y actúan entre sí puede ser de gran utilidad para aquellas personas que, como el médico, el dentista, la enfermera o el sanitarista dirigen sus esfuerzos educativos principalmente hacia los individuos.

Sin embargo, lo más frecuente es que los programas de salud pública estén destinados a grandes grupos de población, colectividades enteras o incluso sectores todavía más extensos. Cabe preguntar, por consiguiente, cómo pueden ser aplicables a estos programas los hallazgos de investigaciones antes descritos. Cualquier intento de responder a esta pregunta conduce a considerar las investigaciones relacionadas con las fuerzas

culturales y sociales. Muchas de estas investigaciones han estudiado el fenómeno de que numerosas de dichas necesidades particulares e individuales, motivos, creencias, actitudes y normas de conducta son compartidos por amplios grupos de población.

Puede afirmarse, desde luego, que toda la población comprendida bajo la amplia denominación de "cultura norteamericana" posee ciertos valores, motivos y normas en común que los miembros de otras culturas no comparten en la misma medida. Pero dentro de nuestro propio país existen también varias subculturas. Prolongados y minuciosos programas de investigación han logrado identificar algunas de las creencias, costumbres, valores y normas de conducta características de esos grupos o subculturas, tales como las de los negros del sur, las de los franceses en Nueva Inglaterra y los puertorriqueños en Nueva York, sin olvidar las subculturas representadas por la clase media norteamericana o por los individuos de niveles socioeconómicos inferiores. Hollingshead y Redlich (9) demostraron que las profesiones del campo de la salud, fundamentalmente insertadas en la clase media norteamericana, representan una cultura distinta a la de las clases socioeconómicas de nivel más bajo por cuyo bienestar suelen preocuparse. Estas dos subculturas difieren de muchas maneras. En numerosos aspectos, hablan un idioma distinto. Se distinguen en lo que tiene importancia para ellas, en la forma en que consideran muchos aspectos de la vida y de la salud. A menudo, sencillamente no se comprenden entre sí. En consecuencia, los esfuerzos por parte de las profesiones de la salud para colaborar con miembros de niveles socioeconómicos más bajos suelen frustrarse a causa de la incapacidad de ambos para establecer una comunicación efectiva, lograr una comprensión mutua y alcanzar el objetivo común de mejorar las condiciones sanitarias de un grupo mediante la cooperación esforzada del otro.

De manera análoga, al examinar los estudios sobre varios grupos minoritarios de los Estados Unidos de América, no puede dejarnos de impresionar la medida en que cada uno de los grupos posee necesidades y valores comunes que les separan de otros grupos minoritarios, así como de la denominada mayoría. Fácilmente puede pasar desapercibido el hecho de que estas diferencias son considerablemente más profundas que las propias del lenguaje, ingresos económicos o educación. Esto tiene importantes repercusiones en cuanto al sistema y métodos que han de escoger los miembros de la mayoría para establecer las clases de relaciones que, con más probabilidades, conducirán al éxito desde el punto de vista educativo. Los estudios de estas poblaciones minoritarias nos hacen comprender que los grupos a los que solemos calificar como "dificiles de alcanzar" lo son principalmente porque tratamos de llegar a ellos por

conductos que son eficaces para nuestro grupo social pero no en el suyo, porque recurrimos a nuestros valores y no a los suyos y porque queremos que se interesen por cosas que, sencillamente, no tienen importancia para ellos o quizás les resultan incomprensibles.

Para citar sólo un ejemplo, en la cultura que probablemente representan el autor y los lectores de este trabajo (es decir, clases sociales media y alta), la previsión y la preparación para futuras contingencias tienen importancia y poseen gran valor. Nos prevenimos para la vejez; planeamos la educación de nuestros hijos; tomamos medidas, por lo menos hasta cierto punto, para protegernos contra las futuras crisis en materia de salud y en otros aspectos. En los niveles socioeconómicos más bajos y en numerosas subculturas de este país, estos valores existen en escala mucho menor y, con frecuencia, parecen estar totalmente ausentes. En estos grupos, la satisfacción de las necesidades y deseos inmediatos se convierte en motivo predominante. Así pues, si deseamos influir en los miembros de estos grupos para que tomen medidas sanitarias preventivas, apelando para ello a la previsión y a la preparación ante cualquier posible contingencia, es muy posible que fracasemos porque este llamamiento no tiene ningún sentido para ellos. En sustitución hemos de procurar recurrir a aquellos valores que son típicos y esenciales en dichos grupos.

