

Presentación

Antes del arribo de la Internet, las revistas eran el vehículo privilegiado de las comunidades de investigadores para difundir de manera ágil sus resultados y hallazgos. Actualmente, cuando la red mundial se ha constituido en una herramienta de trabajo casi universal para los miembros de las comunidades académicas, la dificultad principal corre en sentido contrario: se relaciona con el crecimiento exponencial que tiene hoy el conocimiento en la *web* y la necesidad de discernir la paja del grano desde el punto de vista de calidad de la información a la que se puede acceder.

En este contexto, las revistas comparten con los libros el carácter de ser proyectos culturales de largo alcance. Históricamente, las revistas científicas nacen de manera paralela a las universidades y a la institucionalización del conocimiento científico como rasgo característico del mundo moderno. En ese sentido, la aparición y, sobre todo, la preservación de una revista como mecanismo y espacio para la comunicación y el intercambio de ideas entre los investigadores en un determinado campo del conocimiento, constituye uno de los indicadores más importantes del fortalecimiento, y aun de la existencia, de las comunidades científicas.

Por otra parte, las circunstancias que impone un mundo cada vez más globalizado hacen necesario que estos proyectos se abran a las nuevas posibilidades y exigencias que plantea la sociedad del conocimiento en cuanto a propiciar de manera dinámica la interacción entre los investigadores y el público interesado, así como incorporar las nuevas tecnologías en sus procesos de producción y en sus formatos.

Como resultado de la ampliación de oportunidades para la formación especializada y las exigencias académicas cada vez más rigurosas, en los años recientes en nuestro país se ha manifestado un amplio crecimiento de la investigación en el campo de las ciencias de la educación en general, así como de los estudios en el área de las intervenciones psicológicas con fines educativos, en particular.

La *Revista de Educación y Desarrollo* intenta constituirse en un espacio de difusión, comunicación, intercambio y debate entre los profesionistas y el público interesado en estas disciplinas del conocimiento y la práctica social. Tiene la misión de servir como órgano científico de expresión de los miembros que componen la comunidad de investigadores educativos de nuestro país, aunque, naturalmente, está abierta a las contribuciones de investigadores extranjeros que deseen utilizarla como medio para difundir los resultados de sus estudios o investigaciones más recientes.

Partimos de considerar que es necesario un espacio especializado de comunicación que permita a los profesionales relacionados con el campo de la educación reflexionar sobre sus respectivos objetos teóricos y campos disciplinares, así como sobre los aportes colaborativos que se pueden realizar en forma interdisciplinar.

En ese contexto, entendemos el término educación en el sentido más amplio de la formación humana y el desarrollo personal y social. Partiendo del supuesto que actualmente se requieren aproximaciones a la vez especializadas y globalizadas, la *Revista de Educación y Desarrollo* intenta integrar los aspectos teóricos y

los aplicados de las distintas disciplinas relacionadas con el campo de la educación, haciendo especial énfasis en los que se dirigen a aspectos del desarrollo humano de los individuos y las comunidades.

La *Revista de Educación y Desarrollo* es una revista abierta y plural y no se adscribe a una corriente o postura de pensamiento en particular. En sus páginas tienen cabida todas las manifestaciones teóricas, siempre y cuando guarden el rigor científico, la originalidad y la calidad requeridos, así como la congruencia con los postulados o modelos científicos adoptados en sus respectivos marcos teóricos.

La *Revista de Educación y Desarrollo* se publica gracias al patrocinio del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. El núcleo de este número inaugural reúne diversas e interesantes colaboraciones de investigadores preocupados en el tema de la Educación para la salud.

La *Revista de Educación y Desarrollo* confía en que puede contribuir al intercambio y la comunicación entre las comunidades científicas en un contexto globalizado en el que el conocimiento de las realidades e interpretaciones educativas corre al parejo del conocimiento de nosotros mismos.

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Lic. José Trinidad Padilla López
Rector General

Mtro. Tonatiuh Bravo Padilla
Vicerrector Ejecutivo

Mtro. Carlos Briseño Torres
Secretario General

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Raúl Vargas López
Rector

Dr. Salvador Chávez Ramírez
Secretario Académico

Dr. Víctor Rosario Muñoz
Secretario Administrativo

Lic. Fabiola de Santos Ávila
Coordinadora de Servicios Académicos

Comité científico editorial:

Dra. Maritza Alvarado Nando (CUCS-Universidad de Guadalajara)
Mtra. Ana Rosa Castellanos Castellanos (Universidad de Guadalajara)
Dra. Graciela Cordero Arroyo (Universidad Autónoma de Baja California)
Dr. René Crocker Sagastume (CUCS-Universidad de Guadalajara)
Dra. Sara Catalina Hernández (CIPS-Universidad de Guadalajara)
Mtro. Manuel Moreno Castañeda (INNOVA-Universidad de Guadalajara)
Mtra. Anita Nielsen Dhont (ITESO)
Mtra. Irma Susana Pérez García (Universidad de Guadalajara)
Dr. Ricardo Romo Torres (CUCSH-Universidad de Guadalajara)
Dr. Osmar Matsuí Santana (CUCS-Universidad de Guadalajara)
Dra. Alma Vallejo Casarín (Universidad Veracruzana)
Mtra. Alicia Velasco Aldana (ISIDM)

Revista de EDUCACIÓN y DESARROLLO

DIRECTORIO

Director y editor general:
Baudelio Lara García

Mesa de redacción:
Fabiola de Santos Ávila
Raúl Romero Esquivel
Jorge Martínez Casillas

Coordinador editorial del presente número:
Mtro. Héctor Alfonso Gómez Rodríguez



Revista de Educación y Desarrollo es una publicación patrocinada por el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Sierra Mojada 950, puerta 7, edificio "P", primer nivel. Guadalajara, Jalisco, México. Código postal 44340. Tel./Fax (01) (33) 36.18.78.28 www.cucs.udg.mx

Reserva de derecho al uso exclusivo del título: 04-2002-062713040000-01.
ISSN: 1665-3572.

Revista de Educación y Desarrollo está incluida en el Ulrich's International Periodical Directory (Directorio Internacional de Publicaciones Periódicas y Seriadas Ulrich).

Todos los artículos publicados son sometidos a arbitraje.

Se autoriza la reproducción del contenido siempre que se cite la fuente. La información y opiniones vertidas en los artículos quedan bajo la responsabilidad de sus autores.

Diseño y diagramación: Cuauhtémoc Vite.
Impresión: XXX
Tiraje: 1000 ejemplares.

Evaluación de los resultados de la implementación de un programa escolar para la prevención y el cuidado de la salud en los niños y las niñas de poblaciones con necesidades básicas insatisfechas

ARIANA DE VINCENZI,¹ DIANA CAPOMAGI,² LILIANA MÓNICA GONÇALVES,³
JOSÉ LEWKOWICZ,⁴ MARTA LOVAZZANO,⁵ JULIO MAISA⁶



Resumen

Existen grandes sectores de la población que encuentran postergadas sus necesidades de desarrollo autónomo y tienen grandes carencias económicas, culturales y sociales. Esta situación se acrecienta por la acción de la droga como agente de exclusión social y desintegración familiar y por la insuficiente labor de la educación sistemática para superar la marginalidad y las desviaciones sociales.

El presente proyecto de investigación se realizó para evaluar qué modificaciones genera la implementación escolar de un programa de prevención y cuidados de la salud en los conocimientos que poseen sobre dicha temática niños insertos en contextos sociales desfavorables.

El estudio se desarrolló en seis escuelas de EGB⁷ del conurbano bonaerense, en dos etapas, la primera de diagnóstico, mediante entrevistas en profundidad, con autoridades y docentes, e implementación de la evaluación inicial, y la segunda de implementación del programa de prevención a través de dispositivos pedagógicos, observaciones de los alumnos en el aula, evaluación final y entrevistas de cierre. Los resultados obtenidos mostraron la posibilidad que presenta la sistematización de un programa escolar de prevención de modificar los conocimientos de los niños a favor de una vida más saludable.

Descriptores: Niños, preadolescentes, salud infantil, prevención, intervención precoz, personas en riesgo, educación compensatoria, áreas urbanas, áreas de pobreza, educación elemental, Argentina, Buenos Aires (provincia).

Evaluation of the results of a school program implementation for health prevention and care in children that belong to populations with unsatisfied basic needs

Abstract

There are big sectors in the population that have their needs of autonomous development postponed and have great economic cultural and social lacks. This situation becomes even worse because of the action of drugs as agents for social exclusion and family disintegration and for the insufficient work of the systematic education in order to come across marginality and social deviations.

1 Directora del proyecto, profesora y licenciada en Ciencias de la Educación, especialista en Gestión Educativa, secretaria pedagógica de la Universidad Abierta Interamericana.

2 Profesora y licenciada en Ciencias de la Educación, integrante del Departamento de Capacitación Pedagógica Aplicada de la Universidad Abierta Interamericana.

3 Licenciada en Ciencias de la Educación, integrante del Sector Investigación, Planeamiento y Desarrollo de Didácticas Especiales en los campos educativo y psicopedagógico de la Facultad de Desarrollo e Investigación Educativos de la Universidad Abierta Interamericana.

This research project has been created to evaluate what changes can be generated by implementing a school health prevention and care program in children who are immersed in unfavorable social contexts.

The project has been developed in six EGB schools⁷ from the Buenos Aires province suburbs in two stages: in the first one, the diagnosis stage, by means of thorough interviews with teachers and authorities and the implementation of the initial evaluation; in the second one, the implementation of the prevention program through pedagogic devices, classroom observation, final evaluation and closing interviews. The results showed the possibility the systematization of a prevention program can offer to change the child knowledge favoring a healthy life.

Key words: Children, preadolescents, child health, prevention, early intervention, at risk persons, compensatory education, urban areas, poverty areas, elementary education, Argentina, Buenos Aires (province).

4 Médico especialista en Inmunología, Microbiología, Parasitología y Epidemiología, integrante del área de Medicina Clínica, Sector Recuperación de la Salud, en la Facultad de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana.

5 Licenciada en Ciencias de la Educación y en Psicología, coordinadora del Sector Sistemas e Instituciones de la Facultad de Desarrollo e Investigación Educativos de la Universidad Abierta Interamericana.

6 Licenciado en Psicología, especialista en Psicología Social en la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana.

7 EGB (Educación General Básica) schools are institutions that teach students aged six to fourteen.

1. Introducción

El trabajo que se presenta a continuación constituye una evaluación sobre la implementación de un programa de prevención y cuidados de la salud en niños/as que asisten a escuelas de Educación General Básica (EGB) en comunidades con necesidades básicas insatisfechas (NBI) de la Provincia de Buenos Aires.

El programa tomado como referente ha sido "Creciendo, un proyecto de vida" porque se ha considerado que para favorecer el conocimiento y toma de conciencia hacia la prevención primaria es necesario brindar una formación integral, que promueva en los niños la capacidad de autoconocimiento, como también la identificación de hábitos saludables y de habilidades para relacionarse en la vida. Por este motivo se ha seleccionado el programa en cuestión y aplicado para su evaluación en poblaciones con NBI.

El interrogante central en que se basó el trabajo giró sobre cuáles son las modificaciones que se producen en los conocimientos que los niños tienen sobre sí mismos, sobre los cuidados de la salud y sobre las habilidades para la vida, luego de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud en escuelas de Enseñanza General Básica insertas en poblaciones con NBI.

Se ha fijado como objetivo general del proyecto evaluar las variaciones generadas en los conocimientos de los niños que asisten a escuelas de EGB insertas en comunidades con NBI, a partir de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud.

Los objetivos específicos que persigue el proyecto son:

- Indagar en niños y niñas de 6 a 14 años que asisten a seis escuelas de EGB del conurbano bonaerense, las variaciones en los conocimientos sobre sí mismos, sobre los cuidados de la salud y sobre las habilidades sociales, a partir de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud.
- Indagar cuáles son las diferencias en las variaciones de los conocimientos sobre sí mismos, sobre el cuidado de la salud y sobre las habilidades sociales, a partir de la implementación del programa, teniendo en cuenta la edad, el sexo y la conformación familiar de los niños y niñas.

Teniendo como parámetro estadístico los datos arrojados por el INDEC en el último Censo Nacional

de Población y Vivienda realizado en 1991, se observa que en la Provincia de Buenos Aires hubo 500,176 hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, que representan 14.7% del total de la provincia. Como sabemos, esta cifra se ha incrementado en el transcurso de la década y según se espera en el año 2001, en el cual se volverá a realizar dicho censo, se estima que el crecimiento de este índice será altamente significativo.

Según los datos de la Encuesta Permanente de Hogares, puede observarse que durante 1999 en Provincia de Buenos Aires hubo un 26.7% de la población con carencias económicas y un 6.7% de personas en situación de indigencia. La crisis económica por la que atravesamos hace que estos datos continúen en aumento. En el año 2000, la población por debajo de la línea de indigencia en la Provincia de Buenos Aires fue del 7.7%, en tanto que la población por debajo de la línea de pobreza fue del 28.9%.

Los niños que pertenecen a estos hogares están expuestos a mayores adversidades para el logro de un futuro viable y las propuestas educativas que se brindan en muchos casos son insuficientes para fortalecer su autoestima, brindarles conocimientos para prevenir enfermedades o adquirir habilidades y destrezas que les permitan mejorar su situación a futuro.

En este mismo sentido es importante hacer referencia a la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos realizada por la UNESCO; en su documento "Satisfacción de Necesidades Básicas de Aprendizaje: una visión para el decenio de 1990" se observa que las investigaciones demuestran cómo "la educación puede mejorar la productividad en el trabajo, (...) desarrollar valores, actitudes y comportamientos apropiados y tener efectos intergeneracionales positivos en las familias y en las comunidades" (UNESCO, 1990:49).

Como expresa también este documento, las poblaciones marginadas dependen de sus conocimientos y capacidades de resolver problemas para hacer frente a las dificultades y es la educación básica un medio eficaz para atacar las causas profundas de estos males, proporcionando conocimientos y habilidades que les permitan enfrentar las situaciones de vida por las cuales atraviesan.

En el área de la Investigación de la Prevención y el Cuidado de la Salud, durante los últimos diez años se produjeron publicaciones que permiten abordar el problema desde diferentes perspectivas. La prevención del VIH/SIDA es uno de los focos de investigación, sobre todo en la etapa de escolarización prima-

ria y secundaria. Gingiss, Phylis (1997) en el informe de su proyecto plantea el alcance del problema y las implicaciones educativas para niños, adolescentes y adultos jóvenes, recomendando la necesidad de planear estrategias de prevención y un plan de estudios eficaz sobre educación para la salud.

El marco del trabajo de Wisconsin para Programas de Salud de Institutos de Segunda Enseñanza (1997) es un acercamiento multi-estratégico para tratar todo el rango de comportamientos de riesgo de la juventud y promover la salud, el bienestar y desarrollo positivo de los estudiantes y otros miembros de la comunidad escolar como parte integrante de la misión global de la escuela. Siguiendo con los trabajos que vinculan la prevención con la escuela, se encuentran los libros de Carol Sager y David Strahan (1992), en los cuales consta un programa que abarca cada uno de los niveles de enseñanza (desde Jardín de niños hasta octavo año), acompañados del libro del docente. La propuesta contempla tres áreas de abordaje: 1) cómo desarrollar el amor propio, 2) informarse sobre las drogas, y 3) crear habilidades para tomar decisiones y desarrollar relaciones personales. En el ámbito de los manuales para docentes, está publicado, además, el de Enrique Madrigal Segura y Luz Beatriz Sayago de Wilder (1999), en el que hacen hincapié en las consideraciones sobre el consumo de drogas, causas del problema, factores de riesgo y factores de protección, mitos y realidades sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, adolescencia, rol del docente, prevención del consumo de drogas: habilidades para la vida. En el campo de la aplicación de programas de prevención de la drogadicción en el medio escolar, el de Milán, Calderoni, Ressia y Ruiz (1999) tuvo como objetivo generar un espacio de diálogo con los adolescentes para discutir las temáticas propias de su edad, detectar el nivel de prevalencia de la problemática de las drogas y el conocimiento que poseían acerca de las mismas. La hipótesis fue que ese conocimiento genera pautas de acción frente al ofrecimiento de drogas, y las conclusiones de la aplicación arrojaron datos que explicitan la contribución del mismo para que los adolescentes puedan construir un modelo para operar en la vida cotidiana en la que están las drogas y los riesgos. Respecto al impacto de los programas escolares de prevención al consumo de tabaco, alcohol y *cannabis*, así como las características de las intervenciones más efectivas, surge el trabajo de Fernández, Nebot y Jané (2002), quienes investigaron diferentes tipos de programas. En dicho estudio se destaca la importan-

cia de las sesiones de refuerzo, la calidad de la implementación y la evaluación rigurosa. Los meta-análisis de los programas evaluados indican un efecto preventivo de magnitud discreta, pero que puede tener un impacto potencial considerable. Las limitaciones detectadas apuntan futuras líneas de investigación.

El Ministerio de Educación de Perú publicó el proyecto "Programa de Prevención Integral del uso Indebido de Drogas en Educación Primaria y Formación Magisterial" (1998). Este programa consiste en una serie de actividades educativas de prevención, las cuales se insertan a lo largo de todo el currículo, y están diseñadas para permitir el aprendizaje de competencias para cada uno de los tres ciclos escolares. En el ámbito de la investigación, planteó como recomendación, priorizar la evaluación experimental o *cuasi* experimental del programa.

Roche Olivar (1998) realizó un programa y una investigación sobre la adquisición de conductas prosociales. Identifica dichas conductas como: "aquellas acciones que tienden a beneficiar a otras personas, sin que exista la previsión de una recompensa" o "aquellos comportamientos que, sin la búsqueda de recompensas externas, extrínsecas o materiales, favorecen a otras personas o grupos (según los criterios de éstos) o metas sociales objetivamente positivas y aumentan la probabilidad de generar una reciprocidad positiva de calidad y solidaria en las relaciones interpersonales o sociales consecuentes, salvaguardando la identidad, creatividad e iniciativa de los individuos o grupos implicados" (Roche, 1998:19).

Todos estos proyectos y programas representan estudios importantes sobre la problemática de las adicciones, su prevención, y cómo diseñar desde la educación respuestas que permitan poner un freno al acoso implacable de la drogadicción y otros males que aquejan a la sociedad actual.

Como ya se dijo, el objetivo del presente trabajo de investigación fue evaluar los resultados de la implementación de un programa de prevención y cuidados de la salud en los conocimientos de los niños escolarizados en poblaciones con NBI.

Para el logro de este propósito se tomó como base el programa "Creciendo, un proyecto de vida", perteneciente a la Fundación Vanguardia Educativa (Argentina). Éste es un programa de prevención y cuidados de la salud que tiene como fundamento contribuir a elevar la calidad de vida de niños y adolescentes. Entendiéndose *calidad de vida* como "la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del

contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno" (OMS, 1996). Se basa en tres ejes curriculares: Autoestima, Cuidados de la salud, Habilidades y destrezas para relacionarse en la vida. Dichos ejes se desarrollan en forma graduada a través de diferentes áreas de conocimiento y contenidos que se complejizan a lo largo de los trece años de implementación (desde Preescolar hasta el último año de la enseñanza media).

El primer eje, *Autoestima*, tiene un abordaje que parte de la Psicología gestáltica y sistemática. Desde la gestalt se sostiene que la autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que se van recogiendo a lo largo de la vida. "La autoestima consiste en saber que soy lo que verdaderamente soy (...) Tener la autoestima puesta en su lugar es saber que hay aspectos en los que tengo ciertas capacidades y otros en los que no las tengo" (Bucay, 1999:26). La autoestima es, etimológicamente, considerarse a sí mismo alguien valioso; porque estimar es evaluar, más allá de lo que se supone que uno debería o no ser; esto es, reconocer el valor que uno tiene. Desde una concepción sistemática, "en cualquier momento de la vida de un individuo, éste tiene la capacidad de iniciar el aprendizaje de una autoestima elevada. (...) Los primeros pasos son: conocer que existe la posibilidad de un cambio y comprometernos al cambio. Todos somos educables" (Satir, 1991:41-42).

El planteamiento de la autoestima tiene una relación directa con el de la identidad. En este sentido, Erikson (1976) describe el desarrollo psicológico evolutivo de la identidad, que tiene su momento crucial en la adolescencia, etapa en que se definen aspectos de gran importancia para la vida futura, esto es, de la propia irrepetible individualidad personal, conociéndose a sí mismo y siendo uno mismo. Este proceso está marcado por la superación de opuestos que representan los conflictos que fase a fase el sujeto va experimentando. Abarca las áreas de: autoconocimiento, superación de obstáculos, ser uno mismo.

El segundo eje, *Cuidados de la Salud*, parte de la definición de salud que sustenta la OMS (1948): "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia".

Dentro del contexto de la promoción de la salud, ésta ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. "La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas" (OMS, 1986). Las áreas que abarca este eje son: alimentación, enfermedades, drogas, sexualidad.

El tercer eje, *Habilidades y destrezas para relacionarse en la vida*, basa su marco teórico en la definición que la OMS plantea para habilidades para la vida, entendiéndolas como "capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana" (OMS, 1993). Las áreas que lo integran son: la capacidad de elección, deberes y derechos, medios de comunicación, capacidad creativa y discernimiento valorativo.

El programa "Creciendo, un proyecto de vida" se ha implementado durante cinco años (1994-99), en forma simultánea, en siete escuelas de Argentina, seis de Brasil y seis de Uruguay, logrando resultados significativos en relación con la concientización de la importancia de llevar una vida sana, desarrollando la autoestima y las habilidades y destrezas que permitan a las personas, desde su niñez y adolescencia, prevenirse ante los flagelos sociales y asumir con responsabilidad las propias decisiones.

El proyecto de investigación reunió dos características diferenciales de otros trabajos producidos:

1. Se realizó con niños que integran poblaciones con NBI.
2. Se fundamentó en un programa integral de prevención y cuidados de la salud.

De acuerdo con la naturaleza del estudio se prefirió hacer referencia a supuestos básicos en que se apoyó el proyecto. Los mismos han sido sintetizados del siguiente modo:

- El desarrollo de programas de prevención integrales, que contemplan la adquisición de conocimientos en relación con el desarrollo de la autoestima, el cuidado de la salud y la incorporación de habilidades sociales en niños escolarizados, provenientes de sectores con NBI, genera nuevas competencias que permiten a los niños responder

- a diferentes situaciones cotidianas, preservando su integridad física y psíquica.
- A medida que estos conocimientos y habilidades se integran a los conocimientos previos que los niños poseen de la realidad, se traducen en conductas de mayor adaptación al medio social.
 - La interacción de los niños entre sí, con el docente y con su medio social permitirá la construcción de conocimientos significativos y transferibles a las relaciones sociales.

2. Metodología

2.1. *Tipo de diseño empleado:* descriptivo cuanti-cualitativo, diacrónico en cohortes escolarizadas en el nivel EGB de comunidades con NBI.

2.2. *Lugar donde se realizó el trabajo:* establecimientos

educativos de tres zonas del conurbano bonaerense: Lanús/Quilmes, Moreno y Ezeiza¹.

2.3. *Selección de los sujetos:* en primer lugar, hubo necesidad de firmar un convenio con un organismo competente, en función de poder tener acceso a las instituciones destinatarias del proyecto. Se firmó un acuerdo con la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, dependiente en ese entonces del Ministerio de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

La población muestral se constituyó con 320 sujetos de los cuales 124 correspondieron a la zona Ezeiza, 91 a Moreno y 105 a la zona sur Lanús/Quilmes.

Las características de la muestra son:

- Nivel socio económico bajo.
- Alto porcentaje de padres desocupados.
- Situaciones de violencia familiar.

Variables	Dimensión	Indicadores	Categorías
Presencia del programa			Sí No
Conocimiento de sí mismo		Descripción física de sí mismo Descripción de estados emocionales Identificación de modelos positivos	Alta Media Baja
Conocimientos sobre cuidados de la salud	Alimentación saludable Prevención de enfermedades Sexualidad Sustancias nocivas	Clasificación de alimentos en saludables y no saludables Opción hipotética por alimento saludable Capacidad de identificar la importancia de la higiene Reconocimiento de focos de contagio Identificación de la importancia de la consulta al centro de salud Identidad sexual Salud sexual Salud reproductiva Identificación de las diferentes adicciones Identificación de riesgos en adicciones	Alta Media Baja
Habilidades para la vida		Valoración de la importancia de expresarse y escuchar a otros Expresión asertiva de sus necesidades y deseos Reflexión sobre sus acciones y las de sus compañeros Identificación de valores: solidaridad, respeto, tolerancia Resolución de situaciones problemáticas	Alta Media Baja
Edad			6-8 9-11 12-14
Sexo			Femenino Masculino
Conformación familiar			Ambos padres y hermanos Padre o madre y hermanos Abuelos/tíos y hermanos Madre o padre con nueva pareja

Variable	Cantidad de ítems en la evaluación	Puntuaciones posibles	Valores asignados a cada ítem:	
		Alto	Medio	Bajo
Conocimiento de sí mismo	2	4 valores	8-7	6-3
Conocimientos sobre cuidados de la salud	8	12 valores	12-11	10-3
Habilidades para la vida	2	4 valores	8-7-	6-3

- Familias muy numerosas (varios casos de cantidad de hermanos entre ocho y doce).
- Nivel nutricional muy bajo, en general hacen una sola comida al día.
- Se han detectado casos de alumnos de noveno grado que ya son padres.

