

Actualización

Escuelas comprometidas en prevención, promoción y cuidado de la salud

ANA LÍA KORNBLOT

ANA LÍA KORNBLOT
Doctora en Antropología.
Instituto de Investigaciones
Gino Germani,
Universidad de Buenos Aires
(UBA),
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

El paradigma de la promoción de la salud implica una nueva concepción de la salud que toma en cuenta de manera especial los contextos sociales, económicos, y culturales que la condicionan. En este paradigma se destaca la función de la escuela como formadora de hábitos y conductas que propician el cuidado de la salud y los factores protectores en relación con la misma. En esta tarea adquieren relevancia tres dimensiones: la información, el empoderamiento de los actores y la comunidad. El modo como estas dimensiones se entrelazan se vincula con el clima social imperante en la escuela, que influirá en la posibilidad de que los niños y jóvenes se formen como personas comprometidas con el cuidado de la salud de ellos mismos y de los otros. Esta formación se lleva adelante siguiendo ciertos ejes conceptuales que comprenden: la idea de la pluralidad de las juventudes; el enfoque de derechos; el enfoque de género; el enfoque de diversidad; el abordaje comunitario y la promoción de la salud en sentido amplio. La incorporación de los temas de salud priorizados por la comunidad educativa en el Proyecto Institucional Escolar ha demostrado ser una estrategia útil para el trabajo de esta temática en el ámbito educacional.

Palabras clave: Promoción de la salud — Escuelas — Factores protectores de la salud — Clima social escolar — Proyecto Institucional Escolar — Empoderamiento — Comunidad.

Schools Involved in Prevention, Promotion and Health Care

The paradigm of health promotion implies a new conception of health that especially takes into account, the social, economic, and cultural contexts that condition it. In this paradigm it is highlighted the role of the school as habit and behavior forming that promotes health care and protective factors in relation to it. Three dimensions become relevant for this task: information, empowerment of the actors and the community. The way these dimensions intertwine is linked to the prevailing social climate in the school, which will influence the possibility that children and young people will have to be trained as people committed to their own health care as well as the others. This formation is carried out following certain conceptual axes that comprise: the idea of youth's plurality; approaches related to rights, gender; diversity; the community and the promotion of health in a broad sense. The incorporation of health topics prioritized by the educational community in the Institutional School Project has proved to be a useful strategy for the work of this theme in the educational field.

Key words: Health promotion — Schools — Health Protective Factors — School Social Climate — Institutional School Project — Empowerment — Community.

CORRESPONDENCIA
Dra. Ana Lía Kornblit.
Moldes 1243. C1426ALM.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
alkornblit@gmail.com

Introducción

El propósito de este artículo es realizar un breve recorrido por el vínculo *entre escuelas y salud* y sus vicisitudes, a partir de las últimas décadas del siglo pasado hasta la actualidad. El examen de este vínculo debe remontarse necesariamente a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, de la Organización Mundial de la Salud realizada en Alma-Ata, en 1978, en la que la concepción sobre la salud salió del campo médico exclusivamente para tomar en cuenta como sus determinantes a los *contextos sociales, económicos y culturales*.

Esta nueva concepción sobre la salud implicó dejar de pensarla como ausencia de enfermedad para plantearla de un modo «positivo»,

en el que interviene fundamentalmente la *preocupación por conservarla*, evitando las situaciones que pueden llevar a perderla.

El modelo de trabajo se amplía para incluir no sólo a la medicina terapéutica, sino también a la *medicina preventiva* y a la *promoción de la salud*. Se aspira así a un *modelo integral de la salud* que despliega acciones asistenciales y preventivo-promocionales.

Este paso no se dio homogéneamente en el tiempo, sino que en un primer momento las nuevas concepciones sobre la salud incluían sólo programas preventivos, que enfatizaban diferentes aspectos. A lo largo de las últimas décadas estos énfasis incluyeron:

Tabla 1. Programas preventivos	
Años	Aspectos enfatizados
1960-70	Programas basados en el conocimiento (brindar información)
1970-80	Programas de prevención inespecífica (por ejemplo de empleo del tiempo libre)
1980-90	Programas basados en capacidades individuales: - Entrenamiento en habilidades de resistencia a la presión de los pares - Entrenamiento en habilidades sociales
1990 hasta la actualidad	Programas basados en generar nuevas normas sociales

Un paso más adelante se dio en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, que tuvo lugar en Ottawa en 1986 y se centró en la necesidad de ampliar el rol de la promoción de la salud para abarcar el trabajo con *comunidades y organizaciones*, tanto como con individuos [5].