Hasta aquí hemos insistido sobre algunos de los factores y condiciones en que se apoya lo que aprende y cree la población y que, junto con otras fuerzas, determinan su actuación. En cierto modo, este fenómeno se relaciona con la primera fase de Derryberry, es decir la de diagnóstico, porque durante la planificación de la estrategia de un programa de salud pública, sería muy conveniente y necesario diagnosticar minuciosamente la clase de necesidades, motivos, percepciones, actitudes, hábitos y normas de conducta que existen en la población a la que va dirigido el programa. Afortunadamente, disponemos de numerosas publicaciones sobre investigaciones anteriores relativas a numerosos grupos distintos en las que se describen bien estos aspectos.

### **Investigaciones sobre la introducción de modificaciones**

El presente examen no debería dar la impresión de que sólo estamos interesados en las investigaciones relativas a los motivos de la conducta humana y no en investigaciones sobre las maneras y medios de modificar la conducta humana. Afortunadamente, la comprensión de los motivos nos permite sugerir medios que permitan salvar algunos de los obstáculos que pueden surgir en nuestros programas, y nos permite también encontrar la manera de utilizar las fuerzas positivas existentes para nuestros

propios propósitos. Anteriormente se mencionó que se dispone de numerosa información sobre el modo de mejorar la comunicación por medios colectivos para lograr la máxima eficacia. Las investigaciones sobre la comunicación han identificado aquellos medios que cuentan con más probabilidades para alcanzar a ciertos grupos de población. Por ejemplo, sabemos que durante estos últimos años, la clase de público ha cambiado: los jóvenes de 15 a 20 años y las personas muy mayores son los principales radioescuchas, mientras los niños y los adultos se inclinan más por la televisión (23). Se ha demostrado que la televisión es un medio muy eficaz cuando el objetivo consiste en estimular a gran número de individuos a tomar medidas inmediatas, pero para lograr un cambio de conducta más duradero, resultan más útiles otros medios tales como los periódicos y revistas. Además, como es natural, hemos aprendido considerablemente acerca de técnicas específicas en el empleo de las palabras, asociaciones, imágenes, colores y disposiciones. Numerosos sociólogos y psicólogos han llevado a cabo extensas e intensivas investigaciones sobre todos los aspectos decisivos que contribuyen a una comunicación eficaz empleando los medios colectivos (10, 11, 12, 18, 24, 33). Gracias a estas investigaciones, poseemos un gran conocimiento de todos los elementos esenciales de este proceso de comunicación: "*Quién comunica el mensaje, cuál es el mensaje, a quién va dirigido y con qué finalidad*".

Otro campo en que las investigaciones han permitido establecer planes y métodos que pueden resultar muy valiosos entre los esfuerzos encaminados a modificar la actitud y la conducta de los individuos, es el que se refiere a la comúnmente denominada "dinámica de grupo". Ya hemos hecho referencia a ciertas uniformidades que existen dentro de límites culturales amplios. Sabemos también, desde hace mucho, que se observan ciertas actitudes, creencias y normas de conductas comunes entre los individuos que pertenecen a los mismos pequeños grupos sociales. Durante los últimos diez años, se ha observado gran interés teórico y de investigación respecto a este fenómeno, lo que ha conducido a la identificación de las condiciones en que los grupos experimentan cambios de conducta y, a la inversa, las condiciones en las que los grupos constituyen una fuente de resistencia a los cambios que traten de introducir elementos ajenos al grupo. Ejemplos típicos son los estudios realizados por Kurt Lewin y algunos de sus discípulos sobre los efectos que ejercen los grupos en las modificaciones de los hábitos alimentarios (21, 22). Un ejemplo más reciente nos lo ofrece el informe de Betty Bond sobre un estudio en el cual el empleo eficaz de los grupos tuvo por resultado un considerable aumento del número de mujeres que se someten a examen preventivo del cáncer de la mama (1).

Con anterioridad, ya hicimos mención a que el individuo suele leer los anuncios y artículos que elogian los objetos que ya ha adquirido. Este ejemplo de menor importancia se relaciona en realidad con una importante teoría surgida de recientes investigaciones psicológicas (4). Uno de los hallazgos de estas investigaciones es que las personas, inmediatamente después de decidirse a ejecutar determinada acción, suelen ser muy susceptibles a cualquier comunicación que venga a apoyar la corrección y acierto de la medida en cuestión. Lo particularmente interesante para la educación sanitaria es el fenómeno de que cualquier creencia o idea que apenas sea lo suficiente fuerte para que el individuo se decida a tomar una medida, se fortalezca con dicha comunicación, si ésta ocurre en el momento de adoptar la medida, o poco después de hacerlo. De ello se deduce que si conseguimos que la población experimente motivación suficiente para adoptar las medidas propias de salud, aumentaremos considerablemente esta motivación para tomar medidas similares posteriores, y facilitaremos la aceptación de los principios pertinentes mediante la introducción de una medida educativa en el momento oportuno. Por ejemplo, no hay mejor ocasión para fortalecer los motivos y creencias relativos a la obtención de un ciclo completo de vacunación antipoliomiéltica que el momento de administrar las primeras vacunaciones. Sin embargo, este principio no rige cuando se procede de manera forzada.