2.4. *Recolección de datos*: en el primer año se trabajó en la elaboración del Diagnóstico Inicial, a través de entrevistas en profundidad con autoridades y docentes e implementación de una evaluación inicial estructurada. Durante el segundo año se implementó el programa de prevención de adicciones mediante dispositivos pedagógicos, observaciones de los alumnos en el aula, evaluación final estructurada y entrevistas de cierre en profundidad con autoridades y docentes.

El *test* inicial/final se compuso de doce ítems. En cada uno se presentaron como resultados alto, medio o bajo en relación con la variable en cuestión. En algunos casos se optó por incluir dos ítems por dimensión de variable (cuadro en la página anterior).

2.5. *Análisis de los datos*: para caracterizar el contexto se consideraron los siguientes aspectos:

- Características poblacionales: nivel socio-cultural, estructuras familiares predominantes, tipos de vivienda e infraestructura.
- Características del establecimiento: cantidad de niños por aula, tipo de edificio y posibilidades educativas que posibilita lo edilicio, vinculación con la tarea en directivos y docentes, presencia del equipo psicopedagógico
- Características generales de los alumnos del curso: homogeneidad o heterogeneidad en relación con el aprendizaje, presencia de alumnos repetidores, presencia de alumnos derivados a gabinetes psicopedagógicos

Para medir las variables se construyó un índice. A partir de los resultados obtenidos por los alumnos en

la Evaluación Inicial y Final se pudieron establecer parámetros de comparación (cuadro en esta página).

3. Resultados obtenidos: descripción de las dos etapas

3.1. Resultados de la primera etapa de implementación del proyecto

Aunque uno de los criterios de selección de la población ha sido el NBI, pueden percibirse diferencias, tanto en los establecimientos educativos como en el nivel de pobreza de sus poblaciones en aspectos materiales. Haciendo una comparación de las zonas con las cuales se trabajó, encontramos un mayor nivel de pobreza en las poblaciones de zona Ezeiza. Según nuestros registros, se observaron familias con un alto nivel de desocupación, condiciones de vivienda con mayor precariedad, situaciones familiares con casos de maltrato físico a los niños, con padres alcohólicos o niños con mayor exposición a riesgo social. Las poblaciones de la zona Quilmes, aunque también evidenció necesidades básicas insatisfechas, se la percibió con un menor nivel de pauperización. A pesar de que no hay homogeneidad, se observó que los padres de los niños poseían algún tipo de empleo, en algunos casos temporal y en situaciones precarias. La zona Moreno se ubica en una situación intermedia. Los establecimientos educativos también tienen diferencias en cuanto al equipamiento y condiciones edilicias y al personal docente que poseen. Las escuelas de la zona Moreno presentan un considerable grado de deterioro. Ambas se inundan frecuentemente, tienen períodos en los que no cuentan con agua potable y luz eléctrica y deben suspender el dictado de clases. El espacio áulico en donde se imparten sus clases es un galpón con techo de chapa y plástico con un baño sanitario de tipo precario. Las escuelas de la zona de Ezeiza también sufren inundaciones, pero sólo en situaciones climáticas muy adversas. Respecto al material didáctico, estas escuelas tienen sobre todo tizas y pizarrón y un mínimo presupuesto para ho-

jas, cartulinas y otros recursos que los docentes utilizan. Muchos de ellos son aportados por las docentes.

Las escuelas de la zona Quilmes tienen aulas grandes. Si bien no se inundan, se percibe que las poblaciones de donde provienen los niños sí. Esta situación lleva a que los días de lluvia la población escolar es poca. Teniendo en cuenta que en Buenos Aires hay habitualmente gran cantidad de días lluviosos, este hecho influye en la permanencia y en el aprendizaje que espera lograr el sistema educativo. El material didáctico es semejante a los otros establecimientos, con la diferencia de que en ambas escuelas tienen radio y toca casetes y en una de ellas cuentan con televisor y video.

La antigüedad de los directivos al frente de las escuelas en cuestión es distinta, pero en casi todas se han encontrado directivos que llevan varios años insertos en esa comunidad educativa. La situación con mayor inestabilidad al respecto ha sido en las escuelas de la zona de Moreno, en donde los directivos han cambiado casi todos los años, especialmente en una de las escuelas.

El nivel de aprendizaje de los alumnos observado permitió inferir serias dificultades para la lecto-escritura. Si bien no es homogéneo en todos los establecimientos en general, en EGB uno y dos los alumnos leen con dificultad, demoran mucho tiempo para hacerlo y la escritura también es difícil. Esta observación trajo como consecuencia el hecho de plantear las herramientas pedagógicas y dispositivos del programa de prevención con un tipo de diseño más bien centrado en el dibujo o con textos breves y sencillos.

La evaluación del grado de disposición de los alumnos a la tarea fue un dato significativo para continuar su desarrollo. Como ya se dijo, hemos diferenciado distintos indicadores para medir la disposición a la tarea:

- Nivel de interés manifiesto.
- Nivel de participación.
- Valoración de la información.

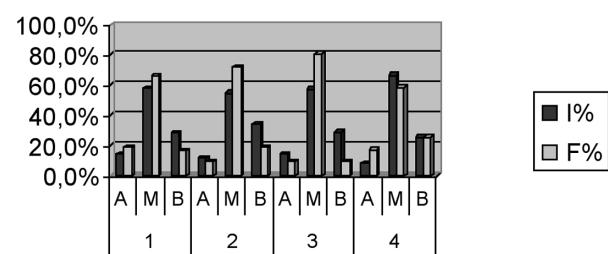
Los tres indicadores han dado resultados satisfactorios, siendo el dato de mayor puntuación la valorización de la información por parte de los alumnos en general. El grado de participación no fue homogéneo, como tampoco el interés manifiesto, aunque en ambos se observan cifras que lo ubican en general como muy bueno y bueno.

3.2. Resultados de la segunda y última etapa del proyecto

3.2.1. Análisis de los resultados de la evaluación inicial y final en las variables conocimiento de sí mismo, conocimientos sobre cuidados de la salud y habilidades para la vida según la variable Composición Familiar

Gráfico 1: Resultados alcanzados en la evaluación inicial y final por los niños y niñas en las variables conocimiento de sí mismo, cuidados de la salud y habilidades para la vida, según *grupo familiar*. (1. Familia tipo; 2. Ausencia madre/padre; 3. Ausencia figura parental; 4. Presencia de nueva pareja.)

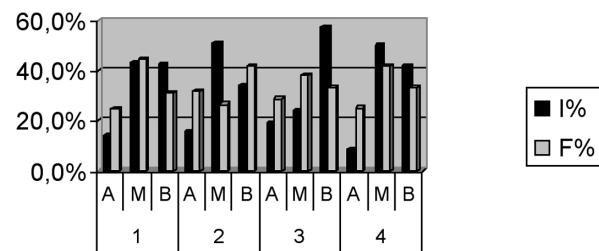
Distribución-Conocimiento de sí mismo



La población es heterogénea, la mayor proporción corresponde a quienes viven con ambos padres representando 73% del total. Luego le siguen aquellos que viven con un progenitor y hermanos (16%), con abuelos/tíos y hermanos (parientes cercanos) vive el 6% de los sujetos y por último quienes viven con un progenitor con nueva pareja son el 4%.

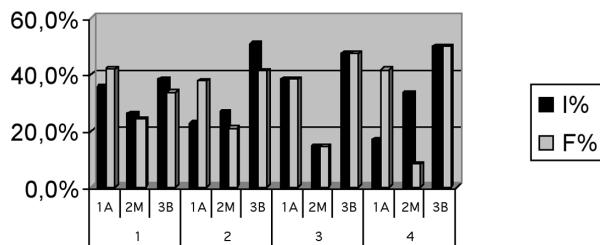
Tomando en cuenta la variable *conocimiento de sí mismo*, se observa que el proyecto tiende, en general, a mejorar las puntuaciones en los resultados finales en las evaluaciones de los niños/as pertenecientes a las cuatro categorías de conformación familiar, pero es en la población que convive con ambos padres en la cual se advierte mayor incidencia del proyecto. En este caso se observa que el proyecto ha logrado mejo-

Distribución-Cuidados de la Salud



rar las puntuaciones del 86% de la población muestral en relación con el conocimiento de sí mismo. En cambio, en relación con los sujetos que viven con un progenitor y nueva pareja, la evaluación final arrojó que el nivel alto aumentó un 9%, el medio disminuyó un 9% y el nivel bajo se mantuvo igual.

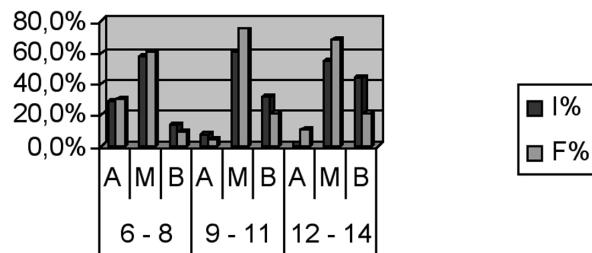
En referencia a la variable *conocimientos sobre cuidados de la salud*, haciendo la comparación entre ambas evaluaciones en los niños cuya conformación familiar corresponde al tipo tres (ausencia de figura parental), se muestra que el nivel alto se incrementó en 10%, el medio en 14% y el bajo disminuyó en 24%. Es decir, el proyecto incidió en forma positiva. Mientras que en la población de niños correspondiente a la categoría 2 (ausencia de madre/padre), si bien se observó un incremento en el nivel alto, se produjo una disminución considerable en el nivel medio e incremento en el bajo.

Distribución-Habilidades para la Vida

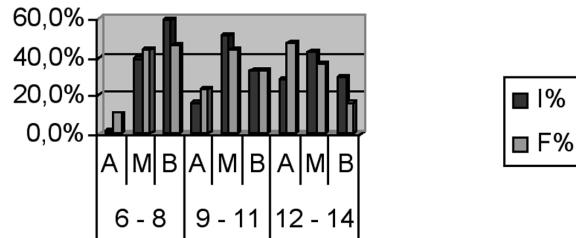
En la variable *habilidades para la vida*, es en la población con conformación familiar de tipo dos en la que se vislumbra un mejoramiento considerable a partir de la implementación del proyecto, ya que de estos datos obtenidos se deduce que el nivel alto se incrementó un 15%, y los niveles medio y bajo disminuyeron 5% y 10%, respectivamente. En cambio, teniendo en cuenta el tipo tres de conformación familiar, es decir, ausencia de figura parental, se dio la particularidad de no haberse producido modificaciones entre la evaluación inicial y la final, registrándose en ambas 38% en el nivel alto, 14% en el medio y 48% en el bajo.

3.2.2. Análisis de los resultados de la evaluación inicial y final en las variables conocimiento de sí mismo, conocimientos sobre cuidados de la salud y habilidades para la vida según la variable edad

Gráfico 2: Resultados alcanzados en la evaluación inicial y final por los niños y niñas en las variables conocimiento de sí mismo, cuidados de la salud y habilidades para la vida, según edad.

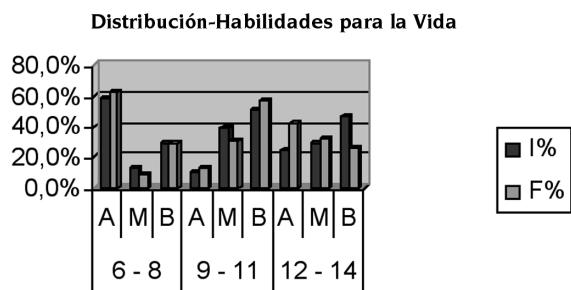
Distribución-Conocimiento de sí mismo

Teniendo en cuenta la variable *conocimiento de sí mismo*, es en la franja de 12 a 14 años donde se observa una clara mejoría en los resultados alcanzados en los niveles alto y medio, en los que se registra un incremento de 9% y de 14%, respectivamente; como así también en el nivel bajo, el cual disminuyó un 23%.

Distribución-Cuidados de la Salud

En la variable *conocimientos sobre los cuidados de la salud*, el análisis de los resultados según la edad indicó que en las franjas 6-8 y 12-14 años es en las que se evidenció mayor incidencia de la implementación del proyecto. En la primera, el incremento en el nivel alto fue de 9%, en el medio 5%, siendo notable la disminución en el nivel bajo, en 14%, mientras que en la segunda de la comparación entre el inicio y el cierre surgió una diferencia de 18% de incremento en el nivel alto, 6% de disminución en el nivel medio y 12% en el bajo.

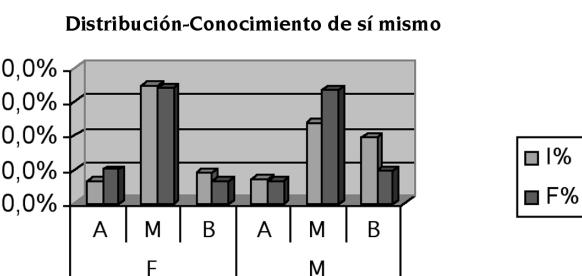
En *habilidades para la vida*, con respecto a los sujetos comprendidos entre los 9 y 11 años, es en los que se observó menor grado de incidencia positiva de la im-



plementación del proyecto. La comparación entre los datos de inicio y cierre arrojó una diferencia de 4% de incremento en el nivel alto, una merma de 10% en el medio y un aumento de 6% en el nivel bajo. Mientras que en la franja entre 12 y 14 años, el nivel alto se incrementó en 17%, el nivel medio en 3% y el nivel bajo decreció en 20%.

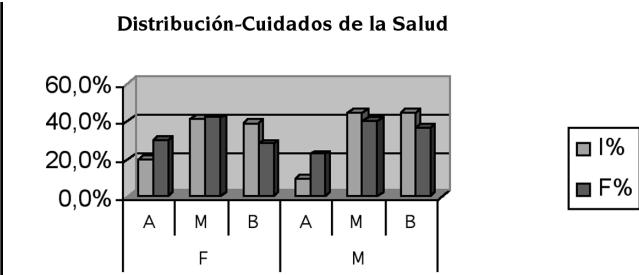
3.2.3. Análisis de los resultados de la evaluación inicial y final de las variables conocimiento de sí mismo, conocimientos sobre cuidados de la salud y habilidades para la vida según la variable sexo

Gráfico 3: Resultados alcanzados en la evaluación inicial y final por los niños y niñas en las variables conocimiento de sí mismo, cuidados de la salud y habilidades para la vida, según sexo.



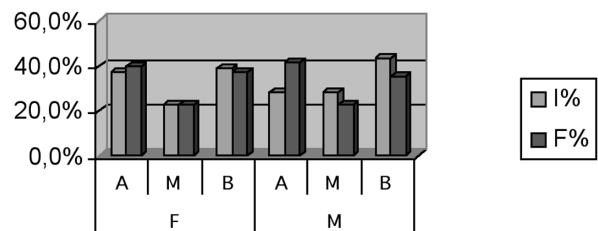
La variable *conocimiento sobre sí mismo* fue evaluada según la variable sexo, resultando que el nivel alto correspondiente al sexo femenino aumentó 8%, el medio disminuyó 2% y el nivel bajo 6%. En cuanto a los varones, 14% alcanzó el nivel alto en la evaluación inicial, 47% el nivel medio y 39% el bajo. En la de cierre, 13% logró el nivel alto, produciéndose una merma del 1%, el nivel medio fue logrado por el 67%, registrándose un aumento de 20% y en el nivel bajo 20% de los sujetos alcanzaron dichos resultados, verificándose una disminución de 19%.

Con respecto a la variable *conocimientos sobre cuidados*



de la salud, las diferencias que surgieron de las evaluaciones inicial y final del sexo femenino, indican que el nivel alto se incrementó en 10%, el medio en 1% y el bajo disminuyó en 11%. En tanto que en el sexo masculino, de la comparación surgió que el nivel alto aumentó 13%, el medio disminuyó 5% y el bajo 8%.

Distribución-Habilidades para la Vida

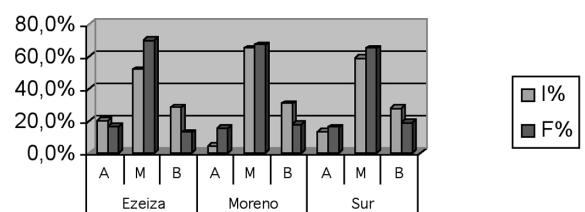


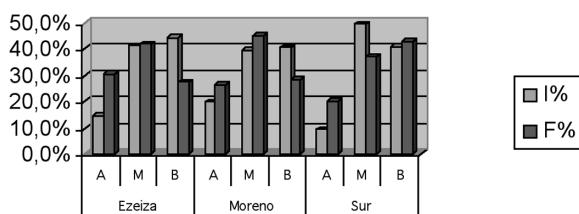
En la variable *habilidades para la vida*, los varones lograron mejores resultados, verificándose un incremento de 13% en el nivel alto; una disminución de 5% en el medio, y una disminución de 8% en el nivel bajo.

3.2.4. Análisis de los resultados de la evaluación inicial y final en las variables conocimiento de sí mismo, conocimientos sobre cuidados de la salud y habilidades para la vida según la zona

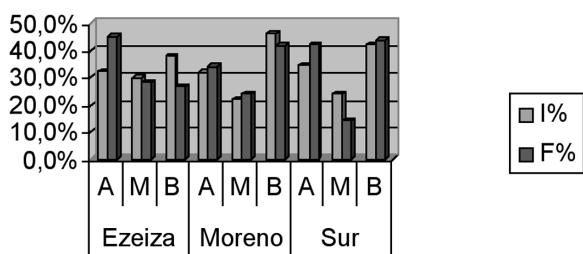
Gráfico 4: Resultados alcanzados en la evaluación inicial y final por los niños y niñas en las variables conocimiento de sí mismo, cuidados de la salud y habilidades para la vida, según zona.

Distribución-Conocimiento de sí mismo



Distribución-Cuidados de la Salud

La cantidad de alumnos en cada zona es heterogénea. La población con mayor cantidad de sujetos es la zona Ezeiza, que representa un 39% en relación con el total de la población. En segundo término se ubica la zona sur Lanús/Quilmes (33%) y por último la zona Moreno con 28%.

Distribución-Habilidades para la Vida**3.2.5. Análisis de la zona Ezeiza**

Respecto a la variable *conocimiento de sí mismo*, comparando las evaluaciones inicial y final puede observarse la disminución de los sujetos ubicados en la categoría alto en 3%, un aumento de 18% en la categoría medio y 15% de disminución en los registros de categoría bajo.

Acerca de la variable *conocimientos sobre cuidados de la salud*, se verificó un incremento de 17% en el nivel alto, un incremento de 1% en el nivel medio y el nivel bajo disminuyó 18%.

En relación con la variable *habilidades para la vida*, el nivel alto evidenció un incremento de 13%, el nivel medio una disminución de 2% y el nivel bajo decreció 11%.

3.2.6. Análisis de la zona Moreno

Teniendo en cuenta la variable *conocimiento sobre sí mismo*, la zona Moreno presenta los siguientes guarismos: categoría alta incrementó 11%; categoría media 2% de aumento; categoría baja decreció 13%.

Con respecto a la variable *conocimientos sobre cuidados de la salud*, las modificaciones experimentadas en la evaluación final fueron en la categoría alta 26% (+6%); en la media 45% (+5%) y en la baja 29% (-11).

En la variable *habilidades para la vida*, de la comparación entre ambas evaluaciones surge que la categoría alta aumentó 2%, la media también 2%, en tanto que la categoría baja decreció 4%.

3.2.7. Análisis de la zona sur Lanús/Quilmes

En la variable *conocimiento de sí mismo*, de la comparación entre inicio y cierre surge que en la categoría alta la diferencia significó un incremento de 3%, en la media de 6% y en la baja una disminución de 9%. Mientras que en *conocimientos sobre cuidados de la salud*, la categoría alta se incrementó en 11%, la media disminuyó 13% y la baja aumentó 2%.

Por último, atendiendo a la variable *habilidades para la vida*, la diferencia entre las evaluaciones de inicio y cierre resultó ser un incremento de 8% en el nivel alto, una disminución de 10% en el medio y un aumento de 2% en el bajo.

4. Conclusiones generales de los resultados de la evaluación

Analizando los *Resultados alcanzados en la evaluación inicial y final por los niños y niñas en las variables conocimiento de sí mismo, cuidados de la salud y habilidades para la vida, según edad* se obtiene que:

- En los tres intervalos de edad considerados la implementación del programa generó resultados favorables, notándose un mayor porcentaje de variación en los resultados Altos que alcanzaron en la evaluación final los niños comprendidos en el intervalo de edad de 12 a 14 años, que los correspondientes a los otros dos intervalos. Dicha diferencia probablemente se deba a que en esa edad están más atentos y próximos a experiencias relacionadas con el consumo de drogas u otros flagelos sociales.

Analizando los *Resultados alcanzados en la evaluación inicial y final por los niños y niñas en las variables conocimiento de sí mismo, cuidados de la salud y habilidades para la vida, según sexo* se obtiene que:

- En la variable *conocimiento de sí mismo* se observa que la implementación del programa produce resultados más calificados en las mujeres que en los va-

- rones (aumenta 7% la cantidad de niñas que alcanzan resultados altos en la evaluación final respecto de la inicial, encontrándose dicho incremento en la categoría media en la evaluación de los conocimientos de los niños).
- En cambio, analizando las variables *cuidados de la salud y habilidades para la vida*, se observa que la implementación del programa produce resultados más calificados en los varones que en las mujeres.

Analizando los *Resultados alcanzados en la evaluación inicial y final por los niños y niñas en las variables conocimiento de sí mismo, cuidados de la salud y habilidades para la vida, según conformación familiar* se obtiene que:

- Considerando las conformaciones: *familia tipo (tipo 1) y presencia de padre o madre (tipo 2)*, se observa que en la medición de las tres variables la implementación del programa de prevención genera en los niños resultados favorables.
- Si evaluamos la incidencia que tiene la conformación familiar tipo 3 *ausencia de figura parental* en los resultados que genera la implementación del programa vemos que en la medición de la variable *habilidades para la vida* no hay respuesta al programa.
- Por último, analizando la *presencia de una nueva pareja* en la conformación familiar de algunos niños (tipo 4), se observan variaciones en las categorías Alta y Media de los resultados alcanzados en la evaluación final respecto a la inicial, manteniéndose estables los resultados en la categoría Baja.

5. Conclusiones

- La implementación escolar de un programa de prevención genera resultados favorables en los conocimientos que los niños tienen de sí mismos, del cuidado de la salud y de las habilidades para la vida, los que contribuirán a que sus conductas sean abordadas con previsión de resultados. Sin embargo, es de destacar que la *ausencia de una figura parental* no genera resultados en la medición de la variable *habilidades para la vida*, lo que sería interesante analizar en otra investigación.
- Los alumnos valoraron la información que les suministraba el programa de prevención y cuidados de la salud al demostrar un alto interés por el programa y al mantener un elevado nivel de participación en clase, tanto en la primera etapa “diagnóstica” como en la segunda etapa “de implementación” (esto último fue analizado a partir de las fi-

chas de observación que se utilizaron a lo largo del proyecto).

- Las escuelas involucradas en el proyecto se vieron beneficiadas con la incorporación de material didáctico innovador para ellas, el cual fue aplicado por los docentes en otros cursos a partir de la experiencia suscitada (surgió de las entrevistas finales).
- Sin embargo, es de resaltar que a lo largo del programa se produjeron diferentes obstáculos:
 - a) La dificultad en conformar la muestra al encontrar resistencia en algunas escuelas para la implementación del proyecto.
 - b) La falta de continuidad del proyecto debido a los paros docentes, inundaciones y ausentismo del alumnado.
- El vínculo construido con la comunidad escolar ha generado un lazo que se sostiene a pesar de la conclusión del proyecto.

Nota

¹ El trabajo de campo se desarrolló con la valiosa colaboración de Daniel Coso, Gabriel van Oostveldt, Horacio Brozzi, Cristina Alasino (Universidad Abierta Interamericana).

