

Representaciones mentales colectivas **sobre salud en el currículo de una Institución** Educativa Distrital de la ciudad de Barranquilla

*María I. Ariza**, *Ricardo G. Gutiérrez***, *Valentín Gavidia** y *Reynaldo Mora***
Universidad Simón Bolívar

<http://dx.doi.org/10.17081/eduhum.17.28.1168>

Recibido: 13 de mayo de 2014

Aceptado: 20 de septiembre de 2014

Mental collective representations about health in the curriculum of an Educative Institution in the city of Barranquilla

Palabras clave:

Concepciones,
Educación para la salud,
Currículo, Articulación,
Aprendizaje, Transversalidad.



Key words:

Conceptions,
Education for health,
Curriculum, Articulation,
Learning, Transversality.

Resumen

El presente estudio exploró acerca de las representaciones mentales colectivas y conceptos relacionados sobre la salud en jóvenes con edades entre 10 y 16 años de una institución educativa de la ciudad de Barranquilla. Para ello se aplicó un cuestionario con el fin de extraer información sobre la naturaleza y las causas de la salud, así como de aquellos conceptos que con ella se relacionan y que permitan establecer el tipo de visión que se tiene al respecto. En general, se observó que los alumnos refieren un gran número de conceptos a la salud. Sin embargo, la perciben de una manera individualista y con poca consideración del entorno, por lo que estas representaciones colectivas indican que aún no se tienen elementos suficientes para su visión general.

Abstract

This study explored the collective mental representations and concepts on health in a group of students within an age range of 10 to 16 in a public institution in Barranquilla. In order to do this, a questionnaire was made with the aim of obtaining information about the nature and causes of health, as well as other related concepts, therefore providing a kind of insight on the concept of health. In general, it was observed that students referred to health with a great number of concepts. However, they perceive health in an individual manner and with little regard for the environment, so these collective representations indicate that students do not have sufficient enough elements or awareness to have a global vision of health.

Referencia de este artículo (APA): Ariza, M., Gutiérrez, R., Gavidia, V. & Mora, R. (2015). Representaciones mentales colectivas sobre salud en el currículo de una Institución Educativa Distrital de la ciudad de Barranquilla. En Revista *Educación y Humanismo*, 17(28), 89-101. <http://dx.doi.org/10.17081/eduhum.17.28.1168>

* IED-Sarid Arteta de Vásquez, Barranquilla (Colombia). aicama2006@yahoo.es

** Grupo de Investigación en Química y Biología, División de Ciencias Básicas, Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). rgutier@uninorte.edu.co

★ Dpto. de Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales, Universidad de Valencia (España). gavidia@UN.es

★★ Grupo de Investigación en Educación, Pedagogía y Cultura en el Caribe Colombiano, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla (Colombia). reymoral@unisimonbolivar.edu.co

Introducción

El campo de la salud es amplio y múltiple; sus fronteras son imprecisas y la ambigüedad de su contenido se observa en la evolución etimológica de su raíz indoeuropea *san* (conservación de sí mismo), que a la vez ha dado lugar a *sanitas* (la salud) y a *salvatus* (la salvación) (Fishbein & Ajzen, 1975). Esta doble concepción no ha sido constante a lo largo de la historia de la civilización occidental. Al principio tenía más peso la visión de *salvatus*, que se adentraba en el terreno mágico, hechicero, religioso y siempre sobrenatural de la idea.

Durante mucho tiempo se consideró la salud como ausencia de enfermedad, y por ello prevalecía “una visión negativa ya que el núcleo de interés había sido la misma enfermedad” (Fortuni & Molina, 1998). Pero el concepto de salud ha ido evolucionando con el pasar del tiempo, desde aquella “ausencia de enfermedad” hasta el de nuestros días: “el logro máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad” (Gil & Carrascosa, 1985).

En las últimas décadas se ha observado un gran interés de las escuelas hacia un proceso constructivo en la promoción de salud. La Constitución nacional y los reglamentos que la desarrollan (Ministerio de Educación de Colombia, 1994), abren espacios y posibilidades para la construcción de un nuevo país, que exige a los diferentes actores asociarse en torno a propósitos

comunes como contribuir al desarrollo humano de los escolares, especialmente los ciudadanos más vulnerables. Es así como las actuales políticas distritales, nacionales e internacionales buscan el desarrollo de programas y proyectos que promuevan el mejoramiento de la calidad de vida de los escolares, quienes representan un importante grupo de población.