### **Aplicación a la educación sanitaria**

Si se consideran los pocos hallazgos de investigaciones a que hemos hecho ligera referencia, se verá claramente que la tarea de comunicar la vasta cantidad de datos y descubrimientos actualmente disponibles ha sido muy incompleta. Hemos seleccionado, de manera bastante arbitraria, un reducido número de áreas y, dentro de éstas, escogimos con la misma arbitrariedad una o dos investigaciones a título de ilustración.

Acompaña al presente artículo una breve bibliografía de artículos y libros relacionados con el tema, pero aun esta bibliografía representa un diminuto esfuerzo si se tiene en cuenta que con cualquier investigación sistemática a través de las publicaciones sobre alguna de las ciencias del comportamiento, se obtendrían, en pocas horas, cientos de informes distintos aplicables a las actividades de educación sanitaria, siempre que el interesado esté familiarizado con las fuentes disponibles y con la terminología o lenguaje característico de las ciencias de la conducta. Esta tarea resultaría difícil aun para el propio experto, y para la persona ajena sería una dura labor a la cual difícilmente haría justicia.

Hay otro factor que contribuye a ello. Se han llevado a cabo muchas

investigaciones potencialmente útiles para la educación sanitaria, sobre las cuales se ha informado de una manera muy distinta a la propia de la salud pública. La tarea de leer las publicaciones sobre estas investigaciones e identificar sus posibles repercusiones no es fácil para el científico puro, ni para el especialista en educación sanitaria. De todos modos, nos encontramos con una inmensa cantidad de datos, hallazgos y conocimientos, esparcidos en cientos de revistas y libros, que son de utilidad actual o futura para los educadores sanitarios.

Para utilizar al máximo esta riqueza de material, necesitamos personas que estén en condiciones de cumplir las tres funciones siguientes:

1. Encontrar, leer y comprender la enorme cantidad de publicaciones de la literatura básica de la investigación en todas las ciencias del comportamiento.
2. Percibir la relación entre dichas investigaciones y los problemas y tareas de la educación sanitaria y de la salud pública en general.
3. Convertir la teoría básica y los hallazgos de las investigaciones en material aplicable y útil para las tareas de educación sanitaria.

No cabe duda que los científicos sociales en materia de salud pública que puedan efectuar la labor mencionada, dedicarían más tiempo y energía a buscar y utilizar datos y conocimientos obtenidos en investigaciones básicas que a resolver los problemas que aparecen en los programas de salud pública. Si se consigue un mayor apoyo para estas actividades a largo plazo, además del apoyo a las actividades sociológicas que se concentran preferentemente en los problemas inmediatos apremiantes, las contribuciones de la educación sanitaria a la salud y al bienestar de nuestra nación rebasarán ampliamente, sin duda, las actuales realizaciones.

## REFERENCIAS

1. Bond, B. W.: *Group Discussion-Decision: An Appraisal of its Use in Health Education*. Minneapolis: Departamento de Salud de Minnesota, 1956.
2. Cannell, C. F., MacDonald, J. C. y Delchamps, W. F.: "The Impact of Health News on Attitudes and Behavior". *Journalism Quarterly* 33:315-323, 1956.
3. Ehrlich, D., Guttman, I., Schonbach, P. y Mills, T.: Post-decision Exposure to Relevant Information. *J Abnorm Soc Psychol* 54:98-102, 1957.
4. Festinger, L.: *A Theory of Cognitive Dissonance*. Evanston, Ill.: Row, Peterson and Company, 1957.
5. Hochbaum, G. M.: *Public Participation in Medical Screening Programs: Socio-Psychological Study*. Publicación No. 572, Servicio de Salud Pública de los E.U.A., Government Printing Office, Washington, D. C., 1958.
6. ———: "Some Principles of Health Behavior". En *Proceedings, 1959 Biennial Conference of the State and Territorial Dental Directors with the Public Health Service and the Children's Bureau*. 21-23 abril, Washington, D. C.