Referencias

- BUCAY, J. (1999). *De la autoestima al egoísmo*. Buenos Aires: Editorial Nueve Extremo.
- UNESCO. Conferencia Mundial Educación para Todos, 5 al 9 de marzo de 1990, Jomtiem, Tailandia. p. 49.
- GINGISS, P.L. (1997). “Building a Future without HIV/AIDS: What do educators have to do with it?”. American Association of Colleges for Teacher Education, Washington, D.C.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina). Encuesta Permanente de Hogares. Año 1999. Fuente: SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente), con base en EPH (Encuesta Permanente de Hogares).
- FERNÁNDEZ, S.; NEBOT, M.; JANÉ M. (2002). “Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis?”. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 175-187.

- MADRIGAL SEGURA, E., SAYAGO DE WILDER, L. (1999). "Habilidades para la vida". *Manual de capacitación para docentes. Habilidades para la vida: prevención del consumo de Tabaco, Alcohol y otras Drogas.* Caracas: Exlibris.
- MILÁN, T.; CALDERONI, A.; RESSIA, I.; RUIZ, M. (1999). "Experiencia de prevención de la drogadicción en el ámbito escolar". *Revista Psiquiatría.com.* Fuente: Adicciones. 2001, 13, 4. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/drogas/general/8892>.
- Ministerio de Educación de Perú. (1998). Disponible en: <http://pnufid.org.pe/boletines/Boletin4/Proyectos-prevención.htm>.
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra.
- (1948). Constitución de la OMS.
- (1993). Educación en Habilidades de Vida en las Escuelas. Ginebra.
- (1996). "Evaluación de la Calidad de Vida", Grupo WHOQOL, 1994. "¿Por qué Calidad de Vida?", Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud. Ginebra.
- ROCHE OLIVAR, R. (1998). *Psicología y Educación para la Prosocialidad.* Buenos Aires: Editorial Ciudad Nueva.
- SAGER C., STRAHAN, D. (1992). Descubre, habilidades para la vida, *Discover, skills for life.* San Diego: Educational Assessment Publishing Company, Inc.
- SATIR, V. (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar.* México: Pax.
- WISCONSIN STATE DEPT. OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES. (1997). *Wisconsin's Framework for Comprehensive School Health Programs: An Integrated Approach.* Bulletin no. 97299.
- (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina). *Censo Nacional de Población y Vivienda. Año 1991.* Ministerio de Economía y Producción.
- (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina). *Encuesta Permanente de Hogares. Año 1999.* Fuente: SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente), con base en EPH (Encuesta Permanente de Hogares).
- FROMM, E. (1969). *Ética y psicoanálisis.* México: Fondo de Cultura Económica.
- ERIKSON, E. (1976). *Infancia y sociedad.* Buenos Aires: Horme.
- GARFINKEL, P.E. y GARNER, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective.* New York: Brunner Mazel.
- GOLDSTEIN, B. y CASTAÑEIRA, M. (1999). *VIH/SIDA, Salud, Educación y Prevención.* Buenos Aires: Novedades Educativas.
- GREEN, W. y SIMONS MORTON, B.G. (1988). *Educación para la salud.* México: Interamericana.
- GUARDINI, R. (1964). *La aceptación de sí mismo,* 2da. edición, Madrid: Guadarrama.
- McKAY y FANNING. (1991). *Autoestima: Evaluación y mejora.* Barcelona: Martínez Roca.
- MIROLI, A. (1992). *Droga y drogadictos.* Buenos Aires: Lidiun.
- MUSMANNO, E. (1998). *La escuela como tribuna alimentaria.* Buenos Aires: Lara producciones editoriales.
- OMS. (1993). *Educación en Habilidades de Vida en las Escuelas.* Ginebra.
- (1998). Promoción de la Salud. Glosario, Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes.*
- ROBERT, J. (1991). *Mi sexualidad.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- WESTEN. (1996). En: *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes.* OPS, 2000.
- WINNICOT. (1979). *Realidad y Juego.* Barcelona: Gedisa.

Bibliografía

INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina). *Censo Nacional de Población y Vivienda. Año 1991.* Ministerio de Economía y Producción.

La actitud de los profesores de educación primaria ante los primeros auxilios

MARÍA GUADALUPE ALDRETE RODRÍGUEZ,¹ MÓNICA MIRELES LANDÁZURI,²
PATRICIA MENDOZA ROAF,³ CAROLINA ARANDA BELTRÁN³



Resumen

Este estudio tuvo por objeto identificar las actitudes hacia los primeros auxilios de los profesores de educación primaria de una zona escolar del estado de Jalisco. Fueron entrevistados 57 maestros, y se diseñaron reactivos para conocer sus actitudes respecto a los componentes cognoscitivo, afectivo y conativo utilizando la escala de Likert. El 56.1 por ciento de los docentes nunca había asistido a cursos de primeros auxilios, las actitudes en el componente cognoscitivo tuvieron un grado de favorabilidad media de 64.3 por ciento, y en los componentes de afectividad y conativo una favorabilidad alta. Se relacionó el componente conativo con las acciones emprendidas, encontrando un grado de congruencia de 44.4 por ciento. Los resultados obtenidos muestran que los maestros presentan actitudes favorables hacia los primeros auxilios; existe congruencia entre lo que los profesores manifiestan estar dispuestos a hacer y lo que efectivamente realizan, pero los conocimientos que poseen son bajos, por lo que resulta importante aprovechar su actitud y capacitarlos en esta área.

Descriptores: Actitudes, primeros auxilios, prevención de accidentes, niños, preescolares.

Gradeschool teachers' attitude toward first aid

Abstract

The aim of this work was to identify the attitudes of gradeschool teachers toward first aid in a school district of the state of Jalisco. Fifty-seven teachers were interviewed, questionnaires were designed to find out about their attitudes in its cognitive, affective, and conative components, using Likert's scale. A total of 56.1 per cent of the teachers had never attended first aid courses; the attitudes in the cognitive component had a 64.3% average grade of positive responses, and in the affective and conative components there was a high number of positive responses. The conative component and actions undertaken were related and a degree of congruence of 44.4 per cent was found.

The teachers state positive attitudes toward first aid; there is congruence between what teachers say they are willing to do and what they actually do, but they possess little knowledge about first aid, and therefore it is important to take advantage of their attitude and give them training in this area.

Key words: Attitudes, first aid, accident prevention, children, preschool children.

¹ Benemérita y Centenaria Escuela Normal de Jalisco y Universidad de Guadalajara, Instituto Regional de Investigación en Salud Pública.

² B. y C. Escuela Normal de Jalisco.

³ Universidad de Guadalajara, Instituto Regional de Investigación en Salud Pública.

Introducción

En México los accidentes constituyen un problema de salud pública, ya que han ocupado los primeros lugares como causa de muerte desde la década de los años ochenta. Segundo datos recabados en 1998, éstos continúan como primera causa de mortalidad en el grupo de preescolares y escolares con una tasa de 9.7 y 9.3 por 100,000 habitantes, respectivamente.¹ En el estado de Jalisco, en el año 2000 este problema ocupó el primer lugar como causa de muerte en los escolares, ocurriendo 174 defunciones, lo que representó una tasa de 11.8 por 100,000 habitantes. En cuanto a la morbilidad en el mismo periodo, se presentaron 23,980 casos con una tasa de 1628.9 por 100,000 habitantes.²

La mayor proporción de accidentes en los niños sucede en el hogar, hecho que puede ser explicado por la necesidad que tienen los infantes de explorar su entorno y a la falta de supervisión y vigilancia de los adultos (Trujillo, 1999:1-2).³

Otro espacio en el que los niños suelen tener accidentes es la escuela; algunas investigaciones arrojan cifras que indican una ocurrencia de 8 por ciento de los accidentes en general, englobando aquí los que suceden en las aulas, talleres, laboratorios, instalaciones deportivas y recreativas (Martínez, 1989:104-113).⁴

Al momento de presentarse un accidente, la atención que se brinde tanto en el lugar de ocurrencia como en el traslado a los servicios de urgencia debe ser oportuna y eficiente (Luna, 1989:184-190),⁵ ya que ésta permite disminuir los daños a la salud, las complicaciones por invalidez, los costos de operación e incluso la muerte (Lozano, 1989:174-183).⁶

Si tomamos en cuenta que en el ciclo escolar 96/97 el total de alumnos inscritos en el nivel primaria en el estado de Jalisco fue de 969,278 en 5,884 escuelas (Estadísticas Educativas del Estado de Jalisco, 1997:61-63),⁷ y que los alumnos permanecen en promedio cinco horas diarias durante 200 días de un ciclo escolar, estos números nos hablan de la importancia de este sitio como lugar de ocurrencia de accidentes y de la ganancia en conocimientos y preventión que se podría lograr si se implementaran acciones tendientes a que la comunidad escolar estuviese consciente de los riesgos que puede enfrentar, por un lado, y por otro estar preparada para actuar en caso de una emergencia.

Los primeros auxilios se definen como la atención que se brinda en los primeros momentos después de

que ocurre un accidente, con el fin de evitar que se deteriore un lesionado en su esfera biopsicosocial, utilizando las estrategias más adecuadas para estabilizarlo hasta recibir ayuda calificada. En los espacios educativos estas acciones recaen en los docentes, por lo que este campo de conocimiento reclama una mayor atención para que sea fomentado dentro del ámbito escolar en el proceso enseñanza-aprendizaje. Bajo esta perspectiva, el tema que nos ocupa se ha integrado de manera formal en el Plan y Programas de Educación Básica vigente como espacio curricular formal, dentro de la asignatura de Ciencias Naturales (SEP, Plan y programas de estudio 1993:9-11 y 73-87).⁸

Es así que al maestro le corresponde desarrollar y llevar a cabo este programa; si éste manifiesta una actitud favorable hacia los primeros auxilios y su conducta refleja esta disponibilidad para emprender acciones en favor de la prevención, entonces se podrá lograr la cultura de protección y auxilio que toda persona desde temprana edad debería tener como parte de su acervo cultural y de esta forma mitigar el dolor o sus efectos, así como promover medidas preventivas para que se reduzcan los accidentes, especialmente en los niños.

Esto es posible si se cuenta con los conocimientos, las oportunidades y la voluntad de hacerlo, lo que como consecuencia llevará a adoptar un estilo de vida sano. Por ello, nuestro objetivo es describir las actitudes que manifiestan los profesores de educación primaria hacia los primeros auxilios, así como determinar el grado de congruencia que existe entre el querer y el hacer.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en un grupo de docentes que laboraba en escuelas primarias oficiales y privadas de la Zona Escolar 85, del Sector Educativo Núm. 16.

Por medio de un muestreo aleatorio simple se seleccionó al 50 por ciento de los maestros que trabajaban frente a grupo tanto en el turno matutino como en el vespertino.

Se construyeron los instrumentos de captación de datos y se realizó una prueba piloto con maestros del municipio de Colotlán, pero que laboraban en el subsistema federal.

La captación de los datos se efectuó utilizando dos instrumentos, uno fue una encuesta de opinión para conocer las actitudes de los maestros en cuanto a los primeros auxilios, considerando tres componentes:

cognoscitivo, afectivo y conativo. Dicha encuesta se basó en la escala de Likert o escala de puntos sumativos, en la cual se utilizaron cinco opciones de respuesta, se les pidió a los maestros que indicaran el grado en que concordaban o discordaban con la opinión expresada en los reactivos, seleccionando una sola alternativa. Las opciones de respuesta fueron las siguientes: "total desacuerdo", "desacuerdo", "ni de acuerdo-ni en desacuerdo", "de acuerdo" y "total acuerdo" (Polit, 1991:249).⁹

A cada respuesta se le asignó un número del uno al cinco; cuando la respuesta presentaba la actitud favorable, la puntuación asignada fue de cinco puntos para "total acuerdo" y un punto para "total desacuerdo".

Las categorías analizadas en estos reactivos fueron: la escuela como institución que promueve aprendizajes relacionados con la prevención de accidentes y primeros auxilios, los accidentes en los niños, la prevención de accidentes, formas de transmitir conocimientos sobre primeros auxilios, acciones ante determinadas eventualidades que se pueden presentar en los niños.

Las respuestas de los ítems que conformaron cada categoría se sumaron identificando el componente de las actitudes (cognoscitivo, afectivo y connotativo). Se desarrolló una escala para determinar el grado de favorabilidad de las actitudes hacia los primeros auxilios de acuerdo con la suma de las respuestas obtenidas en la encuesta de opinión con relación al puntaje esperado, quedando de la siguiente manera:

Porcentaje grado de favorabilidad

1-33	Poca
34-66	Media
67-100	Alta

El otro instrumento fue un formulario que se utilizó en una entrevista estructurada con el fin de identificar causas y consecuencias de los accidentes más frecuentes en el ámbito escolar, acciones que realizó el profesor frente a un evento, recursos con los que cuenta para actuar ante un accidente, capacitación recibida en esta área, así como los datos sociodemográficos del profesor.

Para determinar el grado de congruencia entre lo que el maestro está dispuesto hacer y lo que realmente hace, se realizó una escala igual que la anterior utilizando los enunciados declarativos de bloque del componente conativo de la encuesta de opinión y las acciones que realiza el profesor y que fueron ex-

presadas en la entrevista. Se estableció que la predisposición a la acción y la conducta son congruentes cuando más del 50 por ciento de las evidencias coincidían con la respuesta obtenida en la encuesta de opinión. Si existía congruencia se le asignaba un valor de uno y si no existía congruencia se le asignaba el valor de cero. La captura y análisis de la información se realizó utilizando el programa Epi info 6.

Resultados

La muestra quedó constituida por 57 profesores, cuyas edades oscilaron entre 23 y 60 años, con un promedio de 35.2 años, siendo 50.8 por ciento del sexo femenino y el resto masculino, el tiempo de servicio mínimo como docentes fue de un año y el máximo de 35, con un promedio de 17.2 años.

En cuanto a la escolaridad de los profesores, se encontró que 42.1 por ciento de los encuestados había cursado Normal Elemental, y sólo 14 por ciento la licenciatura (ver cuadro 1).

El 19.2 por ciento de los maestros atendía el sexto grado y el resto se distribuyó equitativamente en los cinco grados restantes. La cantidad de alumnos en cada grupo fluctuó de 14 a 55, con un promedio de 31 estudiantes.

Otro dato analizado fue la asistencia a cursos de capacitación; se encontró que 56.1 por ciento de los docentes nunca había asistido a cursos de primeros auxilios, 28 por ciento sí los había tomado dentro de la Secretaría de Educación, a través del programa Seguridad y Emergencia Escolar, el resto había recibido esta capacitación mediante instituciones de salud o de emergencia como Cruz Roja.

Respecto a los resultados obtenidos que se vinculan específicamente con el tema que nos ocupa, los datos se organizaron en tres momentos, uno relacionado con los componentes de las actitudes, otro con la actitud en general y que nos da el grado de favorabilidad, y el tercer apartado fue el análisis del grado de congruencia entre el componente conativo de la actitud y la conducta del profesor. Podemos decir que de la muestra que conformaron estos docentes ninguno manifestó actitudes poco favorables ante los primeros auxilios.

En el análisis particular de los elementos que conforman las actitudes podemos expresar lo siguiente: encontramos que de los trece reactivos que en la encuesta de opinión conformaban el componente cognoscitivo y en el que las respuestas fluctuaban de "totalmente de acuerdo" hasta "total desacuerdo", se es-

peraba un total de 1,300 puntos, de los cuales se alcanzaron sólo 836, que equivale a 64.3 por ciento, lo que los ubica en un grado de favorabilidad medio en la escala utilizada.

En cuanto al componente afectivo de la actitud, se trabajó con nueve reactivos de los que en suma se esperaba 900 puntos y sólo se obtuvieron 645, que por el procedimiento de razones y proporciones equivale a un porcentaje de 80.7, con lo cual se ubica en un grado de favorabilidad alto.

Al analizar el resultado del componente conativo se esperaba un total de 900 puntos y se obtuvieron 547, logrando un porcentaje de 68.4, el cual al ubicarlo en la escala refleja un grado de favorabilidad alto.

Una vez obtenidos estos puntajes, se buscó hacer la suma de los tres componentes que conforman las actitudes. De esta forma se registraron 2,030 puntos de 2,900 puntos esperados, lo que equivale a 71.3 por ciento y al ubicarlos en la escala tenemos un grado de favorabilidad alto (ver cuadro 2).

Para cumplir con otro objetivo planteado en la investigación, que fue darnos cuenta de la congruencia que existe entre la disposición a la acción y la acción misma, se tomó en cuenta el componente conativo de la actitud y las acciones emprendidas por los profesores en favor de los primeros auxilios. Se hablaría de que hay congruencia cuando más del 50 por ciento de las evidencias en las respuestas coincidieran con las acciones realizadas y encontramos esta coincidencia en 44 por ciento de los profesores, que al compararlo con la escala resulta un grado de congruencia medio.

Otro análisis realizado con más detalle determinó los conocimientos que posee el docente en relación con algunas acciones concretas ante ciertos eventos, tomados éstos de la encuesta de opinión y de la entrevista, para lo cual se seleccionaron seis reactivos: qué hacer ante una herida, atención ante una convulsión, atención ante un atragantamiento, atención de una fractura, atención de una herida con objeto incrustado y material necesario en un botiquín escolar. La suma de respuestas correctas sería de 600 puntos, pero los docentes sólo sumaron 232, que presentado en porcentaje sería de 38.7 por ciento, lo que nos habla de conocimientos inadecuados para brindar un primer auxilio en caso de presentarse algún accidente de los mencionados.

En cuanto a la frecuencia de presentación de eventos que requirieron brindar una atención de urgencia, en el cien por ciento de los planteles donde laboran los docentes participantes en la investigación los ni-

ños habían sufrido accidentes: 40.3 por ciento de los profesores manifestó que se habían presentado más de seis en el ciclo escolar 96/97, teniendo como causas las prácticas inseguras del alumno; como consecuencia de éstas, 45.3 por ciento de los casos fueron heridas las presentadas con mayor frecuencia, siendo el docente quien atendió estas urgencias, y sólo el 22.8 por ciento de los maestros manifestó que a los niños accidentados se les trasladó a una unidad de urgencias como la Cruz Roja (ver cuadro 3).

Por otra parte, acerca de los recursos con los que cuenta la escuela para atender a un niño accidentado, el 20 por ciento de los maestros manifestó que en sus escuelas no cuentan con un botiquín escolar; y en las que sí lo tienen, en el 50 por ciento de los casos contiene material inadecuado, es decir, medicamentos, material de sutura o sustancias no adecuadas para ser utilizadas en los niños.

Discusión

Al encontrar un alto grado de favorabilidad en los profesores ante los primeros auxilios, consideramos que los docentes de educación primaria de esta zona del Estado poseen actitudes adecuadas hacia los accidentes en los niños, pero no poseen los conocimientos que se requieren para brindar atención ante tales eventualidades.

Por otro lado, es evidente que los profesores tienden a ser parcialmente congruentes entre lo que expresan estar dispuestos a hacer y lo que realmente realizan, esto puede estar permeado por los conocimientos que poseen en esta área.

El análisis sobre la capacitación profesional que han recibido los docentes arrojó que una proporción importante nunca ha participado en cursos específicos de primeros auxilios y los que sí los tomaron fue a través del programa de Seguridad y Emergencia Escolar, que incluye la conformación de una brigada con responsabilidad en brindar los primeros auxilios ante una emergencia; la información que se obtuvo refleja que sólo un 5.2 por ciento de los docentes pertenece a este último grupo.

Podemos inferir que existe una falta de preparación teórico práctica para brindar una atención adecuada a los niños cuando sufren algún accidente y si consideramos que en el 100 por ciento de las escuelas donde prestan sus servicios los docentes participantes en este estudio han ocurrido accidentes y es el maestro el que resuelve en primera instancia las consecuencias del mismo o el que toma la decisión

de a dónde acudir o a quién recurrir ante un problema de esta naturaleza, nos queda claro que éste debería tener una concepción amplia de lo que significan los accidentes como problema de salud pública, de cómo prevenirlos, cómo brindar un primer auxilio cuando éstos ocurren y para tomar una adecuada decisión cuando el caso lo amerite. De aquí la necesidad de brindar una preparación y capacitación continua para que los docentes actúen con mejores herramientas teórico prácticas y al mismo tiempo puedan implementar medidas de protección a la comunidad escolar, además de aconsejar, informar y asesorar a los padres de familia y a los alumnos acerca de los problemas que representan los accidentes y las precauciones a seguir, de tal manera que el niño no sólo adquiera conocimientos en esta área, sino que junto con ellos asimile los elementos fundamentales, interiorice valores y comportamientos que le permitan actuar adecuadamente durante toda su vida y aprenda que cuidar su salud es una prioridad.

La escuela como elemento socializador es el espacio idóneo para el fomento de estrategias de prevención (Gavidia, 2001),¹⁰ siendo necesarias la coordinación, asumir el compromiso y la participación de todos sus integrantes con el fin de modificar, mediante el desarrollo de actividades de educación para la salud, hábitos y estilos de vida perjudiciales, y capacitar al individuo para aumentar los factores positivos que influyen en su salud (Fernández, Molina, Ramírez *et al.*, 1997), (OMS, 1987:129).^{11, 12}

Por otra parte, es indispensable tener los recursos necesarios y adecuados en las escuelas para que el docente pueda tomar las decisiones más acertadas y actuar con mayor responsabilidad y seguridad en beneficio de la comunidad escolar. Lo anterior requiere un gran esfuerzo para que la cultura de la prevención y el autocuidado en relación con los accidentes arranque desde los primeros años de la vida escolar y se mantenga viva en la comunidad escolar una

mentalidad preventiva frente a los accidentes en virtud de que éstos han alcanzado el primer lugar como causa de morbilidad y mortalidad en los preescolares y escolares.

Referencias bibliográficas

- ¹ Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones. (1998). (CIE 10). DGE/DPDI.
- ² INEGI. (2000). Sistema Epidemiológico Estatal de las Defunciones.
- ³ TRUJILLO ANDRADE, M. (1999). "Lesiones por causa externa, factores de riesgo". *Epidemiología*, 16.
- ⁴ MARTÍNEZ HEREDERO, R. (1989). *Prevención y control de accidentes en el escolar Memorias de los cursos regionales de atención primaria en Accidentes*. Secretaría de Salud, OMS.
- ⁵ LUNA, B. (1989). *Perfil del técnico en atención prehospitalaria, Memorias de los cursos regionales de atención primaria en accidentes*. Secretaría de Salud, OMS.
- ⁶ LOZANO ZÁRATE. (1989). *Sistema de atención médica de urgencias. Memorias de los cursos regionales de atención primaria en accidentes*. Secretaría de Salud, OMS.
- ⁷ Estadísticas Educativas del Estado de Jalisco. (1997). Dirección de Planeación Educativa, Departamento de Estadísticas.
- ⁸ SEP. Plan y programas de estudio 1993. Educación Básica Primaria, México D.F.
- ⁹ POLIT, F.D. (1991). *Investigación científica en ciencias de la salud. Escala e índices psicológicos*. México D.F.: Interamericana, McGraw-Hill.
- ¹⁰ GAVIDIA, C.V. (2001). "La transversalidad y la escuela promotora de salud". Madrid. *Revista Especializada Salud Pública*, 75, 6.
- ¹¹ FERNÁNDEZ, G.C., MOLINA, Q.R., RAMÍREZ, S.C. *et al.* "Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar AULASIDA, 1996-1997". Madrid. *Revista Especializada Salud Pública*, 74, 2, 2000.
- ¹² OMS. (1987). "Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud". *Rev San Hig Publ*, 61.

Cuadro 1. Datos generales de los profesores participantes

Característica	Indicador	Resultado
Edad	Mínima	23
	Máxima	60
	Promedio	35.2
Sexo	Masculino	50.8%
	Femenino	49.2
Grado académico	Normal Básica	42.2
	Licenciatura	14.0
	Normal Superior	29.8
	Sin datos	14.0

Cuadro 2. Grado de favorabilidad obtenido de los tres componentes de la actitud de los profesores

Componente de la actitud	Puntaje esperado	Puntaje obtenido	Porcentaje obtenido	Grado de favorabilidad
Cognoscitivo	1300	836.9	64.3	Media
Afectivo	800	645	80.7	Alta
Connotativo	800	547	68.4	Alta
Totales	2900	2030.1	213.4	Alta

Cuadro 3. Lesión que por un accidente presentaron los alumnos de los maestros participantes en la investigación

Tipo de lesión	Frecuencia	Porcentaje
Heridas	51	45.1
Hemorragias	20	17.7
Fracturas o luxaciones	26	23.0
Picaduras de animales	3	2.6
Convulsiones	9	8.0
Otras	4	3.4
Total	113	100.0

Interculturalidad para la educación y comunicación social en alimentación y nutrición con el pueblo Wixarika (Huichol)^{1, 2}

RENÉ CROCKER SAGASTUME,³ EDUARDO MARTÍNEZ MARTÍNEZ,⁴
JOSÉ LUIS VÁZQUEZ CASTELLANOS⁵



Resumen

En esta investigación se analiza el proceso educativo y de comunicación social intercultural relacionado con la problemática alimentario-nutricia de la etnia Wixarika, que se realiza en la comunidad de Santa Catarina Cuexcomatitlán, Mezquitic, Jalisco. Se aplica la metodología de investigación-acción participativa y la educación popular sustentadas en la Epistemología Crítico-interpretativa y en la Pedagogía Concientizadora.