De igual manera la transformación en la educación está dirigida a formar ciudadanos dentro de un marco del desarrollo humano integral y sostenible, que propicia ambientes sanos, y fomenta en ellos y en sus familias una cultura de salud y de convivencia pacífica y del autocuidado. Luego se hace necesario un trabajo interinstitucional y transdisciplinario que una a autoridades municipales, profesionales de la salud y de la educación, familias, organizaciones comunitarias, sector productivo y demás sectores de la sociedad, de tal manera que se pueda lograr que la población en edad escolar reciba la atención que merece.

Dubos (1959) expresa que la salud es la capacidad de funcionar en un determinado ambiente, y Gavidia (1993, 2002) indica que la educación para la salud es el “conjunto de estrategias de enseñanza-aprendizaje que permite analizar el entorno y posibilita el aumento de la capacidad de funcionamiento en ese contexto”. Precisamente dicho análisis hace posible identificar factores saludables y de riesgo para la salud.

Desde esta perspectiva la escuela es un ins-

trumento promotor de salud. La Carta de Ottawa (1986) establece que la promoción de la salud es el conjunto de estrategias que permiten mejorar los determinantes de salud, y que se concretan así: establecer políticas saludables, desarrollar las aptitudes y los recursos individuales, reforzar la acción comunitaria, crear un entorno que favorezca la salud y reorientar los servicios de salud. La escuela es un escenario que ha jugado un papel principal como contexto desde el cual se han promovido programas y acciones de educación para la salud, no solo para mejorar el conocimiento de los alumnos sino también para fomentar sus prácticas sobre la materia.

Desde esta visión integral, la salud no se reduce a un único aspecto dominante, sino que se concibe como resultado de las relaciones y dependencias recíprocas de varios fenómenos: físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales. El conocimiento de las ideas previas o concepciones del alumnado sobre cualquier tema a trabajar es uno de los puntos fundamentales del proceso de enseñanza-aprendizaje (Ausubel, 1978; Ausubel, Novak & Hanesian, 1983).

La mayoría del profesorado, tanto de primaria como de secundaria manifiesta una actitud positiva hacia la educación para la salud (Calaibug, Gavidia & Guillén, 1987; García & López, 1991). Sin embargo, no llegan a un tercio los que afirman que tratan con frecuencia algún tema de salud en clase (Costa-Pau, 1992).

El propósito de este trabajo fue analizar de una forma sistémica cuáles son las representa-

ciones mentales colectivas sobre salud que tienen los estudiantes en edad escolar entre 10 y 16 años, de la comunidad educativa IED Sarid Arteta de Vásquez de la ciudad de Barranquilla (Atlántico). En esta investigación se consideró importante la selección de este grupo de edades porque determina un nivel evolutivo, puente fundamental en la escolarización. También en este estudio es primordial que, desde el ámbito escolar, vehículo por excelencia de las sociedades tecnificadas de las transmisiones de la cultura, se conozca y se intervenga en un aspecto tan significativo para el desarrollo integral del individuo, como es la apropiación del concepto de la salud.

Es sabido que las personas construyen el conocimiento a partir de sus propias ideas, representaciones, vivencias y relaciones con el mundo que les rodea, conformando un modelo que les permita interpretar y predecir situaciones específicas. Si bien este conocimiento se construye activamente en forma individual, es a través de un contexto social que se organiza en un sistema cognitivo que modifica, amplía e incrementa su complejidad, según las características del proceso evolutivo del desarrollo humano.

El sistema educativo contempla una educación integral de la persona que prepara a los individuos para la vida. Por ello también debe formarlos para que sean capaces de tomar, de manera razonada, decisiones que van a tener consecuencias claras sobre su salud y la de los que los rodean.

Metodología

Para la recolección de datos sobre esta investigación se aplicó a una muestra de 150 alumnos de la IED Sarid Arteta de Vásquez un cuestionario dividido en dos partes: una primera (cuestionario A), con preguntas cerradas de selección múltiple y preguntas abiertas para la identificación de definiciones acerca de la “naturaleza” de la salud; la segunda parte (cuestionario B), también con preguntas cerradas de selección múltiple y preguntas abiertas para la identificación de definiciones acerca de las “causas” de la salud que la pueden mejorar o perjudicar. Este modelo se puede identificar como un modelo mixto, donde se incorporó una escala de Likert, en la que se expresa el grado de acuerdo o desacuerdo con las preguntas cerradas, junto a la posibilidad de responder las preguntas abiertas. La escala de Likert tiene cinco opciones y van desde “muy de acuerdo” (valorada con +2) hasta un “nada de acuerdo” (valorada con -2), pasando por la indecisión en la respuesta que se le da el valor de 0. Es importante resaltar que este instrumento ha sido aplicado y validado en investigaciones anteriores (Gavidia, 1996; Ariza, 2003).