7. ———: "Modern Theories of Communication". *Children* 7: No. 1, 1960.
8. Hill, R., Stycos, T. M. y Black, K. W.: *The Family and Population Control; A Puerto Rican Experiment in Social Change*. Chapel Hill, N. C.: University of North Carolina Press, 1959. 481 págs.
9. Hollingshead, A. y Redlich, F. C.: *Social Class and Mental Illness; A Community Study*. Nueva York: Wiley, 1958. 442 págs.
10. Hovland, C. I., Janis, I. L. y Kelley, H. H.: *Communication and Persuasion; Psychological Studies of Opinion Change*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1953. 315 págs.
11. ———: "Effects of the Mass Media of Communication". En Gardner-Lindzey (Ed.), *Handbook of Social Psychology* 2:1062-1103. Cambridge, Mass.: Addison-Wesley Publishing Co., 1954.
12. ———: Lumsdaine, A. A. y Sheffield, F. D.: *Experiments in Mass Communications*. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1949.
13. Hyman, H. H. y Sheatsley, P. B.: "Some Reasons Why Information Campaigns Fail". En Maccoby, E. E., Newcomb, T. M. y Hartley, E. L. (Eds.): *Readings in Social Psychology*, tercera edición. Nueva York: Henry Holt and Co., 1958.
14. Janis, I. L. y Feshbach, S.: "Effects of Fear Arousing Communications". *J Abnorm Soc Psychol* 48:78-92, 1953.
15. ———, Lumsdaine, A. A. y Gladstone, A. I.: "Effects of Preparatory Communications on Reactions to a Subsequent News Event". *Public Opinion Quarterly* 15:487-518, 1951.
16. Jones, Robert L.: "Mass Audiences—Motivations and Media Use". Seminario sobre Comunicaciones en la Enseñanza de la Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Centro de Ampliación de Estudios, Universidad de Minnesota, 1959 (sin publicar).
17. Kegeles, S. S.: "An Analysis of the Potential Acceptance of Dental Care by the Use of Some Behavioral Principles". En *Proceedings, 1959, Biennial Conference of the State and Territorial Dental Directors*. Publicación No. 698, Servicio de Salud Pública de los E.U.A., Washington, D. C., 1959.
18. Katz, D., Cartwright, D., Eldersveld, S. y Lee, A. M.: *Public Opinion and Propaganda*. Nueva York: Dryden Press, 1954.
19. Knutson, Andie L.: "Application of Pretesting in Health Education". Monografía No. 8, Servicio de Salud Pública de los E.U.A., Washington, D. C., 1953.
20. Leavell, H. R.: "Contributions of the Social Sciences to the Solution of Health Problems". *New Engl J Med* 247:885-897, 1952.
21. Lewin, K.: "Group Decision and Social Change". En T. M. Newcomb y E. L. Hartley (Eds.), *Readings in Social Psychology*. Nueva York: Henry Holt and Co., 1947.
22. ———: *The Relative Effectiveness of a Lecture Method and a Method of Group Decision for Changing Food Habits*. Washington, D. C.: Comité sobre Hábitos Alimentarios, Consejo Nacional de Investigaciones, 1942.
23. Lindsay, R.: "The Public Health Educator and Mass Media". Seminario sobre Comunicaciones en la Enseñanza de la Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Centro de Ampliación de Estudios, Universidad de Minnesota, 1959 (sin publicar).
24. Merton, R. K.: *Mass Persuasion*. Nueva York: Harper, 1946.
25. Postman, L.: "Retroactive Inhibition in Recall and Recognition". *J Exp Psychol* 44:165-169, 1952.

26. Redlich, R. C., Hollingshead, A. B. y Bellis, E.: "Social Class Differences in Attitudes Toward Psychiatry". *Amer J Orthopsychiat* 25:60-70, 1955.
27. Riley, T. W. y Riley, M. W.: "Mass Communication and the Social System". En R. K. Merton y colaboradores (Eds.): *Sociology Today*. Nueva York: Basic Books, Inc., 1959. 623 págs.
28. Rosen, G. y Wellin, E.: "A Bookshelf on the Social Sciences and Public Health". *Amer J Public Health*, Abril 1959. Págs. 441-454.
29. Rosenstock, I. M.: "Some Hypotheses Concerning Behavior in a Disaster". (Documento administrativo no publicado) 1956.
30. ———: "What Research in Motivation Suggests for Public Health". *Amer J Public Health*, Marzo 1960. Págs. 295-302.
31. ———, Derryberry, M. y Carriger, B. K.: "Why People Fail to Seek Poliomyelitis Vaccination". *Public Health Rep* 74: No. 2, 98-103, Febrero 1959.
32. ———, Hochbaum, G. M., Leventhal, H. y colaboradores: *The Impact of Asian Influence on Community Life: A Study in Five Cities*. (Aparecerá como publicación numerada del Servicio de Salud Pública de los E.U.A.)
33. Schramm, Wilbur (Ed.): *Mass Communications*. Urbana, Ill.: University of Illinois Press, 1949.
34. Simmons, O. G.: *Social Status and Public Health*. Folleto No. 13, Consejo de Investigaciones de Ciencias Sociales, Mayo 1958.
35. ———: "Implications of Social Class for Public Health". *Human Organization* 16:10, 1957.