En el proceso se forman y capacitan recursos primarios en salud para que realicen el diagnóstico del estado alimentario-nutritivo de las localidades, además de analizar y resolver los problemas detectados. Posteriormente se aplican acciones de educación para la transformación de la problemática en las localidades con participación de sanadores, alumnos de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Guadalajara e investigadores.

En el estudio se muestra el potencial que tiene la recuperación de la cultura alimentaria como eje para construir una propuesta de educación y comunicación social en nutrición intercultural, ya que el pueblo Wixarika produce, conserva y consume sus alimentos de acuerdo con los rituales propios, situación ignorada frecuentemente por las instituciones de salud y desarrollo social que aplican programas en la Sierra Huichola.

Descriptores: Interculturalidad, educación, comunicación social, proceso alimentario-nutriente, Wixarika.

Interculturality for education and social communication in feeding and nutrition with the population Wixarika (Huichol)

Abstract

In this investigation it is analyze the educative process and social communication cross-cultural related with the problematic nutrition-alimentary in the ethnic group Wixakira, which is being made in the community of Santa Catarina Cuexcomatitlán, Mezquitic, Jalisco. It's being made with the Methodology of Action-Investigation Participative and the popular education which it's being support in the Epistemology Critic-Interpretation and in the Conscience-Pedagogy.

The process it is being form and qualified to primary resources in health and in that way be able to do the diagnostic of the condition of nutritment-alimentary of the small towns and be able to resolve the problems that were detected, then apply the educative actions for transforming the problematic in the small towns with the collaboration of doctors, students in the career of Nutrition of the University of Guadalajara and researchers.

1 Los resultados del presente artículo científico forman parte del megaproyecto de investigación "Nutrición y Cultura Alimentaria con el Pueblo Wixarika".

2 Los elementos centrales de este estudio fueron presentados en el Congreso Internacional de Educación y Diversidad Cultural realizado en Guadalajara, Jalisco, México, en el mes de junio de 2001, auspiciado por la Secretaría de Educación Jalisco, el Proyecto Zapotlán A.C. y la North Texas University.

In this research its being show the potential that has the recuperation of the alimentary culture as a core for build an education project and social communication in the cross-cultural nutrition, and this is because until now the ethnic group Wixarika produces, preserves and consumed their own alimentary products according their own rituals, situation ignored usually for the health institutions and social development that are making programs in the Sierra (Mountain) Huichola.

Key words: Cross-cultural, education, social comunication, nutrition-alimentary process, Wixarika.

- 3 Coordinador de la investigación, médico pediatra y maestro en investigación en Ciencias de la Educación, profesor investigador titular del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.
- 4 Licenciado en Nutrición, profesor en el área de Nutrición Comunitaria de las Licenciaturas en Nutrición del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara y de la Universidad Guadalajara Lamar.
- 5 Médico epidemiólogo con doctorado en Ciencias de la Salud, profesor investigador titular del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

1. Introducción

Estudios realizados en las comunidades Wixaritari (Huicholas) muestran un deterioro del estado alimentario-nutritivo principalmente de los niños, determinado por la desnutrición materna, los malos hábitos de ablactación de los lactantes y la escasa capacidad productiva de alimentos de alto valor biológico en la dimensión local, entre otros factores causales (López *et al.*, 1996).¹

A pesar de diversos esfuerzos de distintas instituciones de salud, nutrición y desarrollo comunitario para mejorar la situación alimentario-nutritivo, desde la perspectiva de las comunidades y de acuerdo con estudios realizados por el Área de Nutrición Comunitaria de la Licenciatura en Nutrición y el Instituto Regional de Investigación en Salud Pública, Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara (Crocker *et al.*, 2000),² el impacto de éstos es bajo debido a la ejecución de estrategias equivocadas para resolver los problemas, ya que se han implementado sin recuperar la cultura local y sin la participación de los habitantes de este pueblo. Las acciones educativas han sido contraproducentes, porque se han aculturizado hábitos deseables que anteriormente tenían las comunidades.

En el mes de marzo de 1999 se llevó a cabo una reunión plenaria convocada por las autoridades tradicionales indígenas Wixaritari y los habitantes de las localidades que forman parte de la comunidad de Santa Catarina Cuexcomatitlán, municipio de Mezquític, Jalisco –una de las cinco comunidades que forman parte de la etnia Wixarika–, para abordar entre otros problemas el de salud y alimentación (Consejo de Salud Comunitaria Werika, 1999).³

En dicha reunión se acordó la formación del Consejo de Salud Comunitaria “Werika” (águila), que tendría la tarea de luchar por la solución de los problemas de salud y nutrición que padecen sus habitantes. En el mes de mayo de 1999, investigadores del Programa de Alimentación y Nutrición Comunitaria del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, fueron invitados a participar en una reunión con el Gobernador del pueblo Wixaritari y los miembros del Consejo de Salud Comunitaria Werika, que se concretó en el mes de junio del mismo año, en la cual se propuso la participación del programa en la asesoría y apoyo para la solución de los problemas de salud y nutrición en la zona, con énfasis en la problemática

alimentario-nutritivo e infecciosa del grupo materno-infantil.

El Consejo de Salud Comunitaria Werika y los sanadores Wixaritari, en coordinación con académicos y alumnos del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, han venido participando en una investigación acción participativa que ha permitido elaborar diagnósticos comunitarios en salud y nutrición con énfasis en la recuperación de la cultura alimentaria de esta etnia, lo que constituye la base para iniciar un proceso formativo de diez sanadores Wixaritari, utilizando la metodología de educación popular de adultos en el “Lugar de los estudios en salud y nutrición Wixarika”, escuela creada recientemente, para que ellos conduzcan el proceso de educación y comunicación social en las localidades de esta comunidad Wixarika.

Como parte del megaproyecto de investigación “Nutrición y Cultura Alimentaria con el Pueblo Wixarika”, se plantea entre uno de sus ejes centrales de la propuesta de investigación acción participativa la educación y comunicación intercultural en nutrición, que es una propuesta diferente a la educación convencional en nutrición.

La presente investigación tiene dos objetivos centrales: en primer lugar, formar personal primario en salud y nutrición con liderazgo en su comunidad a través de un proceso educativo basado en la Pedagogía Concientizadora y con ello adquirir una formación técnica sólida en el campo de la nutrición, las ciencias de los alimentos y la metodología de la educación popular para investigar y desarrollar programas en su propia realidad alimentario-nutritivo. En segundo lugar, implementar un programa intercultural, participativo y sustentable de educación y comunicación social en alimentación y nutrición con el pueblo Wixarika que parte de sus propias necesidades y demandas y que tome en cuenta la cosmovisión e identidad cultural en producción, disponibilidad y consumo alimentario-nutritivo.

2. Fundamentos teórico-metodológicos

2.1. Marco teórico de referencia

Para comprender el modelo de educación intercultural en nutrición es conveniente diferenciarla teórica y críticamente del modelo tradicional. Este tipo de educación en nutrición, llamada “convencional”, ha sido objeto de numerosos análisis. En la actualidad se considera que este enfoque es ineffectivo, porque lleva al educando a asumir una actitud pasiva en el

proceso enseñanza-aprendizaje, ignorando el sentido activo que debe caracterizarlo, tanto en los educadores como en los educandos. Por otra parte, en este enfoque se menciona el limitado o inexistente análisis de las causas de la malnutrición, además de la utilización de sólo un canal de comunicación, el interpersonal (entre el educador y un individuo o un grupo) (FAO, 1994).⁴

Entre los principales errores que pueden encontrarse en este tipo de educación convencional destacan: en primer lugar, que existe un desconocimiento del lugar donde se realizará la educación nutrimental; se desconocen las costumbres, comportamientos y el valor de los alimentos dentro de las relaciones sociales. En este tipo de educación se tiene la idea preconcebida de que la población objetivo es ignorante, entendido esto como la causa principal de la malnutrición, es decir, se cuenta con un insuficiente análisis de las causas, lo que conlleva a una deficiente formulación de los objetivos. Utiliza un esquema de modificación de la conducta denominado Modelo KAB (*Knowledge, attitude, behaviour*: conocimiento, actitud, comportamiento), el cual supone que si adquirimos un conocimiento nuevo, cambiarán nuestras actitudes y en consecuencia se modificaría nuestro comportamiento, lo cual es falso. En muchas ocasiones los nuevos hábitos son adquiridos en ausencia total de conocimiento racional; los medios de comunicación, la moda, el presupuesto familiar, pueden influir para que una persona adquiera un producto aunque no sea benéfico para su salud y aun contando con la información necesaria, no debe suponerse que el individuo modificará su conducta. Andrien y Beghin (2001)⁵ señalan que “para cambiar su manera de vivir, el individuo debe de estar motivado: él debe sentir la necesidad, percibir un problema y anticipar las consecuencias positivas si modifica su comportamiento...”.

La pedagogía utilizada en la educación en nutrición convencional es la Descendente, la cual impone el punto de vista del educador, no interactúa con los educandos, no pregunta sus puntos de vista, es autoritaria y logra que las comunidades se vuelvan dependientes de la ayuda externa. No apoya a las comunidades para responsabilizarse de sus propios problemas de salud.

En otro orden de ideas, la educación convencional se transforma en freno al desarrollo social, ya que “existen situaciones en donde la educación en nutrición se integra a la serie de actividades presentadas como educativas, pero que son formas de manipula-

ción política de las poblaciones a favor del poder establecido. La educación llega a ser un modelo implícito de frenar los procesos sociales y aminorar la concientización que permitiría poner fin a las injusticias. La educación en nutrición llega a ser entonces el pretexto de aquellos que desearían mantener un orden social que les dé ventaja...” (*ibidem*).

A diferencia de la educación convencional sustentada en la Pedagogía Descendente, en la presente investigación se plantea una educación intercultural y participativa basada en la Comunicación Social en Nutrición y la Pedagogía Ascendente o Concientizadora. Desde esta perspectiva se comprende a lo intercultural como el intercambio en situaciones de igualdad de dos mundos simbólicos para desarrollar un proyecto convenido entre ambas etnias. Lo que se pretende es intercambiar las visiones sobre la alimentación y la nutrición que tiene el pueblo Wixarika y la cultura occidental, que permita garantizar la producción, disponibilidad, consumo y aprovechamiento de alimentos de buena calidad biológica con el concepto de desarrollo sustentable, para mejorar la situación nutrimental, principalmente del grupo materno-infantil como población de mayor riesgo (Crocker, *et al.*, 2003).⁶

Un elemento central en este proceso es la educación y la comunicación social en nutrición, comprendida como una concepción global, participativa y liberadora de los sujetos sociales de una comunidad, que sea satisfactoria en el plano técnico para el investigador y educador en nutrición y que sea aceptable desde el punto de vista ético, es decir, respetuosa de una deontología de la acción social (Andrien y Beghin, *op. cit.*).

Desde esta perspectiva, en la presente investigación acción participativa se trabaja con el concepto de educación en nutrición formulado por Andrien y Beghin (*op. cit.*, p. 65), definido como un “conjunto de actividades de comunicación que buscan una modificación voluntaria de prácticas que influyen en el estado nutricional con el objetivo de mejorarlo...”.

Al trabajar con este concepto de educación y comunicación social en alimentación y nutrición, es fundamental el papel de los multiplicadores comunitarios en la promoción de la producción de alimentos y el cuidado de la salud nutrimental de la población, o sea, la participación organizada de los sujetos sociales de la comunidad, que adquieren a través de un proceso educativo liberador, la formación técnica sólida en el campo de la nutrición, las ciencias de los alimentos y la metodología de la educación

popular aplicadas con liderazgo en la acción social comunitaria.

Tradicionalmente la educación en nutrición no ha partido de las necesidades de aprendizaje de la población, sino de las visiones de los educadores y de los contenidos teóricos de la bibliografía que se revisa para la elaboración de programas educativos en nutrición para las comunidades. Al respecto, Andrien y Beghin (*ibidem*) señalan que "La educación en nutrición convencional reposa sobre un análisis superficial de las causas de la malnutrición y sus efectos colaterales, en un contexto referido. Se funda en una concepción teórica mal asimilada por los agentes de trabajo de campo, de las necesidades nutricionales del hombre y sobre una confianza en la información científica como medio privilegiado para modificar los comportamientos humanos relacionados con la nutrición...".

Esta visión paternalista de la educación se basa en el supuesto "la gente es ignorante porque quiere", y esa es la causa de los problemas nutrimetales, sin tomar en cuenta que ello constituye parte de la cultura desarrollada en un contexto socio-histórico y económico, lo que conlleva simultáneamente a buscar como causa del escaso impacto y de los fracasos en los programas educativos a la poca participación, a la pereza y a la supuesta ignorancia de los miembros de las comunidades, sin realizar una reflexión autocrítica de la teoría y la metodología de educación utilizada. Andrien y Beghin (*ibidem*) señalan que el error conceptual más frecuente consiste en creer que la malnutrición y sus efectos son solamente el resultado del consumo bajo, distorsionado o excesivo de alimentos debido a una falta de conocimientos, es decir, se cuenta con un insuficiente análisis de las causas.

Con frecuencia los educadores en salud no toman en cuenta las culturas, hábitos, costumbres, experiencias de aprendizaje de las comunidades y tampoco a sus líderes naturales para realizar una comunicación social desde la propia cultura de las poblaciones, lo que genera procesos aculturizadores y dependencia. Andrien y Beghin (*ibidem*) argumentan al respecto que el desconocimiento de los valores culturales de los comportamientos de una población explica la decepción en las comunidades de muchos programas de nutrición, los cuales no calcularon la resistencia al cambio en materia de alimentación y salud, ya que no siempre se percibe qué significados tienen los alimentos en las relaciones sociales, qué lugar ocupan en el sistema de valores colectivos, qué reglas

presiden a su selección, a su preparación y a los rituales a los que se asocian.

La propuesta de educación en nutrición y comunicación social que se formula, prioriza las necesidades de la población con la cual se pretende trabajar, para lograr cambios de conducta construidos desde las costumbres y cultura de las comunidades que trascienda la sola adquisición de información, propia de los modelos educativos convencionales. Incorpora los recursos primarios y la cultura de aprendizaje de las comunidades, toma en cuenta las representaciones y significados simbólicos de los sujetos, para de ahí construir una propuesta de comunicación social en nutrición.

Se pretende que las comunidades sean capaces de resolver los problemas de promoción, educación y prevención de los problemas alimentario-nutrimetales que se presentan, con sus propios recursos y aun sin la permanencia de los educadores externos. El proceso educativo que se utiliza se fundamenta en la Pedagogía de la Concientización o Ascendente, concebida y aplicada por Paulo Freire (1994),⁷ que ha podido ser adaptada a la educación nutricional. Ésta dirige sus esfuerzos a desarrollar la capacidad de las comunidades de interpretar los problemas, de probar sus propias hipótesis y de elegir las soluciones óptimas a través de la metodología de investigación acción participativa.

Freire (*ibidem*) señala que todo proceso educativo debería despertar la conciencia crítica y reducir la dependencia de la comunidad con respecto a las coacciones –materiales o sociales–, ve a la educación no como un medio de reproducir el sistema social, sino como una herramienta de liberación, que permite a la población apropiarse de la información que le concierne. Por lo tanto, el papel de la educación no sólo es para transmitir información o modificar hábitos de conducta indeseables, sino que busca también la autodeterminación de las comunidades sobre su propio proyecto social.

Las limitantes para desarrollar una propuesta de educación y comunicación social sustentada en la Pedagogía de la Concientización, en los programas de alimentación y nutrición de las instituciones de salud y apoyo social y en las comunidades, son de diversa índole. Uno de los problemas principales es la cultura de enseñanza tradicional que predomina en los educadores. Werner y Bower (1984)⁸ comentan que generalmente una persona enseña de la manera en que se le enseñó, a menos que algo alarmante o afectivo ocurra para cambiar su manera de ver y hacer

las cosas. La mayoría enseñamos como nos enseñaron en la escuela. Para hacerse educadores efectivos de la comunidad, los multiplicadores y promotores de salud y nutrición necesitan desarrollar enfoques muy distintos a los que la mayoría hemos experimentado en la escuela.

Otro problema lo constituye la mala formulación de los objetivos a alcanzar dentro de la comunidad; el error metodológico más grave consiste en no plantear de manera clara los objetivos de la educación y comunicación social en nutrición, los mensajes están frecuentemente mal formulados, lo cual se debe a: imprecisión de los objetivos, desconocimiento del público al que el mensaje será dirigido (edad, nivel de instrucción, referencias culturales, estatus social, nivel de vida, percepción del problema, etc.), los mensajes no están elaborados con el suficiente rigor, ni están suficientemente validados (Andrien, Beghin, *op. cit.*).

Otra dificultad para implementar programas educativos innovadores lo constituye la visión de dependencia de la información externa que tienen las comunidades, sin valorar su propia cultura. Andrien y Beghin (*ibidem*) señalan que una estrategia Descendente, como la que aplican los programas de educación en nutrición convencional, acrecienta la dependencia de la población más que su autonomía, ello le impide a los individuos investigar por sí mismos o con los miembros de su comunidad las soluciones a los problemas que encuentra.

2.2. Metodología

2.2.1. Fundamentos epistemológicos de las metodologías

El presente trabajo se sustenta en el paradigma crítico-interpretativo. La realidad no sólo es analizada desde los datos empíricos, sino que es interpretada cualitativa y cuantitativamente de forma compartida por los investigadores externos, los investigadores internos y los sujetos investigados, a través de un proceso de educación y comunicación social. Es a partir del análisis teórico de los datos que se realiza la deducción científica y a partir del conocimiento generado y validado colectivamente se busca identificar el potencial de transformación de dicha realidad.

La relación epistemológica del proceso educativo y de comunicación social es sujeto-sujeto, influida por el compromiso de no quedarse en la interpretación de los datos cualitativos y cuantitativos, sino que también se buscan las acciones participativas que generen nuevas propuestas que permitan resol-

ver los problemas detectados en el estudio inicial.

En este sentido, la investigación es de corte interpretativo y de acción participativa; se combinan metodologías cualitativas de investigación participativa, utilizando como técnicas de apoyo la entrevista a profundidad, el diario de campo y la observación participante.

El proceso educativo se basa en la metodología de la educación popular para adultos, que parte de la visión y la experiencia subjetiva de los alumnos (en este caso particular la de los sanadores Wixaritari) y la cultura alimentario-nutricia de las comunidades. Posteriormente se comparten otras visiones teóricas u otras experiencias surgidas en pueblos diferentes, luego se aplica el conocimiento intercultural construido en su propia comunidad y por último se realiza la reflexión de todo el proceso de forma participativa.

Desde una perspectiva axioteleológica –de los fines y propósitos–, el trabajo es de corte participativo, en el que los investigadores y las comunidades comparten sus visiones, las cuales no se quedan en un diagnóstico de los problemas investigados, sino que se plantean soluciones a los mismos, existiendo un compromiso de comunicación social de largo plazo en la implementación de las mismas.

Elementos importantes a considerar en la investigación participativa de salud del proceso alimentación-nutrición y en la metodología de educación popular sustentada en la Pedagogía Concientizadora o Ascendente, que se aplica en el proyecto, son los siguientes: se ha comenzado con un pequeño proyecto en las comunidades mencionadas, el cual se ampliará gradualmente según la capacidad de recursos humanos, materiales y financieros que se consigan en otra etapa de la investigación; se busca la participación local de la comunidad en cada fase del proyecto; se parte de la visión y necesidades de la comunidad; la comunidad toma las decisiones y no se pretende que ellos hagan lo que nosotros decidimos. Esto provocaría que el pueblo Wixarika aumentara su dependencia; acercarnos a la comunidad usando estructuras ya existentes en la misma y no pretender crear nuevas formas organizativas ajenas a los usos y costumbres del pueblo Wixarika; se realizan, concurrentes a la investigación, procesos de formación de cuadros comunitarios en salud y nutrición para que ellos se transformen en responsables de su propio proyecto y multiplicadores del proceso en otras comunidades; todos los materiales educativos son traducidos a la lengua original del grupo étnico (para el caso particular, en el idioma Wixarika).

2.2.2. Procedimientos metodológicos y materiales

Las estrategias para la investigación interpretativo-participativa en las comunidades que se utiliza es la siguiente:

a) En primer lugar, se realiza la formación y capacitación inicial de los sanadores Wixarika, que proporciona las bases para realizar una investigación de los problemas locales que afectan a la comunidad; para el caso particular, en esta etapa se estudia el estado alimentario-nutritivo, los aspectos antropológico culturales de la alimentación y la capacidad productiva de alimentos en el ámbito local. En la formación de los sanadores Wixaritari se utiliza la metodología de la educación participativa en salud –en la cual los alumnos voluntarios de la Licenciatura en Nutrición del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara participan como multiplicadores–; en esta propuesta educativa se parte de la experiencia cotidiana de los sanadores, luego se aprenden algunos elementos teóricos y por último se realizan ejercicios de aplicación en talleres en la escuela y en las localidades.

b) En segundo lugar, se desarrolla el trabajo de campo para recolectar información en la que participan alumnos de la Licenciatura en Nutrición y sanadores Wixaritari, con asesoría y apoyo de los investigadores externos. En esta etapa se realizan los siguientes procedimientos de investigación:

- Se entrevista a informantes clave de las comunidades sobre la capacidad productiva de alimentos, la tecnología y las costumbres para la producción agropecuaria local.
- Se aplican entrevistas a profundidad, utilizando grabadoras y diario de campo para obtener registros etnográficos, con el fin de rescatar la cosmovisión y la identidad cultural alimentaria actual del pueblo Wixarika.

c) El equipo de coordinación de la investigación participativa, integrado por el investigador responsable, la auxiliar de investigación y los alumnos voluntarios, ejecutan la tabulación de los datos cuantitativos y el análisis empírico-teórico de la información cualitativa, para elaborar conclusiones acerca de tres aspectos de la investigación diagnóstica:

- La capacidad de producción de alimentos de autoconsumo local para garantizar la autosuficiencia alimentaria.
- La cosmovisión cultural del consumo alimentario del pueblo Wixarika.
- El estado nutritivo del grupo materno-infantil.
- d) El equipo coordinador presenta los resultados, el análisis y las conclusiones a los sanadores Wixarika utilizando un lenguaje popular, para escuchar los comentarios, la jerarquización y las alternativas de solución de los problemas desde la perspectiva de los sanadores.
- e) El equipo de coordinación y los sanadores Wixaritari preparan un informe para las autoridades del territorio Wixarika y lo presentan para realizar la planificación del proyecto con base en los problemas diagnosticados.
- f) Los sanadores, los multiplicadores y el equipo de coordinación de la investigación elaboran un programa alimentario mínimo para resolver los problemas nutrimetales de las comunidades con base en la cultura y la identidad Wixarika y la capacidad productiva de alimentos locales.
- g) Los sanadores Wixaritari y los multiplicadores son formados y capacitados para ejecutar las acciones de transformación priorizadas con base en el diagnóstico inicial del proceso alimentario-nutritivo.

3. Resultados

3.1. Educación y comunicación social para la recuperación de la cultura alimentaria y el estado nutritivo

3.1.1. El proceso educativo para la comprensión de la cosmovisión Wixarika

La primera fase del estudio consiste en la integración del grupo de investigadores externos con el grupo de investigadores internos, miembros del Consejo de Salud Comunitaria Werika para comprender la cosmogonía y la concepción del cuerpo y el espíritu Wixarika como elementos para la construcción de una didáctica de aprendizaje del proceso alimentario-nutritivo sustentada en la cosmovisión de este pueblo.

En reuniones de formación y capacitación realizadas con los sanadores y sanadoras Wixaritari en el “Lugar para los estudios en salud y nutrición Wixarika” (Ti Wayu +tkitariti aixt+ reu eriekakt+ Wixaritari), utilizando la técnica de autorreflexión de la vida cotidiana, se rescatan los elementos de la cosmogonía Wixarika que

constituyen la base para formular una didáctica de salud y nutrición desde su propia cultura.