El cuestionario presenta una primera parte, con variables como edad, sexo y curso al que están adscritos los estudiantes de la comunidad educativa población de estudio. La edad se tuvo muy en cuenta considerando que la representación de salud es subjetiva y cambiante, está en relación con la dimensión biológica, psicológica y social del individuo, y que depende del momento particular que se está viviendo y de la

perspectiva de vida que se tiene (Ellison, 1967). Para este estudio se seleccionaron estudiantes con un rango de edad entre 10 y 16 años, en el que los individuos van avanzando en su desarrollo hasta llegar a ser capaces, a través de diferentes logros cognitivos, de conocer la realidad de un modo cada vez más complejo. Teniendo en cuenta que entendemos por conocimiento “el proceso que consiste en pasar de los estados de menor competencia a otros más avanzados”, el nivel de competencia intelectual de una persona en un momento determinado de su desarrollo depende de la naturaleza y del número de sus esquemas de conocimiento, y de cómo se combinan y coordinan entre sí. El nivel de competencia intelectual de un individuo, viene definido, en parte, por el estadio en el que se encuentra en cada momento de su desarrollo, y lo que es más importante: define en gran medida las posibilidades de aprendizaje o de conocimiento de la realidad, en función de las posibles situaciones educativas y vivenciales a las que tenga la oportunidad de acceder.

En este cuestionario se tuvieron en cuenta las dos dimensiones esenciales del concepto de salud, su “naturaleza”, es decir, en qué consiste, de qué está hecha, qué definición podríamos darle y sus “causas”, esto es, la razón por la que se tiene o se goza de buena salud, por qué la podemos perder, o cómo podemos mejorarla. Ambas dimensiones están estrechamente ligadas y no pueden ser disociadas una de la otra. Su análisis permite conocer la representación o concepciones sobre salud que poseen los individuos a ciertas edades.

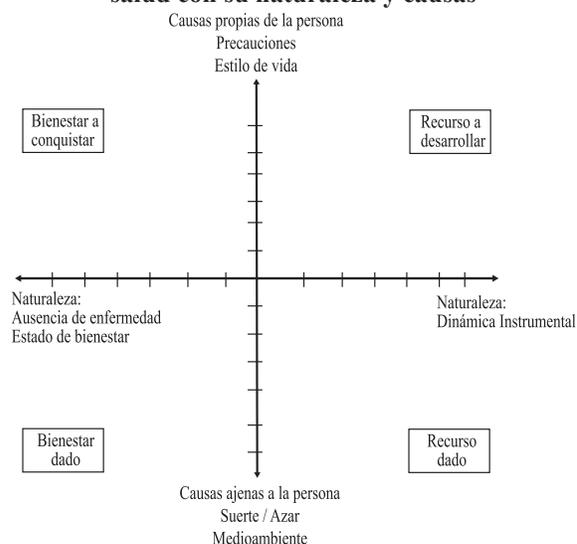
En la presente investigación se planteó como hipótesis de trabajo que la concepción de salud que tienen los estudiantes de 10 a 16 años de la comunidad educativa analizada es incompleta porque no poseen todos los elementos necesarios de una visión globalizadora. Se puede decir que las categorías que construyen el concepto de salud, atendiendo a sus diferentes definiciones que han presentado un cierto avance y expuestas en el análisis relacionado con la evolución del concepto de salud, son las siguientes: 1) enfermedad, 2) bienestar (físico, mental o social), 3) adaptación-equilibrio, 4) entorno-ambiente (físico-social), 5) estilos de vida-conductas, 6) autonomía-recurso para vivir, 7) educación-aprendizaje, 8) desarrollo personal-capacidades.

