

La escuela, escenario privilegiado de la educación para la salud

Isabel R. Rodríguez Ortiz.
Dpto. de Psicología. Universidad de Huelva.

La educación para la salud se propone como fin último la promoción y el mantenimiento de estilos de vida saludables. Estos se definen como el conjunto de patrones de conducta que permiten *añadir años a la vida y vida a los años* y, en consecuencia, previenen la aparición de enfermedades y discapacidades (Mendoza, 1990).

Los estilos de vida están determinados tanto por factores macrosociales y geográficos (políticas, medios de comunicación, etc.) como por factores microsociales o individuales (rasgos de personalidad, habilidades de pensamiento, etc.) (Mendoza, Sagrera y Batista, 1994). Por ello, dentro de la promoción global de los estilos de vida saludables se establecen diversas medidas para incidir en los distintos niveles implicados: medidas sociales, legales y educativas. De estas últimas depende en muchas ocasiones la efectividad del resto de las medidas pues ésta se ve incrementada en la medida que el individuo las puede interpretar correctamente. Para ello es necesario que su formación educativa lo haga posible. La importancia de la escuela, como agente promotor de los estilos de vida saludables, aumenta en relación directa al grado de autonomía que se le supone al individuo en su decisión respecto a determinados patrones de conducta contrarios a la salud. Esto no significa que se menosprecie la importancia de las otras medidas sociales y legales pues éstas contribuyen a que aparezca y se mantenga el cambio deseado (Alonso et al., 1991).

Por ello, sin sobredimensionar la influencia que puede ejercer la escuela, se puede afirmar que se ha convertido en un marco privilegiado para el abordaje de la educación para la salud. Aunque esta consideración viene defendiéndose, con mayor o menor intensidad, desde hace más de una década (Mendoza, 1989; Gómez, 1994), no es hasta fechas muy recientes cuando se consigue que la educación para la salud aparezca como tema transversal en los nuevos currículums, impregnando los objetivos y contenidos de algunas de las áreas de conocimiento.

La actual ley de educación, LOGSE, confiere a la escuela legitimidad para educar en el aprecio y conservación de la salud, para ello dicta la obligatoriedad de trabajar en los centros docentes la educación para la salud y propone su tratamiento desde los enfoques de transversalidad e interdisciplinaridad (Parra, 1993). Este planteamiento lleva aparejado una serie de virtudes, entre ellas, dicho tratamiento supone una reestructuración del enfoque dado a los contenidos ya existentes en lugar de la introducción de otros nuevos (Escario et al., 1994). Por otro lado, permite al centro educativo poder transvasar a su proyecto docente las preocupaciones y demandas sociales de su entorno (Moradillo, 1994) y, además, permite basar su tratamiento en los métodos habitualmente empleados en las aulas.

La LOGSE insta a los centros educativos a que se comprometan con la educación para la salud, a partir de la contextualización de los contenidos educativos oficiales teniendo en cuenta la realidad sociocultural que les rodea, a través del proyecto educativo de centro y el proyecto curricular de centro (Escámez et al., 1993). Con estos dos instrumentos se

consigue dar coherencia a la acción educativa, integrando los esfuerzos individuales en torno a un proyecto educativo común, diseñado por todos los participantes. La introducción de la educación para la salud en dichos proyectos ofrece a la comunidad educativa la posibilidad de comprometerse de manera coordinada con la promoción de estilos de vida saludables, de adaptar las intervenciones a las necesidades concretas del centro y de conseguir la coordinación entre los programas escolares y extraescolares (**Vega**, 1992). A su vez, permite enfocar la educación para la salud como un proceso que necesita tiempo para su total implantación y no como diversas actividades aisladas llevadas a cabo por algún profesor (**Escario** et al., 1994). De esta manera, la LOGSE ha permitido definir una sistema que compromete, desde su responsabilidad educadora, a las instituciones educativas con la educación para la salud, implicando todos sus recursos humanos y materiales.

Ventajas del abordaje de la educación para la salud en el ámbito educativo

El papel de la educación como instrumento potencial de promoción de salud y de la escuela como su marco ideal se justifica sobre la base de las siguientes consideraciones:

1) Los estilos de vida comienzan a instaurarse en los individuos desde edades muy tempranas. Por ejemplo, si nos centramos en un aspecto de esos estilos de vida como es el consumo de drogas (institucionalizadas o no), las encuestas recientes (**Mendoza, Batista, Sagrera**, 1994; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1995) informan que los jóvenes comienzan a consumir drogas en un rango de edad que va de los once a los diecisiete años. La escuela puede y debe adelantarse a este hecho y empezar a realizar intervenciones de promoción de la salud y de prevención en las edades anteriores al inicio del consumo, actuando sobre las personas cuando están aprendiendo a tomar decisiones, adquiriendo conciencia crítica ante la realidad que les rodea y configurando su personalidad.