De acuerdo con la versión de uno de los maraka+ame, que forma parte del Consejo de Salud Comunitaria Werika, el origen del hombre Wixarika se produce en las cercanías de la isla de San Blas, Nayarit o Lugar de Nuestra Madre (Tatei Haramaratzie). En el mar cercano a esta isla, hace miles de años cinco serpientes abandonaron el agua buscando la salida del sol. En el trayecto se fueron convirtiendo de serpientes en hombres, hasta que encontraron la salida del sol en Real de Catorce, San Luis Potosí (Wiricuta).

Al concluir su misión, se dirigieron de Real de Catorce (Wiricuta) o Lugar de recolección del Peyote, a los cinco puntos donde habitan los dioses principales: Cerro Quemado (Reu Unaxt+) o Lugar donde se encuentra el Padre Sol (Tatata Makaniere), el Lago de Chapala o Lugar de la Madre Lluvia (Xapawihameta), a Cerro Gordo o Lugar de la Madre Milpa (Haurra Manaca) a Teakata o Lugar de nuestro Abuelo Fuego y el último retornó a San Blas o Lugar de nuestra Madre Tierra (Tatei Haramaratzie). Al concluir su peregrinación, los cinco hombres originarios del pueblo Wixarika se ubicaron en La Sierra o Huritzie, dando lugar al pueblo Wixarika, donde viven actualmente. Como consecuencia de esta cosmogonía, el pueblo Wixarika tiene que realizar las cinco peregrinaciones una vez al año, para cumplir con "el costumbre" que determinaron los cinco dioses-hombre originales.

Desde la cosmovisión Wixarika basada en su origen, el espíritu del hombre (Kupuri) está conformado por cinco espíritus: los espíritus para comer, moverse, hablar, ver y pensar que a la vez determinan el control del funcionamiento de las diferentes áreas del cuerpo humano. Estos espíritus están en relación con los cinco dioses principales: Nuestro Padre Sol (Tayau Tau) sincréticamente vinculado al Tatata (la versión cristiana de Jesucristo); El Abuelo Fuego o Tatewari; Nuestra Madre Lluvia (Tatei Witari); La Madre Tierra (Tatei Yurianaka) cercana a la Tanana (versión cristiana de la Virgen de Guadalupe) y por Nuestra Madre Milpa (Tatei Niwetzika).

3.1.2. El proceso educativo para la investigación inicial

Para realizar la investigación de la cultura alimentaria y el estado nutrimental de los niños y mujeres Wixaritari, así como los grupos de mayor riesgo, se realiza un proceso formativo para los sanadores Wixaritari. En éste, los alumnos de la Licenciatura de Nutrición, previamente adiestrados en la metodología de educación popular, funcionan como multipli-

cadores; para ello se elaboran documentos en versión popular traducidos al idioma Wixarika por una compañera originaria de este pueblo, contratada para realizar dicha actividad en el Lugar de los Estudios en Salud y Nutrición Wixarika.

El proceso educativo incluye la formación intercultural en tres unidades de aprendizaje:

- *Conociendo nuestro cuerpo y nuestro espíritu.* En esta unidad se construye una didáctica del cuerpo humano con base en la cosmovisión del Kupuri y los cinco espíritus recuperados en el taller inicial, incorporando elementos de anatomía y fisiología de la cultura occidental.
- *Comer con los Dioses.* En esta unidad de aprendizaje los sanador@s Wixaritari aprenden los elementos de cómo se alimenta el Kupuri y los espíritus ligados a los sistemas del cuerpo humano y a los dioses, se elabora conjuntamente una clasificación de alimentos sustentada en la cosmovisión Wixarika, dividiéndolos en alimentos ceremoniales y no ceremoniales, además se analiza su contenido nutrimental desde la visión occidental.
- *Evaluando el espíritu de comer.* Los sanador@s Wixaritari con el apoyo de los multiplicadores aprenden a evaluar, investigar y vigilar el estado nutrimental y sus relaciones con la cultura alimentaria.

3.1.3. Principales resultados de la investigación de campo en las localidades

Los resultados que se describen y analizan a continuación fueron recuperados a partir de dieciocho entrevistas a profundidad realizadas a informantes clave de las rancherías (Tukipa) del estudio, que conforman Santa Catarina Cuexcomatitlán, y de observaciones participantes en la convivencia con las comunidades de estudio, participando en reuniones de trabajo, vida cotidiana y ceremonias, en las que fue fundamental el trabajo de los sanadores Wixaritari y los alumnos de la Licenciatura en Nutrición.

a) *La cultura alimentaria del pueblo Wixarika.* La economía del pueblo Wixarika es de autoconsumo, principalmente de producción agrícola y ganadera en pequeña escala, que se acompaña de elaboración de artesanías, actividad realizada principalmente por las mujeres.

La producción alimentaria del pueblo Wixarika se basa en su mayoría en la siembra ecológica de maíz, frijol y calabaza, cultivados en el Sistema de Producción de Coamil, que consiste en la rosa, tumba y que-

ma de terrenos de montaña, los que se rotan cada tres años; cultivan ocasionalmente jitomate y chile, que utilizan como condimentos en la preparación de sus alimentos.

Otras tierras para la siembra de estos productos son los valles que se forman en las cañadas, cercanas a fuentes de agua; generalmente las áreas de siembra son de clima cálido. La época de siembra coincide con el inicio del temporal de lluvias, en el mes de junio, y la cosecha a finales de octubre. En los últimos veinte años se han venido incorporando a la producción agrícola y ganadera los valles de las tierras altas, los cuales han sido deforestados para tales fines.

En una de las conversaciones sostenidas con uno de los sanadores Wixaritari, éste comenta que sus abuelos sembraban tres variedades de amaranto (Wabe), que servía para complementar la alimentación basada en maíz y frijol, pero se ha perdido buena parte de esta cultura de producción, por lo que han venido realizando intentos de recuperar esta tradición pero con poco éxito.

Ante las dificultades económicas ocasionadas por lo escaso de las cosechas, por la pobreza de las tierras, por la falta de agua y por razones religiosas, la población Wixarika migra estacionalmente al corte de tabaco, principalmente a Nayarit.

En lo relacionado con la producción pecuaria, crían cerdos, gallinas, becerros y en pequeña escala ganado vacuno. La mayoría de estos productos alimentarios los utilizan en ceremonias o los venden en las comunidades mestizas, para comprar otros productos como sal, hilos, telas, etc.

Para la producción agrícola emplean instrumentos rudimentarios, tales como arados traccionados por burros, puntas de árboles para la siembra, machetes para la limpia y azadas para la calza y no tienen ningún sistema de riego. Los animales domésticos consumen plantas silvestres y maíz en el caso de las gallinas.

La caza de animales silvestres la mayoría de las veces no es realizada con fines de consumo alimentario, únicamente cazan el venado con propósito ceremonial.

El análisis de la cultura de consumo alimentario del pueblo Wixarika queda inconcluso si no se toma en cuenta el aporte que tienen los bosques y el entorno ecológico en la alimentación de este pueblo. La recolección de alimentos en los bosques y cañadas de la Sierra Wixarika se lleva a cabo durante todo el año, de acuerdo con las características estacionales. Tienen importancia la recolección de guajes, hongos, quelites y nopalitos.

Un elemento fundamental en la cosmovisión alimentaria del pueblo Wixarika es el rito de ofrecimiento del venado a los dioses, principalmente al del Maíz (Tatei Niwetzika) y la Lluvia (Tatei Witari).⁹ La cacería del venado es una ceremonia realizada por los hombres adultos y los jóvenes del clan familiar.

En las localidades, el primer ofrecimiento del venado a los dioses se realiza en el mes de agosto y tiene como objetivo principal ofrendarlo al Dios de la Lluvia y al Dios del Maíz, para que la lluvia no falte cuando la milpa la necesita y los elotes se llenen de granos.

La segunda cacería del venado se realiza en el momento de la cosecha del maíz, la calabaza y el frijol; tiene como objetivo llevar los granos cortados al templo sagrado, para que se conserven sanos y luego poder sembrarlos en el siguiente temporal o para el consumo familiar.

b) El estado nutrimental del grupo materno-infantil. La evaluación antropométrica del estado nutrimental del grupo materno-infantil se realiza a través de una encuesta cerrada aplicada en las siete localidades en donde se estudian 291 niños menores de 12 años (100%) y 120 mujeres de 18-50 años (100%) para obtener los datos siguientes: 66% de los niños tiene déficit de peso para su edad, la mayoría presenta desnutrición leve (40.70%), 20.30% desnutrición moderada y 6.20% formas de desnutrición grave. Solamente 2.1% de los niños tiene sobrepeso y obesidad. El problema de la desnutrición no se da en niños menores de un año porque 93% de los niños toma leche materna, aparece después del primer año de vida, ante la ausencia de ablactación con otros alimentos después de los seis meses después del nacimiento.

Al analizar la prevalencia de desmedro severo, esto es, talla para la edad < -2 desviaciones estándar (DE) de la puntuación Z del patrón de referencia de la Organización Mundial de la Salud/Centro Nacional de Estadística en Salud (OMS/NCHS),¹⁰ el problema se encuentra en 31.9%; mientras que la prevalencia de emaciación, es decir, peso para la talla < -2 DE del mismo patrón de referencia, es de 8.2% de los niños de 0-12 años que fueron evaluados.

Utilizando el patrón de referencia de Frisancho¹¹ se valora la alta incidencia de desnutrición crónica en las mujeres de edad fértil, ya que el 52.50% se ubica por debajo de la percentila 5 de la talla de acuerdo con su edad.

Al analizar la desnutrición aguda de las mujeres a

través del Índice de Masa Corporal (IMC) se encuentra que la mayoría de mujeres (72.5%) tiene una correlación peso/talla normal, probablemente por haber realizado homeorexis del volumen corporal a su longitud. Llama la atención que 24.2% de las mujeres de 18-50 años tiene sobrepeso y obesidad; un tipo de obesidad que se da en mujeres con desnutrición crónica.

3.2. Educación y comunicación social para el análisis y la solución de los problemas alimentario-nutrimetales

3.2.1. Jerarquización y análisis de problemas

Como producto de los estudios iniciales realizados, discutidos en diversos talleres con el Consejo de Salud Comunitaria Wixarika y presentados a las autoridades de Santa Catarina Cuexcomatitlán, se identificaron tres problemas principales relacionados con el proceso alimentario-nutricio:

- Alta prevalencia de desnutrición proteico-calórica en niños, que se inicia después del primer año de vida.
- Baja productividad de alimentos en las comunidades, lo que ha aumentado la dependencia externa de alimentos.
- Deficiencias en el conocimiento para vigilar su propia nutrición y para producir alimentos con tecnología apropiada a su cultura y a su medio ambiente.

3.2.2. El proceso educativo y comunicación social para solucionar los problemas priorizados

Para iniciar la solución de estos problemas se toma la decisión colectiva de trabajar en tres líneas estratégicas:

- Producción de alimentos: incluye acciones para recuperar el cultivo de amaranto y aprendizaje de la agricultura orgánica en ocho localidades.
- Preparación de alimentos de acuerdo con la cultura local: se realizan pruebas bromatológicas y talleres con las mujeres de ocho localidades Wixaritari del "Atol Sagrado" (mezcla de 60% de harina de maíz, 20% de harina de amaranto y 10% de harina de semilla de calabaza) para alimentar a los niños menores de cinco años y a las mujeres embarazadas.
- Formación de sanadores Wixaritari para implementar las acciones de transformación: se forman diez sanadores en las siguientes unidades de aprendizaje:

- Vigilancia de la nutrición y el crecimiento y desarrollo del grupo materno-infantil.
- Agricultura orgánica, preparación y conservación de alimentos.
- Técnicas participativas para la educación popular en salud y nutrición.

En el aprendizaje se utiliza la metodología de educación popular, que incluye actividades como: elaboración y traducción de materiales educativos, seminarios-taller intensivos de una semana al mes en el "Lugar de los Estudios en Salud y Nutrición Wixarika", además de asesoría y trabajo de campo en las comunidades para aplicar el conocimiento aprendido.

4. Discusión de resultados

Desde la cosmogonía y la cosmovisión del cuerpo y el espíritu Wixarika, el proceso alimentario-nutrimonial está relacionado con la vinculación entre el cuerpo y el espíritu (Kupuri) de comer de este pueblo con los Dioses, y de éstos con la Madre Naturaleza, relación que no la establecen los humanos directamente, sino que se necesitan intermediarios que son el Maraka+ame, el venado y el peyote, por lo que cualquier actividad o proceso educativo y de comunicación social relacionado con alimentación y nutrición debiera relacionarse con "el costumbre" o rituales de su cultura.

De la misma manera que los pueblos mesoamericanos prehispánicos, se conserva la cultura de producción y consumo alimentario basada en el maíz como elemento central, con agregados de frijol y calabaza, como se expresa en el *Pop Vuj*, el libro sagrado de los Maya-Quichés. El consumo de productos animales es incipiente y tiene generalmente un sentido religioso.

El maíz es el articulador y forjador de la identidad cultural, es el que enlaza no sólo las celebraciones religiosas durante todo el año, sino que es la pieza central para la construcción de la identidad étnica dentro de la cultura mesoamericana del maíz; es parte de la vida, la organización social, etc. (Beoge, 1998),¹² por lo que es el elemento central en la propuesta de complementación alimentaria combinada con amaranto y semillas de calabaza (atole sagrado) que se utiliza para niños con problemas de desnutrición proteico-calórica.

La experiencia en el consumo alimentario del pue-

blo Wixarika, al igual que en otros estudios realizados con pueblos indígenas de México (Jiménez-Ottalengo y Salas Gómez, 1998)¹³ muestran la existencia de un sustrato prehispánico que reconoce el valor de la relación armónica hombre-dioses-naturaleza. El alimento no sólo tiene la función de satisfacer necesidades biológicas, sino que posee un alto contenido religioso, por lo tanto es necesario pedir permiso para su producción, almacenamiento y consumo.

Todos estos elementos conforman “el costumbre”; se trata de un concepto que habla “del nosotros”, y es hablar en plural, de un conjunto de personas que actúan bajo cierta cosmovisión, o sea la forma ritualizada de vinculación entre los humanos, la naturaleza y lo sagrado (Torres, 1991).¹⁴

La identidad cultural es un elemento central de la etnia, que opera en todos los renglones de la vida, es decir, alcanza el ser en sus actuaciones más profundas como persona, por lo que el respeto a la identidad es un derecho humano fundamental o primario (Gallo, 1999).¹⁵

Una propuesta de educación y comunicación social para la alimentación y la nutrición de un pueblo indígena mesoamericano y para el caso particular del pueblo Wixarika, debe considerar estos elementos religiosos que conforman “el costumbre” o la identidad étnica, ignorarlos es llevar al fracaso cualquier propuesta alimentaria o, en el peor de los casos, tener éxito aculturizando a los pueblos indígenas, que es una forma de violencia simbólica que niega sus derechos humanos primarios. Por lo tanto, la identidad cultural alimentaria constituye un elemento central para construir la nacionalidad mexicana en un país multicultural, multiétnico y plurilingüe en un mundo global.

Los elementos anteriores son fundamentales en la construcción de la propuesta educativa y de comunicación social que se realiza con la etnia Wixarika de Santa Catarina Cuexcomatitlán.

Por último, un elemento importante en el consumo alimentario es que las comunidades que tienen un mayor vínculo con el mundo mestizo están modificando sus tradiciones culturales alimentarias: abandonando algunos rituales, como la ceremonia del venado, la cultura de producción alimentaria, incorporando abonos químicos, aumentando el consumo de alimentos “chatarra”, lo que ha dado como resultado el incremento de enfermedades crónico-degenerativas y el deterioro ecológico, situación que deberá ser retomada en futuros estudios.

5. Conclusiones

Una propuesta para la educación alimentario-nutritivo del pueblo Wixarika deberá considerar elementos religiosos relacionados con la producción del maíz, frijol, calabaza y amaranto que conforman “el costumbre” o la identidad étnica, complementados por el cultivo familiar con técnicas orgánicas de frutas y verduras. Ignorar estos componentes es llevar al fracaso cualquier propuesta alimentaria o, en el peor de los casos, tener éxito aculturando a los pueblos indígenas, que es una forma de violencia simbólica que niega sus derechos humanos primarios.

Aplicar metodologías de trabajo comunitario basadas en la interculturalidad educativa y la investigación acción participativa, puede ser una veta poco explorada para resolver problemas de salud y nutrición de las comunidades y de otros aspectos relacionados con el subdesarrollo y la marginación de las etnias mesoamericanas.

Notas y referencias bibliográficas

- ¹ ANDRIEN, M. y BEGHIN, I. (2001). *Nutrición y Comunicación. De la educación en nutrición convencional a la comunicación social en nutrición*. México, D.F.: Universidad Iberoamericana.
- ² BOEGE, E. (1998). “El mito y los rituales agrarios como la explicación de la relación naturaleza-sociedad”. En: LÓPEZ CASTRO, G. (coordinador). *Sociedad y Medio Ambiente en México*. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- ³ CONSEJO DE SALUD COMUNITARIA WERIKA. (1999). *Proyecto de producción de alimentos y de medicamentos naturales*. Comunicación personal. Wixaritari de Santa Catarina Cuexcomatitlán, Tuapurie, Municipio de Mezquitic, Jalisco.
- ⁴ CROCKER, R.; MARTÍNEZ, E.; RUIZ, L.; GUTIÉRREZ, A. L. HERNÁNDEZ, E. (2000). “Nutrición y cultura alimentaria del pueblo Wixarika”. Ponencia en el Congreso Internacional de Avances en Medicina. Área de Antropología Médica. Memorias del Congreso Internacional de Avances en Medicina. Guadalajara, Jalisco, México.
- ⁵ CROCKER, R.; LÓPEZ, P.; ESCAREÑO, G.; GUTIÉRREZ, P.; RUIZ, L. (2003). “Interculturalidad para la seguridad alimentario-nutritivo con la Etnia Wixarika”. Trabajo presentado en el 3er. Premio Latinoamericano Kellogg's de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana, en el XIII Congreso Latinoamericano de Nutrición, Acapulco, Guerrero, México.
- ⁶ FAO. *Guía Metodológica para la Comunicación Social en Nutrición*. 1era. Edición, Roma, Italia, 1996.
- ⁷ FREIRE, P. (1994). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI, 45^a. Edición.
- ⁸ FRISANCHO, A.R. (1993). *Anthropometric Standards for the*

- Assessment of Growth and Nutritional Status.* USA: The University of Michigan Press.
- ⁹ En la ceremonia del venado –a donde fuimos invitados– se ofrece la cabeza del venado al Dios del Maíz y al Dios de la Lluvia en presencia del Marak+ame o sacerdote Wixaratari. Las ceremonias se dan en los templos de los Tupika y posteriormente en las casas de los clanes familiares. Allí, los adultos y niños danzan alrededor del fuego, echando agua a la fogata con la cola del venado; al final consumen figuras de venados elaboradas de maíz azul, agua de cacao y caldo del venado o de gallina.
- ¹⁰ GALLO, A. (1999). *El yo y la etnia. Fundamentación epistemológica de los grupos humanos. Pensamiento filosófico contemporáneo de la América Central.* Universidad de San Carlos de Guatemala/Universidad de Tromsö, Noruega. Guatemala: Óscar de León Palacios.
- ¹¹ JIMÉNEZ-OTTALENGO, R. y SALAS GÓMEZ, L. (1998). "Una experiencia de educación alimentaria en el Rincón Zapoteca". *Cuadernos de Nutrición, Alimentación en México*, 21, 3.
- ¹² LÓPEZ, J.; SALAZAR, L.; MERCADO, M.; MORALES, L.; MOLINA, S. (1996). *Aproximación a la salud en la zona huichol en Jalisco.* Guadalajara: Instituto Nacional Indigenista-Universidad de Guadalajara-Unión de Comunidades Indígenas Huicholas de Jalisco.
- ¹³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1983). *Medición del cambio del estado nutricional.* Ginebra, Suiza.
- ¹⁴ TORRES, J. (1991). "El juego de la supervivencia". Centro de Ecología, Universidad Nacional Autónoma de México. (Inédito).
- ¹⁵ WERNER, D. y BOWER, B. (1984). *Aprendiendo a promover la salud.* Palo Alto, California: Fundación Hasperiam.

La importancia de la formación especializada de los profesores de sexualidad humana

OSMAR MATSUÍ SANTANA,¹ LAURA FLORES GONZÁLEZ,^{1, 2}
ALEJANDRO AGUILAR CUÉLLAR²



Resumen

La sexualidad humana es un área compleja que los profesionales de la salud deben conocer en sus ámbitos biológico, psicológico y social. El entrenamiento de estos profesionales requiere tomar cursos específicos en sexología que propicien actitudes de respeto y tolerancia ante la diversidad de los comportamientos sexuales existentes. El propósito de este trabajo es identificar la influencia que la capacitación especializada en sexología de los docentes tiene en los conocimientos y actitudes de los alumnos de ciencias de la salud después del curso de sexualidad humana en la Universidad de Guadalajara. Los resultados mostraron que hubo mayor conocimiento y actitudes más positivas en los docentes con un grado de Maestría en Sexología.

Descriptores: Sexología, capacitación docente, educación de la sexualidad, profesionales de la salud.

The importance of speciality formation of teachers of human sexuality

Abstract

Human sexuality is a complex area that health care providers should manage taking into account its biological, psychological and social spheres. Their training requires specific sexology courses to develop tolerance and respect toward diversity of prevailing sexual behaviors. The aim of this paper identifies the influence that professors, with specialized sexology training, have on their health sciences students knowledge and attitudes after a Human Sexuality course at the Universidad de Guadalajara. There was a better knowledge and more positive attitudes among students with a professor that had a master degree on sexology.

Key words: Sexology, faculty training, sexuality education, health care providers.

¹ Departamento de Enfermería para la Atención, Desarrollo y Preservación de la Salud Comunitaria del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

² Departamento de Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

Introducción

El estudio de la sexualidad humana reviste cada día mayor importancia debido a que existe más aceptación y vivencia de la diversidad de expresiones y comportamientos sexuales, a que se han identificado procesos de ansiedad, estrés e insatisfacción al inicio o a lo largo de la vida erótica, además de los embarazos no deseados, principalmente en adolescentes, y el aumento en la frecuencia de infecciones de transmisión sexual.

La sexualidad humana fue inicialmente motivo de estudio de filósofos como Platón y Aristóteles y también de médicos como Hipócrates, Sorano de Efeso y Galeno con sus estudios en anatomía y fisiología relacionados con la reproducción. Posteriormente, en los siglos XVI, XVII y XVIII, Fallopio, de Graaf, Berthel-senn, Cowper, Han y von Leewenhoeck, entre otros, retomaron la investigación anatómica y fisiológica. A mediados del siglo XVIII, el médico suizo Charles Tissot publica su libro sobre la masturbación (*L'onanisme: dissertation sur les maladies produites par la masturbation*), en el que la considera como una conducta dañina a la salud porque se perdía energía del cuerpo (Fuertes y López, 1997), afirmación que en el siglo siguiente le permitió al médico de la corte inglesa William Acton inventar toda una parafernalia de aparatos y técnicas para evitar la pérdida de semen, ya sea por los llamados "sueños húmedos", la masturbación o la entidad patológica que él imaginó y denominó espermatorrea. Es hasta el siglo XIX cuando la preocupación por la sobre población, la "psicopatología sexual" y la "degeneración" dio pie al surgimiento de mayor interés por el estudio particular de la sexualidad. La investigación biológica, médica, histórica y antropológica permitió un énfasis más específico de la investigación sexual. Fue Sigmund Freud (1856-1939) quien la introduce al campo de la psicología como parte inherente y motor del desarrollo infantil y propone que de acuerdo con el desarrollo del aparato intrapsíquico (yo, súper yo y ello), modelado por el impulso placentero del individuo y regulado por su familia y sociedad, se desarrollará una sexualidad adulta sana *versus* el surgimiento de una personalidad con neurosis, perversión o sublimación, que es la base de su teoría de la personalidad. Recordemos que en el tiempo de Freud la psicología era dominio de la medicina y surge como disciplina independiente con el médico alemán Wundt.¹ De igual forma sucedió con Henry Havelock Ellis, quien siendo médico escribió el libro *Estudios en la psicología del sexo*, pu-

blicado en el transcurso del periodo 1897-1910. Al médico dermatólogo alemán Iwan Bloch se le atribuye haber acuñado, en 1907, la término "Sexualwissenschaft", primero traducido como *Ciencia sexual*, sin embargo se consideró que éste no equivalía al vocablo alemán, dado que comprendía tanto a las ciencias naturales como a las humanidades, por lo que se prefirió llamarle como hasta ahora se le conoce: *Sexología* (Haeberle, 1983).