Estos conceptos suponen una aportación importante a la construcción de lo que se denomina salud y cada uno de ellos tiene la potencialidad de engendrar nuevas ideas que amplían los horizontes del concepto. Las agrupaciones realizadas entre algunos conceptos, adaptación-equilibrio, autonomía-recurso para vivir, estilo de vida-conductas, etc., se debe a que, de cierto modo, son complementarias: así, el equilibrio se demuestra por la adaptación, y esta siempre se encuentra en equilibrio inestable; la autonomía de las personas se observa por la capacidad para vivir sin dependencia; el conjunto de conductas constituye un estilo de vida, etc.

La representación de la salud se puede mostrar en un plano cartesiano dividido en cuatro

cuadrantes, definidos individualmente por dos semiejes diferentes, que componen el concepto de salud: su naturaleza y sus causas. Así, cada uno de los cuadrantes posee un significado distinto.

Figura 1. Representación gráfica del concepto de salud con su naturaleza y causas



Fuente: Gavidia (1996)

El cuadrante inferior izquierdo está definido por una representación colectiva de la naturaleza de la salud como ausencia de enfermedad, o posesión de un estado ideal de bienestar, bien por tener una buena complexión física que hace resistir a las enfermedades, bien por la suerte de haber nacido en un determinado ambiente. Todo ello indica una representación de salud como de “bienestar dado”, que se tiene o no se tiene, pero no depende de nosotros. La enfermedad nos sobreviene por un azar, y el hecho de tener salud es una suerte.

El cuadrante superior izquierdo viene definido por el mismo concepto, en cuanto a la na-

turalidad de la salud, que el cuadrante anterior: el estado de bienestar; pero en el eje de las ordenadas las causas de la salud vienen definidas por determinadas acciones que realiza la propia persona. Es la responsabilidad de cada uno alcanzar un cierto grado de bienestar, por lo que este cuadrante lo definimos como expresión de la tendencia a considerar la salud como un “bienestar a conquistar”. Encontramos las dimensiones psíquica o mental.

El cuadrante inferior derecho está limitado en el eje de las X por entender la salud como un proceso, como algo dinámico, en equilibrio, que cada vez podemos tener más o quizás menos, y que tiene un valor instrumental, pues sirve para mejorar nuestra calidad de vida; el límite por el eje de las Y es la suerte en un determinado nacimiento o el azar de vivir en un preciso ambiente y cultura. Ambas dimensiones nos definen un cuadrante que señala las concepciones de la salud como un “recurso dado”.

La salud consiste en una condición, unas posibilidades, un recurso, que se tiene o no se tiene, desde el nacimiento o por las casualidades del lugar donde se vive. Coincide con la metáfora citada del “cubo vacío” (Lewontin, Rose & Kamin, 1984), al criticar el error de pensar que los genes determinan la capacidad de una persona. El medioambiente aparece como factor determinante de la salud.

El último cuadrante situado en la parte superior derecha nos define la salud como un “re-

curso a desarrollar”. Esta tendencia entiende la salud como un proceso dinámico debido a que consiste en una serie de recursos, los cuales se perfeccionan y desarrollan con el uso. De esta forma se puede tener cada vez mayor nivel de salud y mayor capacidad de funcionamiento si fomentamos nuestras propias posibilidades. El aspecto conductual de la salud es lo que prima en esta tendencia.

Definido el significado de los cuatro cuadrantes, la ubicación de una determinada representación es sencilla. El punto de partida para situar una valoración es el lugar donde se cruzan los dos ejes, por lo que hacia la izquierda y hacia abajo se sitúan los valores negativos, y hacia arriba y a la derecha aparecen los valores positivos.

Los enunciados elegidos del cuestionario se han estimado con un valor que van desde el +2 hasta el -2, según el grado de identificación con ellos. A cada uno de estos valores y para situarlos en el plano se le antepone un signo que será positivo si el enunciado corresponde a las semirectas superior o derecha, y negativo si pertenece a las zonas inferior o izquierda. Se suman los valores, teniendo en cuenta los signos, y se colocan en el cuadrante correspondiente.

Por un lado, los de la dimensión de la “naturalidad de la salud”, si sitúan en la coordenada de las abscisas; y por otro lado, los pertenecientes a las “causas de la salud”, se ubican en el eje de las ordenadas. Ambas coordenadas definen un

punto en el plano que corresponde a un preciso concepto de salud, que será una aproximación a una determinada representación mental de dicho término.