Uno de los postulados más importantes que se derivan de la nueva concepción surgida sobre la salud es que además de su vinculación directa con las *condiciones en que se desarrolla la vida de las personas*, lo que más influye en su cuidado es el *apoyo social* y la *red de relaciones* con que ellas cuentan, así como las *normas de los grupos* a los que pertenecen.

Partiendo de estas ideas, el modelo de trabajo sobre prevención de las enfermedades y promoción de la salud toma en cuenta tres dimensiones:

- *La información*: tiene por objetivo reducir la

incidencia de la enfermedad o de las prácticas que se intentan disminuir, produciendo cambios en la conducta individual, a través de presentar «datos» e información sobre la enfermedad o los daños a los que conducen dichas prácticas. Siempre hay que tener en cuenta que las intervenciones preventivas no deben difundir sólo conocimientos, sino también poner el énfasis en la difusión del *saber hacer* para prevenir, que sólo puede ser incorporado en un trabajo que cuente con la *participación* activa de los destinatarios. Cabe aquí introducir una diferencia entre *informar*, que implica difundir conocimientos y *sensibilizar*, que implica tener la intención de involucrar, crear conciencia, interés, etcétera.

- El *empoderamiento*: intenta reducir la incidencia de la enfermedad o de las prácticas de riesgo para la salud alentando la capacidad de las personas para actuar sobre sus circunstancias, a través de *técnicas de aprendizaje participativo*, para ayudarlas a identificar las elecciones que pueden hacer en pos del cuidado de su salud.

- El rol de la *comunidad*: propone enfocar la salud a través de cambios alcanzados a través de la acción colectiva. Partiendo de experiencias compartidas sobre las que se reflexiona grupalmente, se identifican necesidades colectivas y se planifica cómo satisfacerlas. Entre las técnicas de trabajo comunitario se privilegian las que parten de las organizaciones, ya sea estatales u organizaciones no gubernamentales (ONGs) que trabajan en el tema en terreno.

Estas dimensiones confluyen en un postulado fundamental: si lo que se busca es que las personas desarrollen hábitos de cuidado de su salud, esto no se logra sólo a través de comunicaciones persuasivas, sino que se requiere la *participación de los sujetos en el proceso de cambio*. A su vez, esta afirmación contiene la idea de que solamente la interacción social es capaz de vencer la resistencia comportamental en relación con el abandono de prácticas de riesgo para la salud.

Modo de trabajar en promoción de la salud

La «instalación» del tema en la comunidad es el primer paso para la modificación de las prácticas de las personas en relación con la salud, y el develamiento de *aquello de lo que no se habla*, llevado a cabo de forma colectiva, es un poderoso instrumento en las etapas iniciales de los procesos de cambio. En ellos, la posibilidad de que desde la etapa inicial se prosiga hacia otras etapas, depende del grado de compromiso con la problemática que se haya podido lograr entre los participantes. En relación específicamente con las escuelas, este compromiso se vincula con la formación de equipos de trabajo entre alumnos y docentes. El inicio de la promoción de la salud en las escuelas debería darse por iniciativas promovidas por adultos pero progresivamente incluir el protagonismo de los jóvenes en todas las etapas de las acciones a emprender.

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto trabajar con los integrantes de la comunidad educativa con el objetivo de que se autocuiden y cuiden a otros, que tomen decisiones y controlen los condicionantes de la salud y que creen las condiciones que

posibiliten la adopción de conductas saludables.