## MOTIVACION EN LA ORGANIZACION DE LA COLECTIVIDAD\*

HOWARD W. BEERS†

¿Es la expresión “motivación de la colectividad” una simple figura retórica? El individuo es siempre una unidad con motivos. Cada persona, en la función que le corresponde como miembro de la colectividad posee, en mayor o menor grado, un interés por los asuntos de la colectividad misma; de ahí que las teorías de los motivos para la organización de la colectividad sean semejantes a cualquier otra teoría de los motivos.

De todos modos, es conveniente hablar como si las colectividades y otros grupos (pues las colectividades son grupos sociológicos) tuvieran o carecieran—lo mismo que las personas—de motivos. Sin sentar ningún criterio de grupo, parece tratarse de una afirmación cierta. Existen motivos colectivos al igual que existe una opinión pública. Entre los miembros de una colectividad existen pautas y configuraciones en la distribución de los motivos.

Un tipo de poderosos motivos colectivos está constituido por aquéllos por los cuales muchos o la mayoría de los miembros de esa colectividad están firmemente dispuestos a alcanzar metas similares o comunes. Esta pauta puede revelarse, en cierto modo, en la opinión pública, pero puede deducirse aún con más precisión a través de los acontecimientos que ocurran. Consideremos, por ejemplo, el caso de tres colectividades: A, B y C. Cada una de ellas recoge fondos para beneficencia. La colectividad A los consigue de unos cuantos donantes; la B mediante deducciones de los sueldos, de las cuales apenas se dan cuenta los trabajadores, y la C los obtiene con contribuciones aportadas por casi todos los miembros de la colectividad. ¿No es acaso conveniente observar tres clases o grados distintos de motivos de la colectividad en esta comparación?

El asunto que examinamos es decididamente un tema del Siglo XX. Es

---

\* La edición en inglés apareció en *Health Education Monographs* No. 3, 1959 (*Society of Public Health Educators, Inc.*).

† Jefe del Departamento de Sociología y Sociología Rural, Universidad de Kentucky, Lexington, Kentucky.

posible que ya se estudiara, en cierto modo, en el siglo pasado, pero a juzgar por los conocimientos de la sociedad y la cultura de aquella época, cabe dudar de que se realizara un estudio amplio. Los problemas de la organización de la colectividad se derivan de los rápidos cambios sociales estructurales contemporáneos, que imponen nuevas presiones y tensiones en nuestros sistemas de participación ciudadana y en nuestras tradiciones de control popular local de los acontecimientos y sistemas sociales, económicos y políticos.

Es siempre estimulante hacer referencia a los prodigiosos avances que caracterizan a estos agitados cambios recientes y actuales. Se ha formado una sociedad de masas que es consecuencia de la producción y de la comunicación en masa; el volumen de conocimientos humanos ha aumentado rápidamente y lo importante surge por doquiera: grandes poblaciones, enormes comunidades metropolitanas, gigantescas unidades de negocios, grandeza en las cuestiones de gobierno; las especializaciones y las organizaciones de intereses especiales se multiplican, y ha aumentado la interdependencia en una escala mundial así como la centralización y la complejidad en los horarios y pautas de actividad de los individuos.

Todo ello ha obligado a la delegación de responsabilidades de los más en unos pocos que representan a la mayoría; a que los que tomen decisiones sean unos representantes que con frecuencia están social y materialmente alejados de los individuos a quienes representan. De ahí la gran declinación de la participación humana que es el principal factor en el "metabolismo" de la democracia. Aun en las condiciones más favorables, en una elección nacional sólo vota una minoría de los electores. En las reuniones de todos los grupos, desde las de padres de alumnos a las de accionistas, hay una tendencia en el sentido de que las decisiones y el control estén a cargo de una minoría participante.