Resultados y discusión

Además de la variable edad, en la muestra de alumnos de la comunidad educativa a los que se les aplicó el cuestionario diseñado para el estudio, se tuvo en cuenta el sexo de los individuos encuestados. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en los resultados obtenidos según el sexo, por lo que se consideró a la muestra como un solo grupo de estudio para simplificar el análisis.

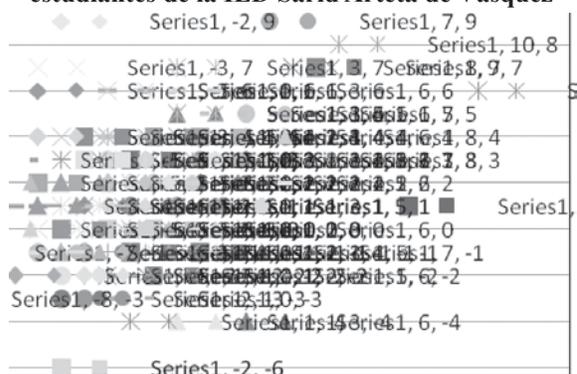
Para acercarse al nivel de representaciones colectivas que los estudiantes poseen sobre el concepto de salud, se presentan sobre el plano cartesiano, definido por las coordenadas relativas a la naturaleza y las causas del mismo bienestar, así como los diferentes puntos que corresponden a las tantas visiones que poseen los jóvenes sobre esta concepción.

El conjunto de todas las concepciones obtenidas del grupo de alumnos encuestados se muestra en la Figura 2. Cada punto representa una concepción diferente de la salud, obtenida del análisis conjunto de los cuestionarios A y B.

Una primera lectura general de esta gráfica muestra una concentración de puntos en la mitad superior, luego una concentración a la derecha tanto superior como inferior. La abundante ubicación de respuestas en los propios ejes de

coordenadas dificulta el hecho de separar con nitidez cada cuadrante y adjudicarle un nivel de representación diferente. Esta visión panorámica muestra una tendencia general, representada con más puntos, en el grado de conceptualización de la salud. En su conjunto, estos resultados indican que aún no se tienen elementos que muestren la salud desde un punto de vista global e integrador.

Figura 2. Nube de puntos en el plano cartesiano acerca de las representaciones mentales colectivas de los estudiantes sobre el concepto de salud en estudiantes de la IED Sarid Arteta de Vásquez



Fuente: Los autores

El número de conceptos relacionados con la salud dados por los alumnos fueron altos, lo que muestra un aporte importante para los estudiantes de la comunidad educativa que en las edades mencionadas se acercan a las representaciones mentales colectivas sobre salud. En esta investigación se resalta que el concepto de salud es complejo y polisémico, pero sobre este punto los alumnos han reflexionado poco; también sobresale que suele asociarse a otro concepto, más claro para la mayoría de las personas, como es el de enfermedad. No es extraño que durante tanto tiempo se haya considerado tradicionalmente la salud como “la ausencia de las enfermedades

e invalideces”, según lo expresado por muchos alumnos. Lo que significa que la persona si no está enferma, se entiende que está sana.

En términos generales se puede decir que los alumnos asocian el concepto salud con bienestar, algo dinámico que se consigue mediante medidas preventivas o personales, pues la enfermedad consiste precisamente en no mantenerlas. El desplazamiento hacia la derecha en el plano cartesiano de sus opiniones y de los enunciados escritos en las preguntas abiertas muestran como la aproximación que los alumnos tienen sobre una idea de la salud es de “bienestar” o “encontrarse bien”, “estar en buenas condiciones”, alejada de una “visión médica”, que no incluye el medio ambiente, ya que no consideran los “ambientes contaminados” en la producción de la enfermedad. Las medidas preventivas son del tipo de acciones físicas: vacunas, no fumar, pero no de tipo psicológico-reflexivo y social, como lecturas, amigos, cultura, etc.

De igual manera, se muestra poca consideración del entorno. En el plano cartesiano existe un desplazamiento hacia la parte superior, pero los enunciados de las preguntas abiertas apenas lo recogen. Solo el 11,3 % de los estudiantes, con respecto a las causas de la salud, y el 2,7 % (en el centro del plano) identifican la salud como algo debido al entorno. No obstante, el 20 % emite opiniones acerca de que la causa de mantener la salud se encuentra en un medioambiente saludable. Esta opinión no está muy interiorizada ya que en las causas de padecer enfermedad solo

lo mencionan un 11 % en relación a los aspectos ambientales (mal ambiente, causas naturales, contaminación y mal clima) y solamente un 2,7 % identifica la salud con la influencia del entorno.