El escenario de las escuelas es uno de los más adecuados para la implementación de las estrategias de promoción de la salud, por su gran potencial para conseguir transformaciones a largo plazo de los estilos de vida de sus integrantes. Este trabajo tiende a una nueva visión de la escuela que fije entre sus objetivos principales contribuir al desarrollo de la salud de su alumnado y de toda la comunidad educativa, mediante el desarrollo de la *autonomía de las personas* y del *trabajo en equipo* con miras a la conducta solidaria. El trabajo sobre los derechos de los jóvenes y de las minorías es un ejemplo de estos objetivos.

Históricamente (y en buena medida también en la actualidad), las preocupaciones en las escuelas por incluir la temática de la salud comprendían las acciones implicadas en los programas de *salud escolar*, orientados a la prevención de las enfermedades y la adquisición de hábitos saludables. Las nuevas orientaciones incluyen enfoques complementarios de estas acciones, que enfatizan un *abordaje más amplio de la salud*, que no es concebida solamente como ausencia de enfermedad, sino en relación con la *calidad de vida* de los habitantes y con sus capacidades para hacerse cargo de acciones tendientes a mejorarla. El ejemplo más claro de esta concepción es la *alianza intersectorial entre escuela y servicios de salud*, cuando ésta se basa en la concepción integral de la salud y en la búsqueda de participación activa de los miembros de la comunidad en pos del mejoramiento de sus condiciones de vida.

Un análisis de las experiencias sobre este tema llevadas a cabo en Latinoamérica en las últimas décadas revela que ambos enfoques (el focalizado en programas, por ejemplo de vacunación o detección temprana y prevención de las enfermedades más frecuentes en el ámbito escolar) y el más integral de escuelas promotoras de salud (que propicia acciones integrales sobre problemas que preocupan a la comunidad, a nivel extra-curricular y socio-comunitario) coexisten en la mayoría de los países y localidades.

La realidad es que estos dos modelos de trabajo,

pues, están presentes, y dado que el modelo más tradicional está profundamente arraigado, tanto en las instituciones como en los profesionales de la educación y de la salud, el planteo más lógico es el de intentar integrarlos.

Las *actividades* indicadoras del compromiso de la escuela como institución con la temática de la salud son:

- *Capacitación docente* en el tema priorizado para trabajar por parte de equipos locales que hayan sido a su vez capacitados en el mismo.
- *Capacitación de alumnos* para trabajar en la comunidad en equipos formados en el tema de salud priorizado.
- *Información y sensibilización de toda la comunidad educativa* en relación con el tema de salud priorizado, por parte de los equipos mencionados.
- *Selección y puesta en funcionamiento de docentes referentes en salud* en cada escuela, cuya función es recibir consultas por parte de los alumnos y articularlas con los servicios de salud disponibles localmente, así como informar a los jóvenes sobre los recursos de salud disponibles y sobre sus derechos en relación con la prevención de daños a la salud.

En la implementación de estas actividades hay que tener en cuenta tres niveles e interfases [6]: el nivel político, las interfases técnicas y el nivel operativo.

El *nivel político* se refiere a las acciones llevadas a cabo en las instituciones escolares en pos de la aceptación y el consenso con respecto a la perspectiva que se propone desarrollar, lo que se expresa por ejemplo en conseguir puntajes u otra forma de reconocimiento para los docentes que participen en la iniciativa o en la posibilidad de que el tema sea incorporado por consenso en el proyecto escolar de la institución.

Las *interfases técnicas* abarcan acciones de capacitación, desarrollo de materiales, asesoría, investigación, monitoreo, evaluación y puesta en red de experiencias. Es importante que durante la capacitación de los docentes se rescate y se desarrolle el valor educativo de las experiencias de promoción de la salud, dado que si esto no está claro ellos

intentarán delegar el desarrollo de estos temas en el sector salud, que si bien es capaz de transmitir normativas en relación con los mismos, no podrá trabajarlos con la metodología docente pertinente.

En el *nivel operativo* se han puesto en práctica diversas modalidades, según las características de las localidades. En nuestro país una iniciativa exitosa ha sido la de incorporar las iniciativas sobre salud integral al *proyecto del centro educativo*, evitando la dependencia de los servicios de salud en cuanto al trabajo con los alumnos sobre los temas vinculados con la salud, para evitar la medicalización del ambiente escolar. Esto se logrará promoviendo estrategias participativas a nivel del aula y de los vínculos con la familia y con la comunidad, que aporten otras miradas posibles sobre dichos temas.