Antes de que se produjeran esos cambios, en una sociedad más sencilla, predominantemente rural, las colectividades poseían una identidad natural y automática, una solidaridad y una autonomía. Mas ahora se requieren gran esfuerzo y planificación especial para lograr la vida íntegra de la colectividad. De ahí el creciente interés que se observa en nuestros tiempos por organizar y desarrollar la colectividad, ya sea en nuestro país o en naciones extranjeras donde las nuevas formas sociales que van surgiendo tratan de avanzar mil años en un decenio (por ejemplo el Pakistán, India e Indonesia). El fomento de la participación de la colectividad y el control democrático se están convirtiendo en una especialidad, con puestos dedicados a este campo, incluso en las Naciones Unidas y en la Agencia para el Desarrollo Internacional. Será discutible si verdaderamente se trata de una especialidad, pero es cada vez mayor el

número de personas selectas que le dedican su tiempo completo, y entre ellas figuran todas las personas que se dedican a fomentar el bienestar humano.

En los párrafos que anteceden se han enunciado, o referido, algunas de las proposiciones más elementales de una teoría de la motivación de la organización de la colectividad, como aparecen a continuación:

1. *Las personas son las unidades motivadas.* (Motivar la organización de la colectividad es movilizar a las personas.)

2. *Las personas pueden sentir una motivación negativa, neutral o afirmativa hacia el fomento del bienestar de la colectividad.* La motivación negativa tiene varios matices; es algo más que neutralidad o indiferencia. Puede existir en el criterio determinista de que "las tendencias de la época", por ejemplo en la tecnología y organización económica, dan lugar a que "ocurran las cosas", y sería inútil la organización de la colectividad para tratar de intervenir en estas tendencias.

Otra manifestación de la motivación negativa es la que se presenta en forma de desconfianza en los esfuerzos cooperativos entre los seres humanos. Otra forma es el temor de la organización de que la colectividad sea una forma de llevar a cabo la interferencia en los asuntos personales libres.

Hay todavía otra forma de manifestación, que es la oposición a la organización de la colectividad por razones de "intereses creados" y se sostiene por temor a que se "derrumbe" la situación privilegiada de alguien. Ejemplo de ello, recientemente observado en una colectividad, es la oposición velada, pero poderosa, a la anexión suburbana y a la extensión de las alcantarillas, por parte de las empresas de recogida de basuras, que tienen montado el negocio de limpieza de recolectores de grasa y tanques sépticos, y que trasladan los desechos de las viviendas suburbanas.

Por último, otra orientación negativa es la del hombre que no sólo carece de patria, sino incluso de grupo, el hombre metropolitano atacado de *anomia*, atrapado entre los rascacielos, perdido en la sociedad de masas, sin hallarse ligado a ninguna estructura de relaciones estables.

3. *La motivación de la organización de la colectividad varía de acuerdo con las colectividades,* o sea, según la distribución de los miembros con motivación negativa, neutral o afirmativa.

4. *La motivación de la organización de la colectividad no se encuentra presente, de manera inevitable o espontánea, entre los miembros de las colectividades actuales,* sino que ha de crearse y desarrollarse mediante un esfuerzo consciente.

5. *La motivación del desarrollo de la colectividad es un requisito de la "integración moral" en la cultura occidental de nuestros días.* Consecuencia de esta proposición es la afirmación de que la organización de la colectividad es uno de los instrumentos más poderosos de la democracia, en la lucha entre las ideas que controlan la organización del mundo.

6. *La motivación de la organización de la colectividad es, hoy en día, un requisito integrante de la motivación total de los miembros de la colectividad, que ejercen una influencia en la misma (dirigentes).*

7. *Las necesidades de la colectividad de desarrollar la motivación de la organización de la misma colectividad, dan lugar a la ocupación de nuevas personas que, aunque no sean especialistas, dedican por lo menos su trabajo al estímulo de la motivación.*

8. *La motivación de la organización de la colectividad radica en los valores comunes que mantienen los miembros de la colectividad.* Esta motivación brota, especialmente, de la constelación de valores que utilizamos al definir la expresión de "a la americana". A este respecto, lo mejor que puede hacerse es aceptar la lista de valores presentada por Murray Ross\* en su libro sobre la organización de la colectividad.

La dignidad esencial y el valor ético del individuo, la posesión por cada individuo de recursos y posibilidades para desenvolver su propia vida, la importancia de la libertad para expresar la propia individualidad, la gran capacidad de desarrollo de todos los entes sociales, el derecho del individuo a satisfacer todas las necesidades materiales básicas (alimentos, ropa y habitación) sin las cuales con frecuencia se estorba el cumplimiento de su misión vital, la necesidad del individuo de luchar y esforzarse por mejorar su propia vida y el medio que lo rodea, el derecho del individuo a recibir ayuda en momentos de necesidad y crisis, la importancia de una organización social de la que el individuo se siente responsable y que responde a sus sentimientos individuales, la necesidad de un ambiente social que fomente el desarrollo y progreso individual, el derecho y la responsabilidad del individuo a participar en los asuntos de la colectividad a que pertenece, la posibilidad de celebrar discusiones, conferencias y consultas como métodos para la solución de problemas individuales y sociales, "la ayuda a sí mismo" como base esencial de cualquier programa de asistencia, etc.