En la actualidad se reconoce que el conocimiento sobre sexualidad implica la incorporación de las dimensiones biológica, cultural, social, psicológica, moral y afectiva (Barragán, 1991), e inclusive los derechos humanos y la política. No existe una conducta sexual única y válida para todos los seres humanos, como lo han demostrado los estudios científicos modernos (Crooks y Baur, 2000; Laumann *et al.*, 1994; Johnson *et al.*, 1994), por lo que al abordar la educación en sexualidad es fundamental conocerse a uno mismo, saber lo que se quiere y de lo que se es capaz en aspectos sexuales (Vanegas, 2000; Romero, 2001); reconociendo así la diversidad de comportamientos sexuales y el respeto a los mismos. La sexualidad humana no puede ser vista sólo como una rama de la medicina, como lo fue en los tiempos victorianos, ni tampoco sólo de la psicología, ya que son muchos y diversos los puntos en que se traslapan con otras ciencias y disciplinas. Así tenemos que el estudio integral de la sexualidad humana se hace más complejo debido a que requiere incorporar los hallazgos de la biología, bioquímica, fisiología, medicina, psicología, sociología, derecho, genética, historia, antropología, educación, religión, filosofía, política, estudios de género, salud pública, trabajo social, ciencias de la comunicación, etc. Todos estos acercamientos al conocimiento y al desarrollo de la sexualidad humana se integran en lo que, hace ya casi un siglo, se conoce como sexología. El sexólogo, además de adquirir los conocimientos de sexualidad con un marco de referencia multi e interdisciplinario, requiere la revisión profunda de sus propias actitudes –emotivas y conativas– para que de esta manera sea congruente en lo que asesora, educa o trata, con lo que piensa, siente y actúa.

Lo anterior nos sirve para fundamentar que el médico o el psicólogo sólo pueden abordar los temas de sexualidad desde una óptica muy reducida: la de su profesión. Bajo esta premisa, la atención de los aspectos sexuales ya sea en la educación, orientación, consejería, tratamiento o intervención implica un abordaje integral realizado por profesionales capaci-

tados específicamente en sexología. La atención de cualquier problemática de índole sexual, por ejemplo: anorgasmia, eyaculación precoz, disminución del deseo, voyeurismo, fetichismo, transvestismo, edad del primer coito, etc. exige el análisis de lo biológico, lo psicológico, así como sus implicaciones en la pareja, la familia y la sociedad con la que la persona que es atendida convive en el presente o convivirá en el futuro.

Aún existe el sobreentendido que los profesionales de la salud, médicos, psicólogos y enfermeras, sólo por su formación en la carrera son expertos en la atención de dudas y problemas en torno a la sexualidad; sin embargo, sabemos que la información y/o tratamiento que se les otorga a las personas que buscan atención en este campo es de diferente índole, muchas veces confusa y sin fundamento científico, si no es que basada en prejuicios y creencias.

Debido a la importancia de la identificación de posibles problemas relacionados con la sexualidad y su atención adecuada, la Asociación Médica Americana, la Asociación Americana de Psiquiatría y la Academia Americana de Pediatría han incorporado en sus programas nacionales el estudio de la sexualidad humana como parte de sus planes de estudio. Estas unidades de aprendizaje tienen como objetivos, primero la revisión y re-estructuración de las actitudes sexuales de los estudiantes de medicina con el fin de poder discutir ampliamente los temas sobre sexualidad; el segundo consiste en obtener los conocimientos básicos de sexualidad y salud sexual relacionados con aspectos que se presentan en la práctica clínica; y tercero, enfatizar en el desarrollo de habilidades para el abordaje de los problemas sexuales más comunes.²

En la revisión de los planes de estudio de las licenciaturas en medicina, enfermería y psicología de las universidades públicas del país que aparecen en la página web de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES),³ encontramos que son muy pocas las universidades que tienen un curso de Sexualidad Hu-

na como parte de su currícula en las licenciaturas de la salud (ver cuadro en esta página).

La gran mayoría de los planes de estudio de las carreras de la salud en México incluyen sólo algunos temas de sexualidad en los contenidos de otros cursos, enfocándolos a aspectos de la salud reproductiva o al desarrollo psicosexual, dependiendo si la licenciatura es en medicina o en psicología. Estos cursos son impartidos generalmente por médicos o psicólogos que no han recibido una capacitación integral y especializada en sexualidad humana.

En la Universidad de Guadalajara se imparte el curso de sexualidad humana obligatorio de 80 horas para estudiantes de medicina y psicología, y en forma optativa a los de enfermería, nutrición, odontología y cultura física. Los docentes son cinco médicos gineco-obstetras, dos médicos con otra especialidad y un psicólogo que cursaron el Diplomado en Docencia de la Sexualidad Humana, un gineco-obstetra sin el diplomado y cuatro médicos con maestría en sexualidad humana.

El objetivo de la investigación fue evaluar los cambios en conocimientos y actitudes sexuales de los alumnos al término del curso de sexualidad humana que se imparte en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. El estudio se realizó mediante la aplicación de un cuestionario anónimo al inicio y otro al finalizar el ciclo escolar marzo-agosto de 2003. En este trabajo comparamos los resultados del cuestionario al final del curso de los alumnos bajo la tutela de profesores que tenían maestría en sexualidad humana (Grupo A), con los de alumnos cuyo profesor no tenía este nivel de capacitación especializada o contaban sólo con un diplomado en docencia de la sexualidad (Grupo B).

Resultados

Se aplicó el cuestionario a 617 alumnos del curso de sexualidad humana en julio de 2003, la edad pro-

Universidades públicas³ que incluyen cursos de sexualidad o sexología en el plan de estudios de las carreras de:

	Medicina	Psicología
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Optativo	Obligatorio
Universidad Autónoma de Zacatecas	-	Obligatorio
Universidad Autónoma de Querétaro	-	Obligatorio
Universidad de Guadalajara	Obligatorio	Obligatorio
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco	Obligatorio	-
Universidad Veracruzana		Obligatorio

medio de los estudiantes fue de veinte años y su distribución por género consistió en 66 por ciento mujeres y 34 por ciento hombres. Solamente una persona contestó menos de la mitad del cuestionario y no se tomó en cuenta para el análisis. Los resultados se presentan en el cuadro incluido en esta página, mostrando el porcentaje de alumnos que respondieron correctamente a la definición de los conceptos o que su respuesta correspondía a una actitud positiva ante la sexualidad.

Los resultados muestran que el Grupo A obtuvo un mayor porcentaje de alumnos que contestaron en forma correcta, tuvieron una actitud positiva o una opinión favorable a los ítems mostrados en el cuadro anterior, en comparación con el Grupo B; el análisis por Chi cuadrada (χ^2) mostró diferencias estadísticamente significativas en cada uno.

Tratando de englobar los resultados en categorías más generales, encontramos que respecto al conocimiento, el Grupo A presentó un promedio de 85 por ciento de respuestas correctas versus el 70 por ciento del Grupo B con una $\chi^2 = 6.42$, $p = 0.011$. Al analizar las actitudes observamos el mismo fenómeno con porcentajes promedio de 75 vs. 54 para los grupos correspondientes con una $\chi^2 = 9.58$, $p = 0.001$. Por último, en la opinión que los alumnos tuvieron sobre el curso de sexualidad humana, los porcentajes prome-

dio también fueron distintos, con 74 vs. 52 y con diferencia estadísticamente significativa con base en una $\chi^2 = 10.33$, $p = 0.001$.

Conclusión

La educación de la sexualidad humana es un área compleja, ya que existe una gran diversidad de comportamientos sexuales válidos y es imposible encontrar dos personas con el mismo patrón de conducta sexual. Además, en este proceso de enseñanza-aprendizaje se involucra la lucha de creencias, desinformación, actitudes, valores, etc. de toda índole tanto de los alumnos como del profesor. Estos factores influyen en el óptimo aprendizaje de la sexualidad, en el cual se debe fomentar el respeto y la tolerancia profesional (actitudes sin juicio) ante la diversidad de actividades, de actitudes y de valores de otras personas –aunque puedan ser distintos de los nuestros– que se encuentran en la práctica profesional en ciencias de la salud (Gotwald y Golden, 1983).

En conclusión, encontramos que la formación especializada en sexualidad humana a nivel de maestría de los profesores es determinante en el logro del cambio de conocimientos y actitudes de sus alumnos. Por ello surge la necesidad de capacitar y evaluar a los docentes que imparten este tipo de cursos,

Conceptos / Actitudes	Porcentaje de respuestas correctas o acordes con actitudes positivas de los alumnos		* p <
	Grupo A Profesores con Maestría en sexualidad humana	Grupo B Profesores sin Maestría en sexualidad humana	
Definición del concepto de:			
Sexo	76	51	0.001
Erotismo	96	80	0.001
Respuesta sexual humana	94	89	0.05
Orientación genérica	67	54	0.01
Homosexualidad	90	84	0.05
Autoerotismo	94	83	0.01
Fetichismo	74	54	0.001
Actitudes en relación con:			
Gastrofilia, exhibicionismo, escopofilia/voyeurismo y audiofilia	76	51	0.001
Zoofilia, escatofilia, urofilia y sado-masoquismo	55	30	0.001
Ante juegos sexuales infantiles homogénicos	94	82	0.001
Opinión sobre el curso de sexualidad humana:			
Considera que el curso le ayuda en su formación profesional	80	62	0.001
Considera que el curso modificó su actitud hacia la sexualidad	63	40	0.001
Considera que el curso modificó su vida personal	78	53	0.001

* Probabilidad de la diferencia estadística obtenida por χ^2 .

así como la revisión del programa para garantizar una mejor preparación profesional en las carreras de ciencias de la salud, lo cual incidirá en una mejor calidad y atención holística en la asesoría, tratamiento y derivación de las personas con dudas o problemas en el ejercicio de la sexualidad con profesionales especialmente capacitados en sexología.

Notas

¹ Wilhem Max Wundt (1832-1920), médico fisiólogo alemán, fue el primero en autonombarse Psicólogo en 1863 y primero en enseñar un curso de psicología, en abrir un laboratorio de psicología (1879) y en fundar la primera revista sobre psicología (1881). Se le considera el padre de la Psicología al entretejer la fisiología con la filosofía (http://www.wikipedia.org/wiki/Wilhelm_Wundt y <http://www.psy.pdx.edu/PsiCafe-/KeyTheorists/Wundt.htm>).

² Programa del curso de Sexualidad Humana de la University of Minnesota (<http://www.med.umn.edu/fp/phs/phsmeded.htm>).

³ Se revisaron los planes de estudio que aparecen en el directorio de las instituciones de educación superior públicas de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) de México. <http://www.anuies.mx>.

Bibliografía

- BARRAGÁN MEDERO, F. (1991). *La educación sexual. Guía teórica y práctica*, Barcelona: Paidós.
- CROOKS, R. y BAUR, K. (2000). *Nuestra Sexualidad*. México: International Thomson Editores.
- FUERTES MARTÍN, A. y LÓPEZ SÁNCHEZ, F. (1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- GOTWALD, W.H. y GOLDEN, G.H. (1983). *Sexualidad. La experiencia humana*. México: El Manual Moderno.
- HAEBERLE, E.J. (1983). "Introduction". En: *The birth of sexology: a brief history in documents*, Berlín-Nueva York: De Gruyter. 4-12.
- JOHNSON, A.; WADSWORTH, J.; WELLINGS, K.; FIELD, J. (1994). *Sexual Attitudes and Lifestyles*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- LAUMANN, E.; GAGNON, J.; MICHAEL, R.; MICHAELS, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality. Sexual Practices in the United States*. Chicago: The University of Chicago Press.
- ROMERO, L. (2001). *Elementos de Sexualidad y Educación Sexual*. Barranquilla: Centro de Asesoría y Consultoría.
- VANEGAS OSORIO, J.H. (2000). *Estrategias metodológicas para talleres de sexualidad*. Santa Fe de Bogotá: Manual Moderno.

Educación para la Salud: la importancia del concepto

ISABEL VALADEZ FIGUEROA,¹ MARTHA VILLASEÑOR FARÍAS,¹
NOÉ ALFARO ALFARO¹



Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad realizar una breve reflexión sobre el concepto de Educación para la Salud (EpS), que tiene, como todos los acontecimientos y manifestaciones sociales, una historia que no puede explicarse aislada del contexto histórico y social determinado donde se produce, y en la que se deben considerar sus límites de tiempo y espacio, así como identificar los principales modelos que se utilizan en la práctica educativa, sus características y argumentación paradigmática para entender el sentido y dirección del hecho educativo en salud, sus objetivos y finalidades, además del papel del educador y el rol que se le asigna al educando en el proceso educativo.

Descriptores: Educación para la salud, conceptos.

Education for the health: the importance of the concept

Abstract

The purpose of this article was to realize a brief reflection on the concept of Education for the Health, which takes a history as all the events and social manifestations, and this cannot be explain isolated of the historical and social context where it takes place, considering his limits of time and space.

As well as to identify the main models that are utilized in practice educational, its characteristics and paradigmatic argument, to understand the sense and direction of the educational fact in health, its objectives, and the role of the educator and the role that it is assigned upon educating in the educational process.

Key words: Education for the health, concepts.

¹ Profesores investigadores del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Introducción

Los conceptos son productos de la creación humana que hacen posible al hombre descubrir y comunicar su percepción del mundo que lo rodea. Como construcciones lógicas, tienen la función de guiar la observación o bien organizar la percepción para captar la realidad. En términos más sencillos podemos decir que son un recurso mental para aprehender una realidad que en sí misma es una totalidad compleja e indivisible. Por ello, cuando el concepto adquiere distintos sentidos y significados, dificulta la comunicación induciendo al error, situación en la que consideramos se ha visto inmerso el concepto de EpS.

El presente trabajo tiene como objetivo reflexionar brevemente sobre el concepto de Educación para la Salud que posee, como todos los acontecimientos y manifestaciones sociales, una historia que no puede explicarse aislada del contexto histórico y social determinado donde se produce, y en la que se deben considerar sus límites de tiempo y espacio.

Para explicar el porqué a lo largo de la historia la EpS ha sido susceptible de múltiples interpretaciones y se le ha hecho el señalamiento de una carencia de base conceptual por parte de algunos autores, así como la confusión en sus modelos (Valadez, 1995:49-70), tendríamos que abordar su definición situando los dos términos que la forman dentro de un marco conceptual que nos permita vislumbrar la interrelación que se da entre ellos. La EpS integra conceptualmente los términos *educación* y *salud*; pero este hecho no implica la suma aritmética de los dos conceptos, cada uno nos habla por sí solo de instituciones ligadas a la estructura política y social de un país, sin que uno prevalezca sobre el otro. Si analizamos por separado la historia de la educación y la historia de la salud, encontraremos lógicamente un origen paralelo al de la humanidad misma. La educación es un fenómeno característico de la vida del hombre, es una realidad social permanente, una función vital de la sociedad que ha acompañado al ser humano en el transcurso de su historia. De igual manera la salud-enfermedad constituye un proceso vital humano de carácter histórico, determinado social y económicamente y condicionado por los procesos de trabajo y consumo, traducido esto en las diferentes formas de inserción y participación en el funcionamiento general de la sociedad, en la apropiación del espacio, del tiempo, de los bienes y servicios que la sociedad produce (Valadez, 1995:23-28). Como disciplinas particu-

lares, la educación y la salud tienen en común que ambas son el resultado de una profunda revolución filosófica y social.

Articulación de la educación y la salud

La educación y la salud se desarrollaron durante mucho tiempo como dos disciplinas paralelas pero aisladas, adoptando distintas formas y prácticas como producto de los requerimientos del desarrollo histórico de una sociedad. Durante el siglo XVIII la medicina comenzó a transformar su concepción acerca de la causalidad de las enfermedades, superando las barreras de los espíritus malignos (paradigma mítico mágico de las culturas primitivas); de la determinación de componentes de la naturaleza recogidos en el libro de Hipócrates *Aires, aguas y lugares* (paradigma naturalista) y los miasmas (tránsito hacia la búsqueda de la causalidad en componentes o resultados de procesos naturales aún no observables). El descubrimiento de los microorganismos y las primeras leyes de la genética fueron acontecimientos que orientaron el camino de la causalidad. No obstante, el desarrollo de las ciencias de aquella época no permitía la integración de estos conocimientos con los que provenían de la actividad económico-social y psicológica para entender su papel en el condicionamiento de la salud y la enfermedad (paradigma biológico de la medicina). A finales del siglo XVIII, se aceptaron los factores externos vinculados a las actividades cotidianas del hombre, tales como las características del trabajo y modo de vida (Ramacini, 1700), la calidad del agua de consumo (John Snow, 1836), las características de la vivienda en los barrios pobres (John Ferriar, 1792), la fábrica como productora de enfermedad (Thomas Percival, 1784), las condiciones de vida miserables (Informe Chadwick al Parlamento inglés, 1842), el hambre y la mala higiene (R. Virchow, 1848) y a las desigualdades económicas, jurídicas y sociales de los trabajadores denunciadas en Francia e Inglaterra (Engels, 1845) (Pérez, 1995:3-21).

Este avance en el conocimiento fue decisivo para el surgimiento de un nuevo paradigma en las Ciencias Médicas, el modelo médico-social, que a lo largo de su desarrollo fue facilitando el nacimiento de la Epidemiología alrededor del estudio de la historia natural de la enfermedad, lo que en breve tiempo originó a su vez el nacimiento de la Higiene Social, la Medicina Social y la Salud Pública, disciplinas que fueron aportando nuevos conocimientos sobre la

determinación social de la salud. Esta nueva concepción del proceso salud-enfermedad abrió las puertas a la incorporación de las Ciencias Sociales a la Medicina (Palermo, 1986:3). Con ello, el abordaje sociológico de la enfermedad, junto con la Epidemiología, facilitó el establecimiento de las relaciones existentes entre las condiciones de vida, determinadas conductas y factores de riesgo (Bradf, 1992). La Epidemiología en términos generales se ha postulado siempre como pilar fundamental de las políticas de prevención en salud y éstas usualmente se montan sobre dispositivos de transmisión y divulgación de ciertos saberes a la comunidad. De esta forma se logra vislumbrar la articulación de la *educación con la salud* para el bienestar de la colectividad. La Educación para la Salud como ciencia, como campo de acción y como doctrina, constituye la orientación básica en lo conceptual y en lo práctico de la relación e interacción de las Ciencias de la Educación y la Salud.

La Educación para la Salud y las distintas concepciones en su articulación histórico-social

La EpS como término genérico se ha usado para describir casi cualquier esfuerzo de proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud, por tanto, esto implica que tiene aspectos formales e informales. Sin embargo, aunque reconocemos la importancia de la transmisión informal del conocimiento empírico en torno a la salud realizado de generación en generación, a través de la familia y sociedad, en este trabajo estamos más interesados en su sentido formal, que implica actividades planificadas y programadas.

Históricamente la EpS ha pasado por diferentes etapas o enfoques, dependiendo del contexto en el que se ha desarrollado, desde principios del siglo hasta la actualidad. Se distinguen dos grandes etapas o períodos (Salleras, 1990:31-36) en la evolución del concepto y contenido de la EpS, que transcurren paralelamente con los cambios sociopolíticos y con la evolución de la nosología y de los factores de riesgo, obedeciendo cada una de ellas a planteamientos epistemológicos que las conforman, en los que subyacen determinadas concepciones acerca de la educación, del aprendizaje, del hombre y de la salud (Emmanuele, 1998:35-51).

El primer periodo dio lugar a dos enfoques de la EpS, en el primero, identificado como informativo prescriptivo, se encuentran definiciones conceptua-

les que implican un proceso de transmisión de información con una intención preceptiva. Se trata de la forma más convencional de orientar actividades educativas, en este caso son los profesionales de la salud los únicos poseedores de los conocimientos necesarios para el cuidado de la salud y los individuos deben estar dispuestos a aceptar y cumplir con precisión sus indicaciones.

El segundo enfoque del primer periodo se considera que surge como producto de la preocupación de la medicina por la conducta y su resultado en la salud. En él encontramos a una EpS basada en el comportamiento. Se concibe a la EpS como una serie de intervenciones destinadas a facilitar cambios en la conducta y en los estilos de vida. Su objetivo es conseguir comportamientos saludables y proporcionar información como parte del proceso. Entre los modelos educativos más representativos de este enfoque tenemos:

- 1) Modelo basado en las creencias en la salud, en el cual subyace el supuesto de que las creencias de las personas influyen de manera significativa en la toma de decisiones que adoptan en relación con la salud, en la aceptación de medidas preventivas recomendadas por las autoridades sanitarias y en la cooperación con los planes terapéuticos propuestos por el médico. Este modelo contempla la necesidad de algún tipo de "estímulo a la acción" para que la nueva conducta se ponga en marcha. Este estímulo sería la información que proporcionarían las instituciones de salud.
- 2) Modelo basado en la comunicación persuasiva, más conocido por sus siglas en inglés KAP (conocimientos, actitudes y prácticas). Parte del supuesto de que las actitudes condicionarían los comportamientos. Según este modelo, bastaría con proporcionar a los individuos, grupos y colectividades una información veraz y comprensible con el objeto de cambiar los conocimientos, lo cual iría acompañado del cambio de actitud, al que a su vez seguiría el cambio de algún hábito y la adopción de uno nuevo (concepción causal de la actitud). Sin embargo se sobreestima la capacidad real de los medios de comunicación y no se toma en cuenta que la actitud es sólo uno más de los factores que determinan el comportamiento.
- 3) Modelo precede, es considerado como un modelo para planificar las intervenciones de salud, consiste en una guía para la realización de un

diagnóstico epidemiológico y social, tratando de identificar las necesidades prioritarias de salud de una comunidad y distinguir factores internos que predisponen al individuo (percepciones, experiencias, conocimientos, actitudes y prácticas), factores que lo hacen posible (medio ambiente) y los factores de refuerzo (recompensa o castigo) que influye en el comportamiento que se pretende adquirir o incorporar. Señala que deben tenerse en cuenta los recursos de que se dispone para ello. Este diagnóstico da lugar a una serie de objetivos educacionales que en el supuesto de lograrse tienen impacto en los objetivos del comportamiento.

Estos modelos educativos en salud parten de la concepción del proceso salud-enfermedad como un fenómeno biológico e individual, y ubican los problemas de salud en los individuos, situando en la conducta la solución de los mismos, con una nula y/o escasa atención a las condiciones sociales. Asumen que las variables sociodemográficas y estructurales no ejercen influencia directa sobre la conducta. Contienen implícita o explícitamente una concepción de la educación como un proceso vertical y autoritario en el cual los individuos deben aceptar la información que las autoridades de salud juzguen conveniente proporcionar. Los comportamientos son el objetivo último, utilizando como vehículo para el cambio de éstos, la modificación de conocimientos y actitudes mediante acciones educativas y persuasivas dirigidas exclusivamente al individuo, remarcando la responsabilidad de su propia salud.

Este primer periodo, llamado Clásico, se inicia a principios del siglo y llega hasta mediados de la década de los años sesenta. Se encuentra fundamentado en el paradigma positivista con base en las teorías psicosociológicas de la modificación de comportamientos, y parte de dos interpretaciones teóricas del aprendizaje. Una es el conductismo a través del condicionamiento clásico y condicionamiento operante, y de las posiciones neoconductistas del aprendizaje vicario representadas por Bandura. Y la otra es el cognitivismo que otorga preponderancia al sujeto en el acto del conocimiento, cuyas acciones dependen en gran medida de las representaciones o procesos internos que él ha elaborado como producto de las relaciones previas con su entorno físico y social. Siendo de igual manera relevantes la aplicación de los estudios de Maslow, sobre la motivación

humana, y los de Fihben y Ajsen de comunicación persuasiva acerca de la actitud (Hernández, 2000:17-57).

Hay que hacer notar que estas técnicas pedagógicas conductistas no toman en cuenta la libre voluntad del individuo y restan importancia a las decisiones conscientes y al pleno uso de su inteligencia. Por otro lado, en consonancia con las ideas del cognitivismo, un mismo acontecimiento puede ser visto por distintas personas y provocar reacciones contrapuestas. Sin embargo, debemos tener presente que estos mecanismos, el procesamiento de la información (cognitivismo), el condicionamiento operante (conductismo), y el de la motivación, son mecanismos que existen en la realidad y se encuentran presentes en la vida cotidiana de las personas.