Es muy común que frente a la exigencia de encarar temas para los que no se sienten preparados, los docentes convoquen a las personas que cumplen roles de «expertos», por ejemplo médicos para los asuntos de salud o policías para los de adicciones. Es muy importante tener en cuenta que las personas que se desempeñan en esos roles no tienen experiencia docente. Nadie, por más que sea un reconocido especialista, puede reemplazar la calidad del vínculo entre un docente y sus alumnos —cuando éste es un intercambio rico— ni puede garantizar la continuidad de su abordaje en el aula, necesaria para profundizar en el tema. Lo que los expertos ofrecen son contactos efímeros que no cumplen los propósitos formativos que se pretenden.

Las iniciativas que fortalezcan el vínculo entre escuela, familia y comunidad y las metodologías activas de enseñanza-aprendizaje en torno a aspectos de la salud, priorizados por consenso forman parte de los programas de las escuelas comprometidas con la salud, algunas de cuyas experiencias más puntuales han comprendido estrategias como las de los eco-clubes y el desarrollo de educación sobre derechos de los jóvenes, educación en valores, parlamento juvenil y muchos otros.

Todos ellos están enmarcados por los siguientes *ejes conceptuales generales*, que se desarrollan brevemente.

Pluralidad de las juventudes: existen profundas diferencias entre los jóvenes en función de sus escenarios de vida, de las condiciones sociales que les ha tocado vivir y de las prácticas surgidas de los diferentes procesos de socialización que han atravesado. La literatura y el cine han reflejado de múltiples modos los diferentes modos de ser niño y ser joven y las frustraciones asociadas muchas veces a las diferencias cuando ellas los ubican en posiciones desventajosas. Se trata de aportes que pueden ser usados ventajosamente en el aula para trabajar el tema.

Enfoque de derechos: se sustenta en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y los diversos tratados internacionales a los que el país ha suscrito, así como en las leyes aprobadas acerca de la protección y la salud integral de los niños y adolescentes. Sin embargo, en muchas situaciones existe una importante distancia entre las leyes y las prácticas, con derechos que no se reconocen ni se cumplen. La concepción sobre los derechos de los niños, niñas y jóvenes parte de la base de que ellos no son personas a tutelar. Tienen derecho a recibir información, atención apropiada a sus necesidades, a la privacidad y a la confidencialidad. Pensar e intervenir desde una perspectiva de derechos en relación especialmente con las y los jóvenes, implica considerar que, independientemente de su edad, su sexo, su orientación sexual, su situación social, económica, familiar, su nacionalidad o su religión, son sujetos de derechos con capacidad de opinión, decisión y acción, con derecho a recibir información, atención oportuna y apropiada y acompañamiento para decidir en todo lo relativo a su salud integral, incluida la salud sexual y reproductiva [1]. Un ejemplo de lo que se sustenta en este sentido son los derechos sexuales de las y los jóvenes, con respecto a los cuales el Ministerio de Salud de la Nación ha difundido materiales en los que puntualiza que tienen derecho a:

- Contar con espacios donde poder hablar sobre la sexualidad
- Ser escuchados en un ambiente de confianza, respeto y apoyo
- Conocer en forma libre su cuerpo y su sexualidad
- Recibir información clara, comprensible y

concreta sobre métodos anticonceptivos que prevengan embarazos no deseados

- Disfrutar una vida sexual plena, libre de discriminación, presión o violencia
- Acceder a métodos anticonceptivos y a servicios de salud gratuitos que garanticen la confidencialidad, y el respeto