En la agitación de la vida y de la acción abundan los fracasos cuando se trata de alcanzar valores o atenerse a los mismos, y así se escuchan expresiones de desaliento e incluso de repudio de vez en cuando. Pero esos valores siguen siendo nuestro objetivo, nuestra fe, y nos sirven de guía. Los motivos de la organización de la colectividad se derivan de dichos valores, y el éxito en la organización de la colectividad supone el logro y fortalecimiento de esos valores.

9. *La motivación de la organización de la colectividad se deriva de*

---

\* Ross, Murray G.: *Community Organization—Theory and Principles*. Nueva York: Harper and Bros., 1955. Págs. 77-78.

*sentimientos latentes o activos de insatisfacción, privación, descontento e incluso inquietud.* Una de las cuestiones más debatidas acerca del desarrollo de la colectividad se refiere a la ética de promover la insatisfacción, tratando de que los individuos adviertan ciertas privaciones que anteriormente no habían advertido. Esto se relaciona con el principio, a menudo repetido, de la "sensación de necesidad", que afirma que la acción ha de esperar a que se sienta la necesidad. ¿Se debe inducir o provocar la existencia de una necesidad? Hay necesidades que se sienten, mas no se expresan con palabras, pero la conciencia de ellas puede formularse en el curso de la discusión.

Pero, ¿a qué interferir? ¿Por qué crear complicaciones, y no dejar al individuo "sencillo" en su "feliz ignorancia" y a las colectividades populares o tribales en la aislada satisfacción en que viven? Si su futuro estuviera asegurado en ese aislamiento y autosuficiencia, tal vez podríamos actuar así, mas la maquinaria de la tecnología y de la economía funciona sin cesar e impone su ritmo. Es inminente la aparición de cambios radicales, potencialmente catastróficos o crueles, y debe haber una organización social preventiva al igual que hay una medicina preventiva. Los cambios *se producirán*, y nuestra obligación consiste en guiarlos y en utilizar los valores populares como fuerzas para dirigir estos cambios, en lugar de permitir que la población sea víctima de los cambios que "se vienen encima". En este caso, ¿creamos en los individuos "nuevas necesidades"? Desde luego, porque de cualquier modo las adquirirán. Estamos intentando enlazar lo viejo con lo nuevo, manteniendo cierta integridad y consistencia interna con el proceso del cambio. La organización de la colectividad es el instrumento *humano* de nuestros tiempos.

10. *La apropiada diversidad de insatisfacción es aquélla que surge del conocimiento y de la comprensión compartidos por la colectividad.* Por consiguiente, una de las funciones de los líderes en la organización de la colectividad consistirá en ayudar a los miembros para que adquieran mayor comprensión. Para ello se requieren encuestas y otras formas de estudio. Ejemplo de ello es el sistema que sigue la Oficina de Servicios de la Colectividad de la Universidad de Kentucky.

Cuando se recibe una solicitud de colaboración procedente de cualquier colectividad, se acepta tan sólo si proviene de un grupo representativo y no cuando se trata de casos en que intervienen intereses especiales. Cuando la solicitud se ajusta a este criterio, la Oficina se ofrece a trazar un "perfil social",\* es decir, a llevar a cabo una serie de entrevistas con líderes representativos de la colectividad, a elucidar sus opiniones sobre los valores, recursos, cuestiones y problemas. Con el tiempo, el estudio

\* Terminología empleada por el Dr. Irwin T. Sanders, fundador de la Oficina de Servicios de la Colectividad de la Universidad de Kentucky.

del perfil social preparado de esta manera permite a los miembros de la colectividad aclarar su conocimiento de la situación de la misma. En efecto, analizan o revisan las necesidades que tienen y se orientan hacia la posibilidad de encontrar soluciones por sí mismos. Sea cual fuere el impulso que originariamente los mueve, se refiera a la delincuencia, a la organización de la asistencia social, al mejoramiento de la salud o de la economía, etc., el resultado es que toda la colectividad examina las situaciones y las necesidades.

11. *Los motivos personales están relacionados con el papel que desempeñan en la colectividad como trabajadores profesionales, miembros dirigentes o, simplemente, como seguidores de otros.* No cabe duda que muchas personas han desarrollado una sensibilidad hacia las necesidades humanas y se sienten fuertemente impulsadas por un gran sentido de responsabilidad social. Constituye un objetivo propio de la organización de la colectividad multiplicar el número de miembros de la misma orientados ampliamente en ese sentido. Naturalmente, hay que mencionar también la motivación del hombre que siente la necesidad de mandar y trata de simplificar su propia vida utilizando este poder.