El segundo periodo parte de reconocer el fracaso de los anteriores modelos, los cuales están dirigidos sólo al individuo y al cambio de sus conductas. Plantea la necesidad de reconocer la influencia de los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica con respecto a las condiciones de salud de las clases sociales. Conforma un modelo radical político, económico, ecológico o crítico que tiene como objetivo reducir las desigualdades sociales ante el proceso salud-enfermedad. Se considera a la EpS como un recurso que no sólo afecta cuestiones pedagógicas sino sociales, económicas y políticas, que contempla una perspectiva de búsqueda participativa. Trata de no limitar el proceso educativo en salud a la transmisión de un saber, sino de situarlo en el desarrollo de la conciencia, de ubicarlo en el marco de su propio descubrimiento respecto a su contexto de vida, colocándolo en el espacio de las prácticas de las personas en relación con las distintas esferas en que se desenvuelve su vida (Preiswerk, 1994:31-55). Del contexto anterior surge el concepto de una EpS participativa, crítica, emancipadora, cuyo modelo más representativo lo constituye la Educación Popular, que se refiere al trabajo educativo que se realiza para y con los sectores populares desde su práctica cotidiana, dentro de una perspectiva de clase. Como instrumento pedagógico, se vincula con dos movimientos, la investigación participativa y la organización popular. No se preocupa tanto de los conocimientos ni de los efectos en términos de comportamiento, como de la interacción dialéctica entre las personas y su realidad, así como del desarrollo de una conciencia social. Las propuestas de las acciones educativas son en el sentido de ser dirigidas hacia manejos de poder, y a contribuir a la distribución

del mismo. Rechaza las intervenciones "neutrales" y enfatiza la participación (Aldana y Núñez, 2002:10-28). El objeto de intervención no es ya la conducta sino la estructura social, porque en ella es donde se encuentra el "tejido causal" de los patrones de morbilidad y mortalidad.

Este modelo se encuentra abordado epistemológicamente desde una visión crítica y socioconstructivista, fundamentado en una concepción holístico-dialéctica de la realidad y del proceso salud-enfermedad, como fenómenos que conforman un proceso histórico, superando lo meramente biológico (Villaseñor, 1995: 37-47).

Consideraciones finales

Existen múltiples maneras de entender a la EpS, no olvidemos que es una práctica antigua que ha variado en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación con el concepto de salud dominante y la manera de ejercer la práctica educativa y de salud. Esto ha determinado que existan definiciones que aluden a perspectivas teórico ideológicas incluso antagónicas en la forma de llevarlas a la práctica. Perspectivas que van desde una orientación que pone énfasis en las conductas individuales, hasta otra más ambiental y de delegación de poderes que eleva la participación comunitaria por encima de los estilos de vida e incluye el cambio social.

De acuerdo con esto, la EpS puede ser entendida como la transmisión y recepción pasiva de conocimientos para paliar problemas concretos del ámbito de la enfermedad o como elemento central y prioritario para el desarrollo nacional en salud. En lo particular, consideramos que la información en salud puede contribuir a dar solución a algunos problemas, pero la principal razón de la EpS no es informativa. Su importancia debe radicar en generar elementos positivos que potencialicen la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva.

La conceptualización de la EpS que se asuma tiene implicaciones directas en dos instancias importantes: la práctica educativa en salud y la formación de recursos humanos. En la práctica educativa en salud, conocer los modelos que se utilizan en ella, analizando las concepciones subyacentes o el discurso teórico epistemológico que les da forma, no sólo es deseable sino imprescindible para entender cómo se lleva a cabo el acto educativo, cuáles son sus objetivos y sus finalidades y en qué sentido se desenvuel-

ve este acto, en la libertad o en la restricción, en la pasividad o en el empoderamiento. En consecuencia, determina hacia dónde se dirigen los esfuerzos del educador, lo que a su vez determina el papel que asume el educando.

En este mismo enfoque, en el proceso de formación académica los ejes y líneas de formación profesional deben partir del "para qué" y consecuentemente del "cómo" formamos futuros profesionales en el campo de la EpS. Situación que remite a un primer cuestionamiento: ¿desde qué postura teórico conceptual estoy considerando a la EpS? Visto en estos términos, es a partir de la postura asumida como se determinan los componentes curriculares y cuáles son los principios, contenidos, estrategias y metodologías de aprendizaje que se consideran relevantes en la formación del recurso humano.

Ignorar las características y la argumentación paradigmática en la interpretación de la situación educativa en salud puede provocar tropiezos y errores de diversa magnitud. Cuando las distintas concepciones educativas en salud y sus aplicaciones prácticas se adoptan a ciegas y cuando se pretende integrarlas (hay muchas manifestaciones explícitas o implícitas de mezclas de los modelos educativos), con buena intención, pero sin argumentos sólidos, se corre el riesgo de seguir criterios puramente pragmáticos y de caer en eclecticismos simples que muchas veces en vez de constituir propuestas de amplio alcance, sólo tienen un valor limitado.

Bibliografía

- ALDANA, C. y NÚÑEZ, C. (2002). "Educación Popular y los Formadores Políticos". *Cuadernos de formación para la práctica democrática*, 3. Guatemala: Instituto Centroamericano de Estudios Políticos. 10-28.
- BRADF-HILL, A. (1992). "Ambiente y enfermedad: Asociación o Causación". Bol. OPS. 113, 3.
- HERNÁNDEZ, G. (2000). *Paradigmas en psicología de la educación*. México: Paidós. 17-57.
- PALERMO, E. (1986). *Salud-Enfermedad y Estructura Social*. Buenos Aires: Cartago. 28-46.
- PÉREZ, M. (1995). *Los paradigmas médicos: factores de su conservación y cambio*. Bolivia: Ateneo. 3-21.
- PREISWERK, M. (1994). *Educación popular y teología de la liberación*. Costa Rica: DEI. 31-55.
- SALLERAS, L. (1990). *Educación Sanitaria, principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos. 31-48.
- EMMANUELE, E. (1998). "Educación para la salud, discurso pedagógico". Argentina: Novedades educativas, colección Psicología y educación. 35-51.
- VALADEZ, I. (1995). "Participación comunitaria" En: Cabral, J.; Lozano, M.E.; Cabrera, C.; PÉREZ, M.; VALA-

- DEZ, I. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Salud. 49-70.
- VALADEZ, I.; VILLASEÑOR, M.; CABRERA, C. (1995). "Evolución histórica de la Educación para la Salud". En: Cabral, J.; Lozano, M.E.; Cabrera, C.; Pérez, M.; Valadez, I. México D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Salud. 23-28.
- VILLASEÑOR, M. (1995). "Educación popular". En: CABRAL, J.; LOZANO, M.E.; CABRERA, C.; PÉREZ, M.; VALADEZ, I. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Salud. México, D.F. 37-47.

Apuntes para caracterizar las similitudes y diferencias entre los proyectos de investigación-acción y el trabajo etnográfico

GRACIELA CORDERO ARROYO¹



Resumen

Este trabajo presenta, en primer término, las características de la investigación cualitativa como paradigma que dan sustento tanto a la investigación-acción como a la etnografía. En la segunda parte del escrito se esbozan las características particulares de ambas líneas metodológicas. Finalmente se comparan estas líneas de investigación en lo referente al planteamiento de objetivos, estrategias de recolección y análisis de datos y función de los investigadores.

Descriptores: Investigación cualitativa, etnografía, investigación-acción.

Notes to analize similarities and differences between action-research and ethnography

Abstract

This paper presents, in the first place, the characteristics of qualitative research, the paradigm underlying action-research and ethnography. Next, it deals with the particular features of each methodological approach. Finally, both approaches are compared in regard to objectives, data collection and analysis, as well as to the researcher's role.

Key words: Qualitative research, ethnography, action-research.

¹ Instituto de Investigación y Desarrollo Educativo, Universidad Autónoma de Baja California.

Introducción

En mi práctica como asesora de proyectos de intervención pedagógica he revisado diversos trabajos que se insertan en la línea de la investigación cualitativa y son elaborados a partir de los enfoques más utilizados por el profesorado interesado en realizar investigación de su ejercicio docente: la etnografía y la investigación-acción.

Si bien existe mucho interés por parte del profesorado en desarrollar este trabajo, he visto con frecuencia que ambos enfoques se confunden y esto trae como resultado el fracaso del proyecto. Este ensayo tiene como objetivo ayudar al profesorado a identificar las características de uno y otro enfoques y precisar algunas de sus diferencias metodológicas. En la primera parte de este documento reseñaré brevemente el marco común de trabajo de la etnografía y la investigación-acción: la investigación cualitativa y, posteriormente, explicitaré sus características y algunas de sus diferencias metodológicas.

Características de la investigación cualitativa

Actualmente existe un interés creciente por la investigación cualitativa en el campo educativo. En el ámbito internacional, autores tan reconocidos como Peter Woods en Inglaterra o Frederick Erickson en los Estados Unidos, entre otros, han sustentado un importante debate sobre las particularidades y aportaciones de la investigación cualitativa al ámbito educativo.

Sin embargo, *el concepto de investigación cualitativa no es único*. En este momento no existe un acuerdo sobre el uso del término y tal vez no se llegue nunca a él (Eisner y Peshkin, 1990). El concepto ha sido utilizado para amparar una gran diversidad de técnicas interpretativas que describen, traducen o decodifican el significado que un grupo social le da a cualquier manifestación cultural, pero *no* la frecuencia de ocurrencia de un fenómeno social (Van Maanen, 1983).

La conceptualización de la investigación cualitativa incorpora conceptos y métodos surgidos en diversas disciplinas. La investigación cualitativa no es propiedad de ninguna disciplina y por lo mismo no tiene una teoría o paradigma que le sea propia. Esta tipo de investigación puede usar los métodos de la etnometodología, la fenomenología, la hermenéutica y puede hacer uso de la semiótica, la narrativa, el análisis del discurso y aun de la estadística. La investigación cualitativa también puede cambiar de sentido

de acuerdo con la tradición académica de cada país. Mientras que en Estados Unidos se asocia con una tradición más pragmática e interpretativa, en México, hasta hace muy poco tiempo, todos los trabajos de investigación realizados en esta línea se definían como etnografía (Corenstein, 1992).

La reciente revisión que hacen Denzin y Lincoln sobre el campo de la investigación cualitativa los lleva a la conclusión de que éste dista mucho de estar unificado. A pesar de esto, los autores arriesgan una definición general:

La investigación cualitativa es multimetodológica en su eje e implica una aproximación interpretativa y naturalista sobre un tema. Esto significa que la investigación cualitativa estudia las cosas en su medio natural, intentando dar sentido, o interpretar los fenómenos en términos del significado que la gente le da. La investigación cualitativa implica el uso de una variedad de materiales empíricos –estudios de caso, experiencia personal, introspección, historias de vida, entrevistas, textos visuales, históricos e interactivos– que describen la rutina y el significado de momentos problemáticos de la vida de la gente. Consecuentemente, los investigadores cualitativos despliegan una gran diversidad de métodos interrelacionados con el fin de tener una idea más precisa del tema de estudio (Denzin y Lincoln, 1994:2).

Dos de los enfoques que se enmarcan en este campo y que han sido trabajados en educación son la investigación etnográfica y la investigación-acción. A continuación se describirán las características generales de cada uno y, posteriormente, hablaré de sus diferencias metodológicas.

Investigación etnográfica

Ésta es una de las líneas de investigación cualitativa más reconocida por el profesorado. Woods define a la etnografía de la siguiente forma:

El término deriva de la antropología y significa literalmente “descripción del modo de vida de una raza o de un grupo de individuos”. Se interesa por lo que la gente hace, cómo se comporta, cómo interactúa. Se propone descubrir sus creencias, valores, perspectivas, motivaciones y el modo en que todo eso se desarrolla o cambia con el tiempo o de una situación a otra. Trata de hacer esto desde *den-*

tro del grupo y desde dentro de las perspectivas de los miembros del grupo. Lo que cuenta son sus significados e interpretaciones (Woods, 1987:18).

George Spindler (1992:72-74) señala once criterios para definir un buen trabajo etnográfico en educación. Algunos de ellos son:

Criterio 1. Toda observación se genera en forma contextualizada, tanto en el espacio inmediato en el cual se realizó la observación de un comportamiento concreto como en otros contextos no inmediatos.

Criterio 2. Las hipótesis emergen *in situ* durante el desarrollo del trabajo. Al finalizar la fase orientadora del trabajo de campo, se procede a establecer la hipótesis sobre lo que puede ser significativo para el estudio.

Criterio 3. Las observaciones son prolongadas y repetitivas. Los mismos eventos se observan más de una vez a fin de establecer la confiabilidad de las observaciones.

Criterio 4. El punto de vista del informante se identifica a través de inferencias surgidas en la observación y a través de otro tipo de técnicas. Sin embargo, en algunos momentos es posible escuchar la propia voz del colaborador.

Criterio 5. La tarea del investigador es extraer, a partir del comportamiento y la comunicación establecida con el informante, la lógica de su conocimiento socialmente construido.

Criterio 6. La presencia del investigador y su posición en el contexto de la investigación debe ser reconocida y tomada como datos para el análisis de la información.

En el trabajo etnográfico existe una gran diversidad de instrumentos para recolectar la información, la observación participante es uno de los más utilizados, seguido de la entrevista y, en algunos casos, el cuestionario (LeCompte, 1982).

Investigación-acción

Existen varias formas de conceptualizar la investigación-acción (Cordero, G., en prensa). Para los fines de este trabajo, sólo hablaré de las generalidades existentes en sus planteamientos.

Algunos autores ubican la investigación-acción como un tipo de investigación cualitativa (Benedito, 1988), aunque sus fundamentos teóricos se acercan

más a la sociología crítica que a la antropología.

El término investigación-acción surgió en el campo de la psicología social y fue acuñado por Kurt Lewin para relacionar la investigación científica con la acción social. Lewin describe un proceso de investigación que se modifica en espirales de reflexión y acción.

Cada espiral incluye:

1. Aclarar y diagnosticar una situación práctica que ha de ser mejorada o un problema práctico que ha de ser resuelto.
2. Formular estrategias de acción para mejorar la situación o resolver el problema.
3. Desarrollar las estrategias de acción y evaluar su eficacia.
4. Aclarar la situación resultante mediante nuevas definiciones de problemas o de áreas a mejorar (y así sucesivamente en la siguiente espiral de reflexión y acción) (Elliott, 1990:317).

Stenhouse (1984) trasladó estas ideas al campo educativo en los años setenta. Posteriormente éstas han sido ampliamente desarrolladas por Elliott (1990), además de Carr y Kemmis (1988), entre otros.

Elliott señala que la investigación-acción tuvo, en su origen, varios objetivos:

En primer lugar, surgió como una solución a los problemas relacionados con la ejecución de innovaciones curriculares en clase. En segundo lugar, estaba vinculado a un *modelo de proceso* para el desarrollo del currículum que establecía una identidad entre desarrollo de currículum y desarrollo del profesor. Según lo estipulado por este modelo, los profesores desarrollan el currículum y se perfeccionan a sí mismos a través de ciclos de investigación acción o reflexión sobre la acción seguida de acción basada en la reflexión (Elliott, 1992:4790).

Este mismo autor señala ocho características de la investigación-acción, cuatro de las más importantes son:

1. La investigación-acción en las escuelas analiza las acciones humanas y las situaciones sociales experimentadas por los profesores como: a) inaceptables en algunos aspectos (problemáticas); b) susceptibles de cambio (contingentes); c) que requieren una respuesta práctica (prescriptivas).
2. El propósito de la investigación-acción consiste

- en profundizar la comprensión del profesor (diagnóstico) de su problema. Por tanto, adopta una postura exploratoria frente a cualesquiera definiciones iniciales de su propia situación que el profesor pueda mantener.
3. La investigación-acción adopta una postura teórica según la cual la acción emprendida para cambiar la situación se suspende temporalmente hasta conseguir una comprensión más profunda del problema práctico en cuestión.
 4. La investigación-acción interpreta "lo que ocurre" desde el punto de vista de quienes actúan e interactúan en la situación problema, por ejemplo, profesores y alumnos, profesores y director (Elliott, 1990).

En la investigación-acción, las estrategias de recolección y análisis de la información son semejantes a las empleadas por los investigadores cualitativos. Precisamente, el resurgimiento de la investigación-acción se debió, entre otros factores, al auge de los métodos de investigación cualitativa y a la idea de que la perspectiva y categorías de los actores son fundamentales para entender las prácticas educativas (Kemmis, 1992).

Análisis comparativo entre la etnografía y la investigación-acción

A continuación señalaré algunas de las diferencias existentes entre ambas posiciones metodológicas con relación a objetivos, algunas estrategias de recolección y análisis de la información y función de los investigadores.

Objetivos de investigación

La etnografía y la investigación-acción tienen diferentes objetivos. La etnografía pretende describir e interpretar el significado de una situación social con el fin de hacer una abstracción de la realidad y construir proposiciones, teorías o modelos. De acuerdo con Wolcott (1992:21), lo que distingue a la etnografía no son las técnicas de investigación utilizadas, sino que el resultado es *etnografía*. La etnografía se entiende como el producto final de la descripción e interpretación cultural que caracteriza el trabajo antropológico. La etnografía es el trabajo de campo más la especificidad del trabajo interpretativo. El etnógrafo genera diversos niveles de teoría que emerge de sus datos para dar cuenta del signifi-

cado que una determinada situación tiene para un grupo cultural.

Desde esta perspectiva, el fin de cualquier investigación etnográfica es la generación de teoría, ya que se pretende ir más allá de las categorías de sentido común devolviendo una imagen más rica y profunda de la realidad estudiada (Woods, 1987). Por ejemplo, en el caso de la investigación etnográfica en la dimensión curricular, el investigador pretendería explícitar la "teoría práctica" que subyace en la acción del maestro.

La investigación-acción, por otro lado, pretende la identificación de una situación problemática por parte de los participantes, la acción colectiva para la transformación de esa situación problemática, el registro de los procesos vividos durante la transformación y la reflexión de los participantes sobre su experiencia.

Se considera que la acción colectiva será más adecuada a las necesidades y metas de la escuela si se realiza una vez que se ha reunido información suficiente y se ha reflexionado sobre ella. Moverse de la reflexión a la acción es el paso crucial que determina, en última instancia, el valor que los participantes dan a su proyecto de investigación (Cordero, 2001). Por esta razón, el valor de la investigación-acción no sólo reside en la posibilidad de solucionar problemas escolares, su valor está relacionado con su riqueza formativa para el colectivo de investigación que desarrolla un proyecto de esta naturaleza.

Estrategias de recolección y análisis de los datos

En el marco de la investigación cualitativa se entiende como "datos" todos los materiales que el investigador recoge de la realidad que estudia. Son fuente de datos tanto los materiales elaborados por los colaboradores, tales como documentos, diarios, etcétera, como aquellos otros que el propio investigador construye, por ejemplo, transcripciones de entrevistas o notas de campo (Bogdan y Biklen, 1982).

Si bien tanto en la etnografía como en la investigación-acción pueden usarse instrumentos de recolección de datos similares (entrevistas, notas de campo, análisis de documentos, observación, diarios de trabajo, etc.), su sentido y contenido variará en función del objetivo que persiga el investigador.

Uno de los instrumentos más utilizados en ambos enfoques es la observación participativa, pero el sentido de la *participación* en la etnografía es diferente del sentido que se le da a la *participación* en la investiga-

ción-acción. En la etnografía, el investigador debe permanecer por un tiempo prolongado en el campo y su mera presencia ya implica una forma de participación. En la etnografía clásica, el término "observador participante" significa que el observador estuvo físicamente presente, más que una implicación efectiva en alguna actividad del grupo de colaboradores. Si bien un cierto tipo de participación es necesaria para ganar la confianza de los colaboradores, el observador debe cambiar lo menos posible la situación con su presencia (Spindler, 1992), por lo que los investigadores etnográficos deben estar alertas a los posibles efectos que su presencia cause en sus colaboradores.

Por otro lado, en la investigación-acción los maestros son los observadores participantes naturales, y en este sentido siempre realizan una observación participativa. El reto es, en este caso, cómo distanciarse de su cotidianidad para convertirse en verdaderos observadores. Este distanciamiento puede lograrse a partir de la elaboración y análisis de diarios de campo, registro y análisis de observaciones y entrevistas.

Función de los investigadores

La función de los investigadores también es diferente. El etnógrafo es generalmente un sujeto ajeno a la cultura de un grupo determinado que se introduce en el campo de estudio el tiempo suficiente para recolectar los datos que lo lleven a elaborar su teoría de lo que sucede en ese contexto.

Por su parte, en la investigación-acción se considera que los miembros del grupo son los investigadores de su propio proceso. Los investigadores son parte del grupo y por tanto su permanencia no es temporal sino definitiva. De acuerdo con Kemmis (1992):

(...) sólo el profesional tiene acceso a las perspectivas y a los cometidos que configuran una acción particular como una *praxis*, por lo que la *praxis* sólo podrá ser investigada por el propio actor (participante). La dialéctica de acción y comprensión es un proceso exclusivamente personal de reconstrucción y construcción racional (Kemmis, 1992:3333).

En el caso de la etnografía, se establece la típica división del trabajo intelectual entre el investigador y el investigado (Contreras, 1991). Para salvar esta divi-

sión, los etnógrafos críticos pretenden sostener una posición más comprometida con sus colaboradores. Sin embargo, en tanto que la interpretación final la hace un sujeto externo a la cultura, no se ve claramente cómo hacer una etnografía más participativa o democrática sin caer en intentos de hacer autoetnografía, lo cual, de acuerdo con Woods (1987), sería imposible. El investigador debe estar atento a no volverse "nativo", es decir, no sobreidentificarse con la perspectiva de sus colaboradores. Woods (1987:51) señala que es preciso empatizar con los colaboradores pero no interpretar el material a la luz de las opiniones nativas.

Una de las variaciones de la etnografía que más se acerca a la investigación-acción es la etnografía colaborativa. Este tipo de etnografía es usada para representar diversas perspectivas en un análisis final, con el objetivo de incorporar un mayor número de fuentes de información. La etnografía colaborativa se emplea en Estados Unidos para realizar investigación evaluativa. Sin embargo, a pesar de varios intentos de aproximar la investigación-acción con la etnografía, esta última sigue siendo una empresa de un solo autor aunque los investigadores se inclinan cada vez más a conceptualizar a sus informantes como colaboradores (Grant, 1992).

La investigación-acción, por otro lado, propone salvar esta división del trabajo intelectual. No se trata de estudiar a "otros", sino de analizar la práctica propia. En un proceso de investigación-acción un colaborador externo puede tener la función de facilitador de acuerdo con las necesidades y demandas que el propio colectivo de investigación le plantea. Sin embargo, el colaborador externo tendrá razón de ser en la medida en que el colectivo considere necesaria su participación para resolver un problema determinado de organización, conceptualización o de búsqueda de información. Si el colectivo quiere prescindir de un colaborador externo, esta figura puede desaparecer sin alterar el modelo de investigación.

Conclusiones

Para cerrar este ensayo haré las siguientes consideraciones:

1. Es importante conocer los alcances y limitaciones de cada uno de estos enfoques metodológicos. Si bien ambos se insertan en la línea de la investigación cualitativa, cada uno tiene un objetivo diferente y por tanto la posibilidad de utilizarlos de-

- penderá de las condiciones, objetivos y expectativas del profesorado.
2. En ambos enfoques el diseño de investigación no sigue un plan metodológico predeterminado y rígido. El tipo de trabajo desarrollado, los hallazgos y las interacciones entre el investigador y sus colaboradores cambian o definen nuevos caminos en el proceso de investigación. No hay una norma que dé una respuesta técnica a la problemática cotidiana que enfrentan los investigadores. Sin embargo, en ambos casos se requiere rigor metodológico y sistematicidad. El hecho de que los procedimientos no sean estandarizados no quiere decir que no deban ser rigurosos (Taylor y Bogdan, 1986).
 3. Termino mi ensayo señalando que si los formadores de profesores, en tanto que generalmente somos los primeros consumidores, difusores y defensores de muchas de estas ideas, no estamos alerta a los problemas éticos y prácticos que plantea el desarrollo de trabajos de investigación dentro del paradigma cualitativo, podríamos ocasionalmente involuntariamente serias dificultades en la dinámica de trabajo de un centro escolar. Por lo anterior, no se puede imponer a ningún colectivo una investigación etnográfica sin contar con su aceptación explícita, así como tampoco se pueden utilizar datos generados en el contexto de un proyecto de investigación-acción para ser presentados finalmente como un trabajo etnográfico realizado por un investigador externo.