2) La obligatoriedad de la escolarización (ampliada con la reforma educativa hasta los 16 años) permite trabajar durante años con la práctica totalidad de la población infanto-adolescente y a unas edades en las que resulta menos complicada la instauración de hábitos, conocimientos y actitudes saludables, puesto que es mucho más sencillo adquirir hábitos saludables cuando todavía no se han consolidado los que no lo son.

3) La escuela constituye la principal fuente de socialización una vez que el niño empieza a independizarse del medio paterno.

4) La función promotora de salud de la escuela está estrechamente vinculada con su capacidad para contribuir a la formación integral de los individuos. A la escuela se le encarga la misión de formar educativamente a los niños y adolescentes y prepararles para la vida proporcionándoles un desarrollo integral, de manera que se potencien las capacidades cognitivas, físicas, de equilibrio personal, de relación interpersonal y de actuación e inserción social de los alumnos. Si la escuela consigue esta finalidad significa que ya ha caminado un gran trecho en el camino hacia la promoción de la salud.

5) El marco escolar está especializado en la transmisión estructurada y fundamentada de la información, esto hace que no le resulte incómodo el tratamiento de la información relativa a los estilos de vida saludables. La escuela tiene una alta probabilidad de ofrecer la información adecuada a los grupos de edad que acoge.

6) La educación para la salud es susceptible de ser integrada en el proyecto educativo global que se plantea la escuela.

7) El profesorado correspondiente es quien mejor conoce a sus alumnos y quien mantiene un contacto diario y estrecho con ellos, por tanto, con la oportuna formación, es el más

indicado para incluir entre sus objetivos la promoción de un estilo de vida saludable, llevar a cabo los programas y actividades más adecuados a cada nivel y para responder cordialmente a las cuestiones que le planteen los alumnos.

8) La escuela desempeña una importante función en la transmisión de modelos de comportamientos saludables. Siendo el profesorado su principal agente.

9) La institución educativa dispone de más recursos de los que a simple vista pueda parecer, cuenta con los instrumentos didácticos adecuados y con la experiencia educativa necesaria. Por ello, los programas de promoción de la salud pueden hacer uso de los recursos materiales y personales que la escuela tiene ya de por sí, ya que en este ámbito se dispone de la infraestructura necesaria para cualquier modalidad de educación y, por ende, para la educación para la salud.

10) La escuela ofrece el marco ideal desde donde coordinar las diferentes intervenciones que se llevan a cabo en otros ámbitos. Tiene posibilidad de contactar e implicar a otras instituciones vinculadas al proceso educativo de los niños (familia, servicios de salud, etc.). De hecho, existe en la actualidad una incipiente pero progresiva estructura de coordinación entre la escuela y los servicios sociales, culturales y de salud.

11) Dentro del marco más amplio de la educación para la salud, la escuela tiene un papel primordial en el ámbito de la prevención primaria, pero también es un recurso en el ámbito de la prevención secundaria y terciaria por la posibilidad de detectar precozmente el despliegue de estilos de vida no saludables por parte de sus alumnos y solicitar, si fuera necesario, la intervención de otros profesionales. Con respecto a la prevención secundaria, la función de la escuela no es excesivamente diferente de la que desempeña cuando aparecen otros problemas: análisis de la situación, búsqueda de asesoramiento, coordinación con otros profesionales, etc. en relación con la prevención terciaria, la escuela puede participar en los programas que diseñen otros profesionales.

12) La escuela cuenta con una base teórica y metodológica amplia, basada en la experiencia acumulada de las personas e instituciones que a lo largo de los últimos años se han ocupado del tema.

13) Dispone de datos suficiente e investigaciones muy recientes sobre las conductas relacionadas con la salud de la población adolescente y juvenil en los diferentes niveles educativos (por ejemplo, **Mendoza, Sagrera y Batista**, 1994), por lo que tiene posibilidades de partir del conocimiento real de los problemas.

14) Tiene posibilidad de planificar sus intervenciones, proporcionar continuidad a los programas y evaluar sus actuaciones.