La motivación del trabajador profesional que favorece la organización de la colectividad es probablemente más explícita y está mejor formulada que la de otros miembros de la colectividad y, cuando está plenamente desarrollada, expresa varios supuestos. Ross nos ofrece también, en su libro sobre la organización de la colectividad (*Community Organization—Theory and Principles*) una lista completa de estos supuestos que, esencialmente, son los siguientes: las colectividades poseen capacidad—o pueden desarrollarla—para hacer frente a sus propios problemas; fundamentalmente, la población desea y puede introducir cambios; la población debe participar en los cambios que tengan lugar en sus propias colectividades; los cambios introducidos por la propia colectividad son más significativos y duraderos que los cambios “impuestos”; el enfoque de los problemas por toda la colectividad es mejor que el sistema fragmentado; la democracia exige una participación colectiva y, si bien la aptitud para esta participación puede adquirirse, la población necesita ayuda en su organización de la colectividad.

12. *La motivación de GUIAR en materia de organización de la colectividad se distingue de la motivación de DIRIGIR o CONTROLAR las actividades de la colectividad.* La finalidad de un líder demócrata consiste en estimular la amplia participación de los miembros del grupo. Este es un objetivo bien distinto del que trata de alcanzar el líder que pretende restringir la participación de los demás para controlar él solo la situación y, de esta manera, convertirse en un director.

La participación social es un medio de desarrollo de la personalidad y

de lograr realizaciones; de ahí que sea una “ventaja de la democracia”, un valor que hay que cultivar y promover por sí mismo. En el sistema de dirigentes este don escasea, mientras que en el liderato es más abundante. El sistema del liderato por el que tanto abogamos puede hacernos caer en el sistema de los dirigentes. La solución de nuestro “problema” de liderato está en dirigir nuestra atención hacia el problema de la participación. Cuando la participación está plenamente establecida el liderato ya cuida de sí mismo.

13. *La motivación de la organización de la colectividad se fortalece con las satisfacciones que produce la fructífera participación en las actividades colectivas.* Esto es un principio que amplía nuestros intereses y debe hallarse presente en todos nuestros esfuerzos por la organización de la colectividad. Este criterio está apoyado por la teoría contemporánea del aprendizaje, especialmente en la idea de refuerzo. Es “perfectamente natural” que todo el mundo se interese más en algo en que ya ha intervenido, que en algo hecho exclusivamente por otras personas. La participación en las actividades sociales crea una identificación con las mismas y con la finalidad que persiguen. El participante adquiere un derecho de propiedad en el resultado de las actividades y le convierte, realmente, en miembro psicológico de la colectividad en lugar de un miembro geográfico o nominal por razones de lugar de residencia. Naturalmente, la participación puede también dar lugar a frustración y desengaño, a consecuencia de los cuales el participante se retire hasta el punto de abstenerse, en adelante, de toda intervención en las tareas de la colectividad. Por consiguiente, corresponde al trabajador profesional o al líder democrático servir de mediador en las actividades colectivas, a fin de que las consecuencias de la participación se traduzcan en satisfacción y no en desengaño.

### **Resumen**

Estas observaciones tienen por objeto formular varias proposiciones sobre la motivación del desarrollo de la colectividad, con el fin de preparar el terreno para futuras reflexiones y análisis del tema. A este respecto, se han hecho las afirmaciones siguientes:

La motivación del desarrollo de la colectividad es propia de los individuos, en sentido negativo, neutral o afirmativo.

Las colectividades difieren en las pautas de motivación que en ellas se establecen.

Esta motivación no se produce espontáneamente, sino que ha de ser estimulada.

La motivación es una necesidad moral de la vida moderna.

Es también un elemento esencial especialmente en las pautas de motivación de los líderes.

La necesidad de esta motivación requiere nuevas ocupaciones de los motivadores.

La motivación del desarrollo de la colectividad se basa en nuestros sistemas predominantes de valores.

La motivación se basa en las sensaciones de necesidades, controladas por el conocimiento y la comprensión.

Es apropiado y necesario estimular estas necesidades.

La motivación está distribuida de diversa manera entre trabajadores profesionales, líderes y seguidores.

Los trabajadores profesionales especialmente deben aceptar varios supuestos previamente establecidos.

La motivación del líder democrático es muy distinta de la del dirigente.

La participación y el interés fortalecen a la motivación.