Bibliografía

- BENEDITO, V. (1988). "La investigación didáctica". *Encyclopedie Práctica de la Pedagogía*, 3. Barcelona: Planeta. 9-32.
- BOGDAN, R. y BIKLEN, S. (1982). *Qualitative research for education: an introduction to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon.
- CARR, W. y S. KEMMIS. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza. La investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.
- CONTRERAS, J. (1991). El sentido educativo de la investigación. *Cuadernos de Pedagogía*, 196. 61-67.
- CORDERO, G. (2001). Aspectos a considerar para poner en práctica una propuesta de investigación-acción en el aula. *Educar*, 19. 43-52.
- (En prensa). Funciones de los asesores o agentes de apoyo externo en los proyectos de investigación-acción en educación. *Cuadernos de Educación. Serie Formación docente*, 3, 4.
- CORENSTEIN, M. (1992). Panorama de la investigación etnográfica en la educación en México: una primera aproximación. En Rueda, M. y M. Campos. *Investigación etnográfica en la educación en México*. México: UNAM. 359-367.
- DENZIN, N. y Y. LINCOLN. (1994). *Handbook of qualitative research*. California: Sage.
- ELLIOTT, J. (1990). *La investigación-acción en educación*. Madrid: Morata.
- (1992). Profesorado: los profesores como investigadores. En T. Husen y T. N. Postlethwaite. *Encyclopedie Internacional de la Educación*, 8. Madrid: Vicens-Vives. 4789-4792.
- ERICKSON, F. (1989). Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En: M. Wittrock. *La investigación en la enseñanza, II: métodos cualitativos y de observación*. Barcelona: Paidós-MEC. 195-301.
- EISNER, E. y A. PESHKIN. (1990). *Qualitative inquiry in education: The continuing debate*. Nueva York: Teachers College Press.
- GRANT, L. y G. A. FINE. (1992). Sociology unleashed: Creative directions in classical ethnography. En M. LeCompte, et al. (ed.) *The Handbook of qualitative research in education*. California: Academic Press. 405-446.
- KEMMIS, S. (1992). Investigación en la acción. En T. Husen y T. N. Postlethwaite. *Encyclopedie Internacional de la educación*, 6. Madrid: Vicens-Vives. 3330-3337.
- LECOMPTE, M., et al. (1982). Ethnographic data collection in evaluation research. *Educational evaluation and policy analysis*, 4, 3. 387-400.
- SPINDLER, G. y L. SPINDLER. (1992). Culture process and ethnography. En M. LeCompte, et al. (eds.). *The handbook of qualitative research in education*. California: Academic Press. 53-92.
- TAYLOR, S. J. y R. BOGDAN. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Argentina: Paidós.
- VAN MAANEN, J. (1983). *Qualitative methodology*. California: Sage.
- WOLCOTT, H. F. (1992). Posturing in Qualitative Research. En M. LeCompte, et al. (ed.) *The Handbook of qualitative research in education*. California: Academic Press. 3-52.
- WOODS, P. (1987). *La escuela por dentro*. Barcelona: Paidós-MEC.

Educar para la salud: reto de todos

ENTREVISTA CON MARTHA VILLASEÑOR FARÍAS



¿Qué debemos entender cuando hablamos de educación para la salud?

Cuando hablamos de educación para la salud nos referimos al proceso social que implica transmisión, recreación, creación y apropiación del conocimiento con la intención de fomentar y preservar la salud, así como la prevención de problemas y enfermedades que dificultan el desarrollo de una vida saludable y que incluso pueden llevarnos a la muerte en forma prematura.

La educación para la salud es una de las varias estrategias de trabajo para lograr la promoción de la salud, la cual parte de entender que la salud depende de una multiplicidad de factores sociales, ambientales, económicos, políticos, etc., en el ámbito individual, grupal y estructural.

Anteriormente se tendía a adjudicarle a la educación para la salud toda la responsabilidad de las condiciones de salud-enfermedad de una sociedad y, por lo tanto, crear programas educativos cuyos objetivos y metas planteaban logros que difícilmente podían ser alcanzados únicamente con el acceso al conocimiento. Así, por ejemplo, se esperaba que sólo con educación para la salud se generaran cambios epidemiológicos de morbi-mortalidad y de estilos de vida, lo que hoy sabemos no es factible; se requiere, además de acceso al conocimiento, contar con otros bienes sociales tales como el trabajo, el salario, la alimentación, la vivienda, la educación en general, la seguridad pública, la equidad y la justicia social, entre otros.

Conceptuar y dimensionar de manera realista a la educación para la salud no le resta importancia; al contrario, nos permite ver y analizar de manera más consciente los modelos educativos que dificultarían o facilitarían el desarrollo de su verdadero potencial para el cambio. Educar para la salud como proceso grupal activo de enseñanza-aprendizaje busca generar los elementos necesarios para propiciar que se asuma en lo individual y en lo colectivo una concien-

cia social, una postura reflexiva, crítica y creativa y el ejercicio de una práctica transformadora del proceso salud-enfermedad.

¿Debemos emplear el término “en” o “para”, al referirnos a este tipo de educación?

Creo que la diferencia no sólo es una cuestión de forma semántica, sino de fondo. Educar en salud abriría la posibilidad de entender el concepto como la transmisión del conocimiento existente sobre la salud visto como tema, o como un estado que se tiene o no, lo que, a mi juicio, connota una perspectiva muy lineal y estática. Por el contrario, educación para la salud nos remite a pensar en una acción educativa con una intencionalidad, es decir, con una meta: la salud. Esta terminología es más afín con la idea de que la salud no es un algo que se posea o no, sino un proceso dinámico y dialéctico en permanente construcción.

¿Educación para la salud y salud pública son lo mismo?

No, aunque están relacionadas no son lo mismo. La salud pública es un área científico disciplinar que busca conocer y comprender el proceso colectivo de salud-enfermedad y actuar sobre él, identificando las condiciones de salud de la población y explicando sus determinantes, para formular políticas y programas que, al articularse con otros ámbitos de desarrollo social, lo transformen positivamente. La salud pública se fundamenta en el principio de valor que da a la salud el estatus de derecho humano fundamental y de elemento central para el desarrollo nacional, aspectos que en México han sido reconocidos en nuestra constitución y en los planes nacionales de desarrollo, como el actual.

Una de las estrategias de articulación intersectorial e interdisciplinaria de la salud pública es la promoción de la salud y, dentro de ella, una de las estrategias de trabajo es la educación para la salud.

Como una manera de orientar las acciones a emprender en salud pública se han señalado, por diferentes organismos, entre otros la Organización Mundial de la Salud (OMS), las funciones sustantivas del Estado y sus instituciones, entre las que se encuentra la educación para la salud, con la cual se estaría buscando desarrollar y fortalecer una cultura en pro de la vida y la salud y contribuir a la formación de recursos para su operación y para continuar generando conocimientos al respecto. Por lo tanto, la educación para la salud es parte de la salud pública.

Usted señala que la educación para la salud contribuye a la generación de conocimientos. ¿Qué perspectiva metodológica en investigación le es más afín, la cuantitativa o la cualitativa?

Ambas perspectivas metodológicas son valiosas en la educación para la salud, cada una aporta elementos que posibilitan la comprensión holística del proceso salud-enfermedad. Dentro del proceso educativo enseñanza-aprendizaje no podríamos dimensionar la magnitud de un problema sin la metodología cuantitativa, como tampoco podemos explicar cómo los sujetos viven ese problema, lo significan y lo afrontan sin la metodología cualitativa. Ambas metodologías son complementarias, la priorización de una sobre otra deberá depender de la pregunta a la cual intentemos dar respuesta y del objetivo de conocimiento que se tenga.

¿De qué tipo de disciplinas científicas se nutre la educación para la salud?

La educación para la salud une dos ámbitos: la educación y la salud, por tanto, en su estructuración se retoman, según la corriente que la conceptualice e instrumente, aspectos de las áreas de trabajo de educación general, educación de adultos, educación popular, atención a la salud y trabajo comunitario. De igual manera, se incluyen varias disciplinas científicas, entre ellas: historia y filosofía de la educación y la salud, ciencias políticas, psicología, sociología, economía de la educación y de la salud, epidemiología, administración de servicios de salud, pedagogía, tecnología educativa, etc.

¿La educación para la salud como enfoque se opone al modelo de medicina tecnificada y privada?

No. El desarrollo de tecnología para la salud, al igual que el conocimiento, es un elemento importan-

te para la salud; el aspecto que habrá de valorarse críticamente no es el nivel de desarrollo, sino la forma de priorizar presupuestos para este desarrollo, el cumplimiento de principios éticos y la equidad en el acceso a esa tecnología.

La existencia o no existencia de servicios de salud de tipo privado está en relación con el sistema socio-político de cada país. Anteriormente entendíamos por medicina privada aquellos servicios de salud que de manera individual contratábamos y pagábamos de forma directa e inmediata. Hoy, las opciones se han diversificado, tenemos también formas corporativas y particulares privadas con pagos no directos como los seguros por gastos médicos y modelos de atención pública que cambian de gratuitos a pagados como el seguro popular, temática que socialmente amerita un análisis crítico profundo sobre su trasfondo y sus implicaciones, pero que, por su extensión, debe abordarse en otro momento.

Lo que sí puedo señalar con respecto a su pregunta es que el concepto y modelo de educación para la salud estará en relación con el sistema socioeconómico y político de organización social y de prestación de servicios de salud.

Y me gustaría hacer otro señalamiento, en el sentido de que el espacio de la llamada medicina privada, también puede e incluso debería ser un campo de intervención educativa para la salud. La responsabilidad educativa que todas y todos tenemos como prestadores de servicios de salud no depende de si trabajamos en espacios públicos o privados, gratuitos o pagados, ni mucho menos del momento o la forma de pago.

Ahora que menciona que la medicina privada debería ser un campo de intervención educativa, ¿qué otros campos de intervención habría en educación para la salud?

Son innumerables. La educación para la salud definitivamente rebasa los límites escolares de la salud pública como área de especialización. Los campos de intervención van a variar según características de la población blanco (niños/as, adolescentes, indígenas, embarazadas, etc.); según el espacio de aplicación (comunidad, escuela, hospital, empresa, medio penitenciario, ciudad y municipio, medios masivos de comunicación, etc.); según el tema de salud-enfermedad a abordar (resiliencia y factores protectores, alimentación y nutrición, medio ambiente, planificación familiar, hipertensión arterial, lactancia, infecciones de transmisión sexual, etc.); según el modelo de in-

tervención (grupos de autoayuda, educación popular, participación comunitaria, comunicación y *marketing*, etc.); puede también clasificarse en términos de si se dirige a la formación de recursos humanos en el área de prestación de servicios de salud profesionales o de promotores de salud, o si se dirige a la educación de la población.

¿Qué orientaciones hay en educación para la salud?

La orientación que tome la educación para la salud dependerá, entre otros aspectos, de la conceptualización que se tenga de educación y de salud, así como del marco teórico filosófico empleado como referencia. La clasificación puede ser muy amplia; yo mencionaré de manera general y esquemática sólo algunas orientaciones:

1. Según su propósito

1.1. Fomento a la salud

1.1.1. Desarrollo de factores positivos de salud

1.1.2. Resiliencia

1.1.3. Autogestión y empoderamiento

1.2. Prevención

1.2.1. Desarrollo de factores protectores

1.2.1. Autocuidado

1.2.2. Disminución de riesgos

2. Según la postura pedagógica

2.1. Directiva

2.1.1. Prescriptiva (decir qué hacer)

2.1.2. Responsabilizante (señalar la responsabilidad que el sujeto tiene ante una situación o problema de salud)

2.1.2.1. Retrospectiva (de lo hecho)

2.1.2.2. Prospectiva (del futuro)

2.2. No directiva

2.2.1. Coparticipativa

2.2.2. Participativa

2.2.3. Autogestiva

3. Según el nivel educativo

3.1. Informativa

3.2. Facultadora

3.3. De participación comunitaria

4. Según el foco de atención

4.1. Centrada en la persona

4.2. Centrada en el problema

4.3. Centrada en el proceso educativo

5. Según la teoría educativa de base

5.1. Conductista

5.1.1. Operación condicionada

5.1.2. Comunicación persuasiva

5.2. Cognitiva

5.2.1. Creencias en salud

5.2.2. Acción razonada

5.3. Cognitivo-conductual

5.3.1. Aprendizaje social

5.3.2. Adopción de innovaciones

5.4. De relacionamiento interpersonal

5.4.1. Influencia social

5.4.2. Reacciones psicológicas

5.4.3. Procesos grupales

5.5. Psicoanalítica

5.6. Humanista

5.7. Gestalt

5.8. Sociocultural

5.9. Constructivista

¿Cuál es la situación de la educación para la salud en México?

Las condiciones actuales de incertidumbre política, financiera y social, de transición epidemiológica y de globalización en las que la educación para la salud se desarrolla constituyen un hecho sin precedente.

En el ámbito del discurso, la educación para la salud sigue siendo una estrategia prioritaria para asegurar a la población su derecho a la salud; muestra de ello es su presencia en los planes nacional y estatales de desarrollo y en los planes nacional y estatales de salud. Sin embargo, esta priorización no siempre se ve reflejada en la formación de recursos profesionales y en la asignación y ejercicio presupuestal. Lo que da por resultado que no hay suficientes recursos humanos y financieros para hacer frente a todas las acciones educativas que tendrían que estarse efectuando si verdaderamente se quisiera mejorar la salud de toda la población.

Por otra parte, la poca reflexión crítica sobre la educación para la salud, su concepto, sus modelos y métodos, ha hecho que se privilegien acepciones más ligadas a la enfermedad que a la salud; modelos informativos más que facultadores y de participación comunitaria, responsabilizadores (culpabilización y autocuidado) y atemorizadores más que de autogestión y empoderamiento; que se empleen métodos muy directivos y que se efectúen pocas evaluaciones sistemáticas, todo lo que está dando por resultado un pobre impacto educativo.

Educación en salud en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares

ANDRÉS PALOMERA CHÁVEZ



HERNÁNDEZ MELÉNDEZ EDELSYS, ANDRÉS PALOMERA CHÁVEZ y FABIOLA DE SANTOS ÁVILA. *Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares*. Universidad de Guadalajara, Guadalajara. México. 2003, 160 pp.

Este libro es uno de los primeros textos que aborda el análisis de las estrategias de intervención que los psicólogos realizan en las enfermedades cardiovasculares.

Los autores hacen una extensa revisión de las relaciones que guardan los elementos psíquicos con el desarrollo y evolución de los trastornos cardiovasculares, entre los que se encuentran la personalidad, los estados emocionales y factores como el estrés, la ansiedad y la depresión. Destacan que el patrón de comportamiento tipo "A" (PCTA) es el que más se asocia con enfermedades como el infarto agudo al miocardio y la hipertensión, entre otras. Los parámetros del PCTA están asociados a rasgos de personalidad como la competitividad y el esfuerzo apremiante por lograr objetivos, la pluralidad de metas y compromisos con el trabajo, la sensación de urgencia temporal, prisa e impaciencia, la hostilidad, la irritabilidad y la falta de relajación corporal.

Analizan también el papel que tienen las estrategias de afrontamiento de la enfermedad en el proceso de desarrollo, evolución y, en su caso, de rehabilitación de pacientes con este tipo de trastornos. Por otra parte, abordan el papel que la calidad de vida desempeña en el proceso de rehabilitación de los pacientes con afecciones cardiovasculares. Presentan una descripción de los componentes de la calidad de vida percibida por los pacientes, sus familiares y el médico tratante.

Un apartado innovador corresponde a la propuesta de intervención psicológica en la que se proponen dos fases. La primera es una etapa diagnóstica en la que se deben analizar los factores psicosociales de riesgo en el proceso salud-enfermedad: los estados emocionales agudos (ira, depresión, ansiedad, etc.), el conocimiento del paciente de su enfermedad, sus atribuciones, su autocontrol, su nivel de aspiraciones, sus creencias de salud, sus hábitos de vida saludables o nocivos, si se trata de una personalidad salutogénica o propensa a enfermar, las redes de apoyo social, su efectividad, así como la percepción que tiene el paciente de sí mismo, sus estilos de afrontamiento que pueden ser la base de un patrón comportamental, su adaptación a la enfermedad y su calidad de vida.

La segunda es una fase terapéutica en la que se orienta la intervención hacia la disminución de los estados emocionales, para luego ir en busca de la eficiencia de los mecanismos de autorregulación personal. Se fomenta que el paciente conozca su enfermedad, sus posibilidades, y modifique los estilos de afrontamiento que están matizando y determinando su patrón comportamental. Proponen que los métodos a utilizar se seleccionen considerando los que mejor respondan a los objetivos planteados para cada paciente, ya sea individuales o grupales. Entre los más empleados se encuentran los métodos sugestivos y los persuasivos, las técnicas de relajación, la hipnosis, la retroalimentación biológica, las técnicas conductuales, la psicoterapia familiar, la terapia sexual y las charlas educativas.

Sin duda la sexualidad es un aspecto de fundamental importancia en la vida humana, pero en los pacientes cardiópatas adquiere un valor aún mayor. Los autores aportan elementos dirigidos hacia el análisis de los mitos que el sexo tiene en la vida de los pacientes con enfermedades cardiovasculares. En

esta parte se orienta al paciente, a la familia y a los profesionales en torno a cómo el paciente puede disfrutar de su vida sexual.

Finalmente, y éste es quizá el elemento crucial en el desarrollo y evolución de cualquier enfermedad, la comunicación del diagnóstico y pronóstico a pacientes y familiares por parte del personal de salud. En este último apartado del libro se instruye a los profesionales y familiares acerca de cómo informar a los pacientes sobre su enfermedad y cómo dosificar es-

ta información para satisfacer sus necesidades considerando sus condiciones y particularidades individuales.

Seguramente este libro será de consulta obligada para los profesionales de las ciencias de la salud interesados en la atención psicológica de pacientes con enfermedades cardiovasculares, así como también de quienes trabajan con otro tipo de enfermos tanto ambulatorios como hospitalizados.

Normas para la recepción de colaboraciones en la Revista de Educación y Desarrollo



1. *Revista de Educación y Desarrollo* publicará artículos que constituyan informes de investigación, revisiones críticas, ensayos teóricos y reseñas bibliográficas referidos a cualquier ámbito de la educación para la salud, la psicología educativa y en general las ciencias de la educación.

2. Los trabajos deberán ser inéditos y no estar simultáneamente sometidos a un proceso de dictaminación por parte de otra revista.

3. Para su dictaminación, se enviará un original en formato electrónico PC en un procesador de textos indicando el programa y la versión (Word versión 6 o superior). La vía preferencial para esta comunicación será el correo electrónico en forma de archivo adjunto (*attachment*). También se pueden enviar trabajos por correo tradicional a la dirección de la revista. En ese caso, se enviará un original y tres copias en papel, más el diskette con el o los archivos correspondientes.

4. Al recibir el trabajo propuesto, *Revista de Educación y Desarrollo* acusará recibo vía correo electrónico. Una vez dictaminado positivamente el artículo en cuestión, el fallo se hará del conocimiento del autor principal por correo electrónico. El autor o autores deberán hacer constar su dirección, dirección electrónica, teléfono de contacto y otros datos generales de identificación. Los trabajos que no cumplan esta norma serán devueltos al remitente.

5. Los originales de informes de investigación, ensayos y revisiones críticas tendrán una extensión máxima de 20 cuartillas, tamaño carta, incluidas las notas y las referencias bibliográficas. Las reseñas bibliográficas tendrán una extensión máxima de dos cuartillas y deberán comentar un libro o producción editorial de reciente aparición. Las cuartillas deben ser mecanografiadas a doble espacio, utilizando la fuente times new roman o arial de 12 puntos, con un margen de 2.5 centímetros por los cuatro lados y con las páginas numeradas. Sólo excepcionalmente se admitirán originales que sobrepasen la extensión recomendada.

6. Para la presentación del trabajo, el autor o los autores deberán seguir las normas expresadas enseguida: en la primera página deberá constar el título del trabajo –en español e inglés–, nombre y apellidos del autor o autores en el orden en que deseen ser presentados, así como la universidad, departamento, centro o instancia donde se ha realizado el trabajo. Se debe incluir también el domicilio completo de la instancia o institución y de los autores, sus teléfonos, faxes y correos electrónicos, así como cualquier otro dato que facilite su localización.

7. Los gráficos y figuras deberán ser en blanco y negro y realizarse con la calidad suficiente para su reproducción directa. Se incluirán en el cuerpo del texto (archivo), así como en archivos aparte, indicando con claridad dónde deben insertarse. El número de ilustraciones (tablas y figuras) no deberá exceder de diez. Los pies de las figuras deberán escribirse a máquina en hoja aparte, con la misma numeración que las figuras correspondientes. Se debe especificar el formato del archivo de imagen enviado.

8. Las notas a pie de página, cuando existan, deberán agregarse al final del texto, empleando una numeración correlativa, en texto natural (no usar la opción de pie de página al final).

9. Los trabajos deberán ir acompañados de un resumen en español y en inglés que no debe exceder de 150 palabras, así como de una lista de 4 ó 5 palabras clave que describan el contenido del trabajo, también en las dos lenguas.

10. Las referencias bibliográficas se ajustarán a las siguientes normas:

- Todos los trabajos citados deben aparecer en la lista de referencias y viceversa. Al final del trabajo se incluirá la lista de referencias bibliográficas por orden alfabético de autores. En el texto se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentre el texto citado cuando proceda (vgr.: Méndez, 2001:32).
 - Los *libros* se citarán de la siguiente manera: apellido o apellidos del autor o autores en mayúsculas (coma) inicial/es del nombre (punto), año de edición entre paréntesis (punto), título en cursivas (punto), lugar de edición (dos puntos) (se debe incluir la ciudad de edición, no el país), editorial (punto). Ej.: TYLER, H. (1988). *Diseño experimental*. México: Trillas.
 - **Artículos (o capítulos de libro o partes de un todo):** apellidos del autor en mayúsculas (coma), iniciales del nombre (punto), año de edición entre paréntesis (punto), título del trabajo entrecerrillado (punto), título de la revista en cursiva (coma), volumen (coma), número (coma) y página/s (punto). Ej.: GÓMEZ, G. (1991). “Métodos correlacionales sobre estudios de rendimiento escolar”. *Revista de investigación educativa*, III, 6, 236-251.
 - Las *notas o citas literales* aparecerán a final de página. El texto citado irá entrecerrillado y, a continuación, entre paréntesis, el apellido del autor (coma), año de publicación (coma) y páginas del texto.
11. Toda colaboración estará subdividida por el autor en secciones, y si es pertinente, con los correspondientes títulos numerados. La redacción se reserva la posibilidad de incluir o modificar títulos, subtítulos, ladillos, etc. por motivos de diseño y maquetación.
12. Los trabajos se someterán a un proceso de evaluación ciega por parte de dictaminadores de instituciones externas, por lo que se deben evitar las referencias explícitas o tácitas a la autoría del mismo, tanto en el cuerpo del texto como en las citas y notas.
13. Los autores de los trabajos publicados recibirán dos ejemplares del número correspondiente.
14. La dirección y redacción de la *Revista de Educación y Desarrollo* no se hacen responsables de los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores.

En portada

Agustín Solórzano



Agustín Solórzano (Guanajuato, 1973).
Download Dog, 2001.
Foamboard, 80 x 160 x 40 cms.
Edición de tres y P/A.

En la obra de Agustín Solórzano parece haber una tensión premeditada entre la identidad y la alteridad, un acto de alienación deliberado y ambiguo que muchas veces toma simultáneamente la forma de un desconocimiento de lo propio y un reconocimiento de lo que nos es extraño y distante.

En sus trabajos previos es visible una actitud esquiva y suspicaz sobre la noción de estilo, ya sea como modo expresivo característico o como conjunto de elementos reconocibles en el conjunto de sus creaciones. A veces esta tensión se manifiesta en objetos e instalaciones en los que amalgama elementos opuestos, casi siempre aludiendo a seres de la naturaleza (árboles, animales, algunas condiciones físicas de estar en el mundo) o a situaciones que involucran nuestra relación conflictiva con ellos.

El resultado son piezas cargadas de ironía en las que se puede percibir un distanciamiento a la vez crítico e indulgente, lleno de un cordial escepticismo: paisajes interiores de plantas que únicamente pueden experimentarse por su reflejo; árboles de goma invisibles puestos en el piso, que sólo aparecerán delineados por el polvo que dejan cientos de pisadas; muros y pisos de luz hechos de objetos cotidianos reciclados como botellas y casetes; fotografías de Superman/Christopher Reeve en silla de ruedas que nos confrontan con la fragilidad de la vida. También: una llanta que arde con llamas vegetales, un casco de fútbol americano hecho en cerámica, la escultura en *foamboard* de un perro, un plafón elaborado con rejas vacías de refresco y un mueble construido con madera y cajas de plástico.

Una de sus exposiciones, titulada *Ajeno*, puede observarse como un ensayo en el que el artista se rehusa a encontrar similitudes entre los temas y los objetos que participan de los significados de sus intenciones, efecto que, perversamente, nos incita a buscar conexiones ahí donde no se encuentran, o a proponer que detrás de ellos debe haber un vínculo peculiar, estilístico, que les confiere sentido.

(BAUDELI LARA)