Obstáculos a superar para el adecuado abordaje de la educación para la salud en el marco educativo

A pesar del gran número de factores señalados que hacen del ámbito educativo un marco idóneo para la educación para la salud, la escuela no está exenta de obstáculos para llevarla a cabo de manera adecuada. De un lado, nos encontramos con condicionantes sociales (*Font*, 1994): los medios de comunicación y publicitarios promocionan conductas, como el consumo de alcohol y tabaco, conductas de riesgo, etc. y existe cierta incoherencia entre las prácticas sociales y los mensajes preventivos, sobre todo con relación al consumo de drogas institucionalizadas.

Por otro lado, la educación para la salud en el medio escolar está sometida también a una serie de condicionantes inherentes al sistema educativo:

– La exigencia constante de renovación de los esquemas didácticos añade una mayor dificultad al ejercicio de la docencia (**Font**, 1994) y si ésta no funciona, difícilmente se puede llevar una educación para la salud en la escuela.

– El poco espacio temporal en relación con los contenidos a impartir dada la excesiva carga curricular en todos los ciclos de la escolaridad (**Font**, 1994; **García-Rodríguez**, 1994).

– Con la promulgación de la LOGSE se deja claro que la educación para la salud debe tratarse obligatoriamente, sin embargo, no se diseñan mecanismos para asegurar que se desarrolle en cada escuela con la metodología y el tiempo necesarios (**Calafat**, 1994).

– A pesar de su mayor concienciación en torno a la necesidad de la educación para la salud, el profesorado desconoce los recursos disponibles para llevarla a cabo (**Comas, Espín y Ramírez**, 1992; **Escámez y Baeza**, 1994), dada la escasa coordinación entre los recursos disponibles y la insuficiente promoción de su existencia y utilidad (**Vega**, 1992).

– La escasa participación de los padres y madres en las actividades complementarias a las actuaciones llevadas a cabo en la escuela (**Font**, 1994) y la presencia de actitudes negativas de padres, madres y profesorado hacia la aplicación de determinados programas preventivos (**Escámez y Baeza**, 1994), especialmente hacia aquellos que versan sobre la educación sexual o la prevención de las drogodependencias.

– La dificultad para evaluar las intervenciones llevadas a cabo en materia de educación para la salud (**Font**, 1994), lo que motiva la escasez de programas correctamente evaluados (**García-Rodríguez**, 1994).

– El profesorado carece de una formación inicial adecuada (**Mendoza**, 1989; **Comas, Espín y Ramírez**, 1992; **Escámez y Baeza**, 1994) o no encuentra en su centro un clima propicio a tales intervenciones (falta de coordinación entre los centros docentes, a la hora de intervenir en relación con el tema, cambios de profesor o profesora de un curso a otro, escasez de profesionales que colaboren con el profesorado ante la presencia de determinados problemas, etc.) (**Vega**, 1992).

– Un cierto grado de incoherencia entre el profesorado en cuanto a actitudes y conductas saludables (por ejemplo, a la vez que intenta prevenir el consumo de tabaco en su alumnado, se exhibe fumando en el patio de recreo) con lo que se corre el riesgo de anular el efecto positivo de los mensajes que se transmiten al alumnado.

– La desconexión entre el centro docente y otras instituciones relevantes en el proceso educativo del alumnado (**García-Rodríguez**, 1994). La desconexión entre familia, escuela y sociedad puede llevar a que los programas de educación para la salud tengan resultados escasos y poco duraderos (**Parra**, 1993). La escuela no debe ser la única institución en asumir la responsabilidad sobre la promoción de la salud (**Martí**, 1989) pues puede resultar insuficiente para la transmisión de unos valores debido a la influencia decisiva de factores exteriores a la escuela, fundamentalmente los medios de comunicación social (**Comas, Espín y Ramírez**, 1992).

– La eficacia del ámbito educativo para la promoción de la salud está relacionada con la importancia que el profesorado y los centros educativos conceden a la educación para la salud dentro de su propia escala de valores (**Mata y Solanes**, 1989).

– No puede recomendarse un único programa de educación para la salud para la totalidad de las escuelas, porque cada programa ha de adaptarse a las peculiaridades del entorno sociocultural que rodea a cada una (**Mendoza**, 1989).

Aunque exista esta serie de obstáculos, el balance global es favorable al abordaje de la educación para la salud en la escuela. Esto no exime de la responsabilidad de tener en cuenta estos condicionantes para intentar superarlos o, al menos, neutralizar su influencia negativa, ni evita tomar en consideración otros ámbitos de actuación en y desde los que la educación para la salud pueda llegar a los adolescentes no escolarizados o insuficientemente escolarizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alonso Sanz, C.; Campos, I.; Lampero, E.; Miguel Arbiza, J.; Domingo, V.; y Sebastián, G. (1991). *Prevención del consumo de alcohol y tabaco en la Educación Secundaria Obligatoria. Guía de actividades*. Toledo: Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Calafat, A. (1994). La escuela y los programas de prevención de las drogodependencias. Perspectiva. Línea de trabajo y opciones. En Fundación Crefat. *Políticas de prevención de las drogodependencias en el medio escolar*. (7-25). Madrid: Crefat (Fundación para la atención a las toxicomanías de Cruz Roja Española).