La OMS en su Carta Constitucional (1946) define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Aparecen aquí aspectos innovadores que le dan una dimensión positiva en la medida en que por vez primera se incluyen todas las dimensiones del ser humano; la biológica, la psicológica y la social. Actualmente muchos autores discrepan de esta definición, por considerarla utópica.

La Oficina Regional para Europa de la OMS (1983) indica que “la salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responde de forma positiva a los retos del ambiente”. Esta definición, la más completa, abandona definitivamente una concepción estática, considerando la salud como un recurso para la vida, pero no como su objeto. Señala la importancia del desarrollo de todas las capacidades individuales, lo cual es un proceso permanente y continuo. La salud se percibe como una conquista diaria que pretende aumentar nuestra calidad de vida. Esta, que siempre está acompañada de un mayor o menor grado de enfermedad, nos debe servir para hacer frente a los problemas, para adaptarnos a un medio y a unas circunstancias personales, en constante modificación.

Actualmente se tiene un gran número de

problemas serios que necesitan solución: la problemática medioambiental, la crisis económica, armamentista y energética, el deterioro de la calidad de vida en los países tercermundistas y en las grandes ciudades de las zonas industrializadas, etc. Yus Ramos (1996) señala que estos problemas y los cambios culturales de los últimos tiempos tienen suficientes elementos comunes como para considerar que existe una crisis general de la cultura occidental. En este cambio general, la educación evolucionaría de tal manera que los temas transversales aparezcan como espacio para introducirse en la escuela conforme los cambios actuales. El anhelo por hacer de la salud y de la educación el patrimonio social de las generaciones del nuevo milenio, responsables de construir un mundo más sano, más solidario y más útil, posibilita el camino para consolidar acciones educativas, de salud y ambientales, que favorezcan el desarrollo humano de los escolares, siempre y cuando se complementen e integren políticas de los diferentes sectores que puedan contribuir a la constitución de un mejor futuro para nuestros menores de edad escolar y a través de ellos a toda la comunidad educativa. La manera como la escuela atiende estas nuevas problemáticas ha dado lugar, en palabras de Yus Ramos (1996), a una “ampliación borrosa” de los contenidos curriculares al admitir los aprendizajes transversales. Esto resulta ser un puente entre la cultura académica y la técnico-científica, como lo son las relaciones entre ciencia, técnica y sociedad (CTS).

Dentro del contexto de la educación para la

salud (EpS) es importante que no se consideren las áreas transversales como disciplinas (Gaviddia, 1994). El hecho de que “impregnen la totalidad de las áreas y que estén dinámicamente integradas dentro de ellas” (González Lucini, 1993) significa que todas las acciones educativas asumen el sentido de las transversales, en cuanto a enfoques globalizadores, atención a la realidad compleja, funcionalidad de los temas de estudio, preocupación por los temas socioafectivos del alumnado, desarrollo de actitudes y valores atendiendo a la “ética de mínimos” (Cortina, 1994), organización escolar más flexible y democrática en la que intervienen todos los componentes de la comunidad escolar, el rescate y fortalecimiento de valores, por la defensa de valores como instrumentos de cambio social y requisito básico para la convivencia pacífica. Entre ellos están: la libertad, la paz, el respeto, el amor, la humildad, la honestidad, la felicidad, la responsabilidad, la sencillez, la tolerancia, la cooperación y la unidad.

La integración curricular de la EpS en el sistema educativo tiene un sentido desde la transversalidad, que como su nombre indica no supone añadir nuevas materias al currículo, sino darle un nuevo sentido para poder responder a los problemas que actualmente se están planteando en el mundo como consecuencia de los cambios sociales y del acelerado desarrollo tecnológico (Mora, 2006). Ello supone para su fin la colaboración de todas aquellas materias que lo configuran, pues aunque existen respuestas educativas específicas con relación a problemas

concretos, como abuso de drogas, cigarrillo y Sida, al mismo tiempo deben haber programas coherentes que eviten el riesgo de que estos temas sean tratados de forma aislada, y así la salud sea considerada desde una perspectiva negativa y solamente en términos de problemas. El enfoque educativo debe no solamente proteger a los jóvenes de enfermedades y riesgos, sino que la escuela debe ser una fuerza promotora de salud que atienda al niño en todas sus necesidades y en un sentido holístico e integral.

Es de resaltar también la importancia del desarrollo de actitudes favorables en salud, para que favorezca el progreso personal y social mediante la información, la educación y la mejora de aptitudes indispensables para la vida (Cerqueira, 1997). Así se aumenta el poder de la población para que ejerza un mayor control sobre su propia salud y el medioambiente y opte por todo lo que le propicie salud. Como también, la creación de ambientes y entornos favorables para la vida fomenten el apoyo recíproco de protegerse los unos a los otros, así como a las comunidades y al medio natural, contribuya a la creación de ambientes y entornos tanto físicos, como psicológicos y sociales que conduzcan al bienestar y productividad de los escolares y a controlar o eliminar factores de riesgo para la salud. Su propósito fundamental es crear o sostener ambientes y procesos favorables al aprendizaje de habilidades para la vida.

Grieg, Pike y Selby (1991) señalan los puntos de convergencia de cuatro tipos de educación

(para el desarrollo, ambiental, para la paz, y para los derechos humanos) en una sola educación, que Pike y Selby (1994) sugieren llamar educación global. Yus Ramos (1996) propone un sistema en el que los temas transversales estén ligados a tres ámbitos o dimensiones, como son: la salud, el medioambiente y la sociedad. Con ello se puede contribuir a la formación y al pleno desarrollo de las potencialidades físicas, psicológicas, emocionales, afectivas, psicomotoras y sociales de los escolares de preescolar, educación básica primaria y bachillerato, integrando acciones educativas, de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de manejos ambientales dirigidos a la comunidad educativa. De esta manera la escuela se convierte en un entorno saludable, en una herramienta de trabajo integral que facilita a la comunidad educativa la tarea de formar escolares con capacidades de desarrollar todas sus potencialidades, para su propia realización, adaptación e incorporación a una sociedad compleja y cambiante, respondiendo de forma positiva a los retos del ambiente.

Si se quiere promover en los alumnos la adquisición de conocimientos y actitudes saludables, se tiene la necesidad de proponer actividades educativas en las que puedan explicitar sus ideas acerca de los distintos temas de salud. Ellas serán el punto de partida que permitirá seleccionar los objetivos y contenidos, así como establecer las secuencias de aprendizaje adecuadas a su nivel cognitivo (Rodes, 1995).

Vale la pena resaltar la importancia de la ac-

tuación del profesorado, para lo cual debe mejorar su desarrollo personal e intelectual de manera considerable como también colectiva. Es necesario que este colectivo se haga sensible a los temas de salud, se actualice en su formación académico-científica y contribuya trabajando en equipo para avanzar en su reflexión mediante investigaciones e innovaciones que realice en este campo de la educación para la salud. Hasta el momento presente la educación para la salud ha tenido una presencia real en el quehacer de los centros escolares, aunque esta presencia dependa de la sensibilidad de cada centro o de cada docente, y que su desarrollo sea coyuntural o se realice de una manera paralela al currículo. Se puede dar en actividades propuestas por instituciones públicas o privadas, pero como un añadido a su intervención en el aula, en campañas organizadas en la institución, proyección de documentales, debates, etc. También, en el desarrollo de unidades didácticas que se aborden en las tutorías o en el tiempo dedicado a la clase de Ética (Ferrari, 1986).

Si se quiere que la educación para la salud realmente implique a toda la comunidad educativa, se necesita la participación de la familia, del personal no docente de los centros escolares, de organismos e instituciones públicas y privadas vinculadas al tema propuesto, y es necesario establecer caminos para inicialmente conseguir sensibilizarles y posteriormente llegar a que contribuyan activamente en la promoción y control de la salud de los niños y jóvenes, y por tanto fomentar o cambiar actitudes y hábitos derivados de un plan de actuación conjunto escuela-fami-

lia-instituciones públicas o privadas. Asimismo, es necesario que el profesorado asuma la función de ser el modelo de referencia práctica para el desarrollo de las actitudes y comportamientos saludables en los alumnos y alumnas, ser coherentes entre lo que se dice y se hace, y reflejarlo en la relación diaria con los alumnos y alumnas, y, por tanto, crear un clima favorecedor, y unas relaciones fluidas donde se intenten analizar y neutralizar los conflictos que atentan contra los estilos de vida saludables.