Comas, D., Espín, M., y Ramírez, E. (Eds.). (1992). *Fundamentos teóricos en prevención*. Madrid: Fundamentos.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1995). *Encuesta escolar sobre drogas*. 1994. *Borrador para la prensa*. (Puede obtenerse de Francisco Rábago. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Paseo del Prado, 18-20. 28014-Madrid).

Escámez, J.; y Baeza, M.C. (1994). Una alternativa de prevención escolar de la drogadicción: Los programas de formación / cambio de actitudes. En **J.A. García-Rodríguez y J. Ruíz Fernández** (comps.). *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. (79-95). (2ª edición). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Gobierno Vasco. Edex Kolektiboa.

Escámez, J.; Falcó, P.; García, R.; Altabella, J.; y Aznar, J. (1993). Educación para la salud. *Un programa de prevención escolar de la drogadicción*. Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Cultura, Educació i Ciencia. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Nau Llibres.

Escario, M.J.; Fierro, R.; Gurpegui, J.; Marco, E.; Mendiara, N.; Mosteo, R.; Pérez, M.P.; y Zazo, A. (1994). *Prevención de las drogodependencias en la Educación Secundaria Obligatoria. Propuesta de intervención educativa*. Huesca: M.E.C. Direcciones Provinciales de: Huesca, Teruel y Zaragoza.

Font, P. (1994). El programa de educación para la salud en la escuela. Generalitat de Catalunya. Departamentos de Enseñanza y de Sanidad y Seguridad Social. En Fundación Crefat. *Políticas de prevención de las drogodependencias en el medio escolar*. (48-54). Madrid: Crefat (Fundación para la atención a las toxicomanías de Cruz Roja Española).

García-Rodríguez, J.A. (1994). Modelo multivariado de prevención de drogas. En J.A. García-Rodríguez y J. Ruíz Fernández (comps.). *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. (167-196). (2ª edición). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Gobierno Vasco. Edex Kolektiboa.

Gómez, A. (1994). El programa de Educación para la Salud del Ministerio de Educación y Ciencia. En Fundación Crefat. *Políticas de prevención de las drogodependencias en el medio escolar.* (43-47). Madrid: Crefat (Fundación para la atención a las toxicomanías de Cruz Roja Española).

Martí Carrasco, V. (1989). La prevención de las drogodependencias desde la escuela y la acción educativa. En Grup Igia. *El medio escolar y la prevención de las drogodependencias. Informe para el profesorado.* (133-140). Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Secretaría de Estado de Educación.

Mata, F.; y Solanes, P. (1989). La educación para la salud: un instrumento de actuación. En Grup Igia. *El medio escolar y la prevención de las drogodependencias. Informe para el profesorado.* (157-169). Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Secretaría de Estado de Educación.

Mendoza, R. (1989). La prevención en España: Antecedentes y situación actual. En L. Solina. *Ponencias y conclusiones de las jornadas sobre la prevención de las drogodependencias. Experiencias en diferentes países.* (65-81). Barcelona: Grup Igia.

Mendoza, R. (1990). Concept of healthy lifestyles and their determinants. Invited paper presented at the 2nd. European Conference on Health Education (Warsaw, 7-9 June, 1990). 13 p. (mimeo).

Mendoza, R.; Sagrera, M.R.; y Batista, J.M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud.* (1986-1990). Madrid: CSIC. Servicio de publicaciones.

Moradillo, F. (1994). La educación de valores y de drogas en la comunidad escolar. En AA.VV. (651-664). XXI *Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Ponencias y Comunicaciones.* Madrid: Socidrogalcohol. Sociedad científica española para el estudio del alcohol, alcoholismo y otras toxicomanías.

Parra Junquera, J. (1993). *Criterios y estrategias para prevenir eficazmente. Cuaderno de prevención.* 3. Madrid: Federación Española de Religiosos de Enseñanza (FERE).

Vega, A. (1992). Las drogas en los centros educativos: aspectos pedagógicos. En J. Elzo (Dir.). *Drogas y escuela IV: BUP-FP. Donostia.* (188-226). San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social.