A manera de conclusión general, se puede decir que las representaciones mentales colectivas que tienen los estudiantes no permiten aún tener todos los elementos necesarios para una visión holística de la salud, ya que en ningún caso consideran la posibilidad de esta una cuestión de desarrollo social y de que sus acciones, orientadas hacia la mejora del entorno, tanto físico como social, podrían repercutir en la salud personal y colectiva. Lo que se observó en nuestra investigación es que estas acciones se encaminan más hacia el mismo individuo, pero se olvidan de los demás.

Referencias

- Ariza, M. (2003). *Concepciones sobre salud en chicos y chicas de edades entre 10 y 16 años de la comunidad valenciana*. Tesis de Tercer Ciclo no publicada. Universidad de Valencia, España.
- Ausubel, D.P. (1978). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas.

- Ausubel, D.P., Novak, J.D. & Hanesian, H. (1983). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas.
- Calabuig, F., Gavidia, V. & Guillén, E. (1987). *La salud es la escuela*. Valencia: Consejería de Cultura, Educación y Ciencia. Serie P. Generalidad Valenciana.
- Carta de Ottawa (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Health Promotion. I (4), III-V*. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud.
- Cerquería, M.T. (1997). *Promoción de salud y educación para la salud. Retos y perspectivas*. Puerto Rico: OPS.
- Cortina, A. (1994). *Ética cívica y ética de mínimo: El papel de las fundaciones*. Madrid: Anaya.
- Costa-Pau, R. (1992). Una encuesta a profesores sobre educación para la salud. *Apuntes de Educación, 4*, 9-12.
- Dubos, R. (1959). *Mirage of Health: Utopia, Progress and Biological Change*. New York: Rutgers University Press.
- Ellison, J. (1967). *Assessing the effectiveness of child health services*. Ross conference. Columbus Ross Laboratories.
- Ferrari, A. (1986). *Finalidad y métodos de la Educación para la Salud en la escuela*. Valencia: Generalidad Valenciana
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Beliefs, attitudes, intention and behavior: an introduction to theory and research*. MA: Adison-Wesley.
- Fortuni, M. & Molina, M.C. (1998). *Educació per a la Salut. Textos Docents 137*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- García, M.T. & López, C. (1991). *Opiniones y actitudes del profesorado de enseñanza no universitarias ante la inmediata introducción de la educación para la salud en sus programas oficiales. Sugerencias para su implantación progresiva*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III.
- Gavidia, V. (1993). Consideraciones sobre la formación del profesorado en Educación para la Salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales, 7*, 59-70.
- Gavidia, V. (1994). La Educación para la Salud y las líneas transversales del currículo. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales, 8*, 135-149.
- Gavidia, V. (1996). *Análisis de las concepciones del profesorado en educación para la salud. Diseño, desarrollo y evaluación de una propuesta para su transformación*. Tesis doctoral no publicada, Universitat de Valencia.
- Gavidia, V. (2002). La escuela promotora de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales, 16*, 83-97.
- Gil, D., & Carrascosa, J. (1985). Science Learning as a conceptual and methodological change. *European Journal of Science Education, 7 (3)*, 231-236.
- González Lucini, F. (1993). Educación en valores, transversalidad y reforma educativa. *Signos. Teoría y práctica de la educación, 10*, 62-67.
- Grieg, S., Pike, G. & Selby, D. (1991). *Los derechos de la tierra*. Madrid: Popular.

- Lewontin, R.C., Rose J. & Kamin, L.J. (1984). *Not in in our genes*. New York: Pantheon Books.
- Ministerio de Educación de Colombia (1994). *Ley general de educación (Ley 115 de 1994)*.
- Mora Mora, R. (2006). *Prácticas curriculares, cultura y procesos de formación*. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar.
- OMS (1946). *Carta Constitucional*. Ginebra: Autor.
- OMS (1983). *Informe técnico*. Ginebra: Autor.
- Pike, G. & Selby, D. (1994). *Global Teacher, Global Learner*. London: Hodder & Stoughton.
- Rodes, M.J. (1995). *Conceptos, actitudes y hábitos de salud en niñas y niños de 12 años. Un estudio desde el marco de la psicología cognitiva-sociocultural*. Trabajo de investigación. Universitat de Valencia, España.
- Yus Ramos, R. (1996). Temas transversales y educación global. Una nueva escuela para un humanismo mundialista. *Aula de Innovación Educativa*, 51, 5-12.