Enfoque de género: implica reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, por lo común favorables para los hombres y discriminatorias para las mujeres; identificar cómo juegan las diferencias de género en la falta de equidad que puede darse entre los jóvenes; comprender que las relaciones de género atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales como las de clase social, edad, etnia, religión, etcétera. Se vincula especialmente con la *violencia de género*, que comprende todo tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género que impacte de manera negativa en su identidad y bienestar social, físico y/o psicológico. Teniendo en cuenta que las diferentes expresiones de violencia de género están presentes también entre los jóvenes, es imperioso contar con estrategias y recursos que propicien la sensibilización, la información y el trabajo en relación con sus actitudes y prácticas, a fin de construir un futuro sin inequidades basadas en las desigualdades de género. Un ejemplo de estas acciones es el realizado por la Fundación AVON y las Naciones Unidas en Argentina en 2015, con el lanzamiento de la campaña «#QuéOnda», destinada a adolescentes y jóvenes con el fin de generar conciencia y prevenir situaciones de maltrato en noviazgos. Integrada por una serie de piezas gráficas y audiovisuales, la campaña fue difundida a través de las redes sociales con el mensaje: *El amor te hace bien. Si no, es otra cosa.*

Enfoque de diversidad: implica tratar de derribar los mitos, creencias, prejuicios y estereotipos que sostienen las múltiples discriminaciones que pueden sufrir las personas, así como reconocer y atender las demandas específicas en lo que se refiere a los procesos de salud-enfermedad que afectan a diferentes grupos de personas. Especial atención merecen la *diversidad*

sexual, cuya consideración lleva al cuestionamiento de los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad y la *diversidad étnica*, que lleva a la aceptación de las diferencias culturales de grupos específicos como los pueblos originarios. En relación a la diversidad sexual, una encuesta sobre acoso escolar de la ONG Capicúa llevada a cabo en 2013 a 2.247 estudiantes de colegios secundarios del país reveló que un 77% de los y las adolescentes encuestados presenciaron o le contaron situaciones de acoso escolar. Los motivos de discriminación más frecuentes son las características físicas (34%), la orientación e identidad sexual (sospecha o acusación) (20%) y el no ser argentino/a (16%). Por otro lado, en relación a la población trans, el Servicio Integral de Atención a Travestis, Transexuales, Transgéneros e Intersexuales del Hospital Durand de la Ciudad de Buenos Aires ha analizado las estadísticas hospitalarias previas y posteriores a la aprobación de la Ley de Identidad de Género. Esta investigación reveló que luego de esta ley, el grupo adolescentes y jóvenes (15 a 24) triplicó las admisiones para cambio de sexo [7]. En los últimos tiempos se ha impuesto en la escuela una realidad que anteriormente estaba más o menos oculta: la diversidad entre los alumnos. Diversidad entendida en una doble perspectiva: diferencias por procedencia cultural, de clase social, de lenguaje y diferencias por capacidades, ritmos de aprendizaje e intereses. Este cambio de paradigma implica no el esfuerzo para alcanzar la uniformidad y la homogeneización de los alumnos (la arraigada idea de «nivelación»), sino el centrarse en los procesos de aprendizaje diversos de cada uno de ellos para lograr el máximo desarrollo de sus capacidades. El punto de partida de los procesos de enseñanza-aprendizaje no son las limitaciones de los alumnos, sino sus competencias y sus capacidades, porque se aprende a partir de lo que ya se sabe, no desde lo que no se sabe. Por otra parte, se trata de proponer situaciones de aprendizaje flexibles que permitan la participación y el aprendizaje de todos los alumnos.

Abordaje comunitario: se refiere a la estrategia de trabajo territorial que toma como punto de partida el contexto local para priorizar problemas y buscarle soluciones. Se toma como

protagonista a la comunidad en la búsqueda de soluciones, relacionadas con las problemáticas identificadas por sus miembros. Propicia el encuentro de todos los actores y sectores —estatales y de la sociedad civil—, para avanzar en lo que hay, lo que debe mejorarse y lo que falta. Aplicado a la temática de la salud el modelo socio-comunitario se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Enfatiza la prevención y la promoción de la salud a nivel grupal.
- Promueve la participación de la comunidad en los proyectos e intervenciones que la tienen por objeto.
- Trabaja para modificar las condiciones que favorecen o facilitan la emergencia de daños a la salud, es decir, los factores de riesgo y busca y potencia los factores de protección.
- Trabaja intersectorialmente entre los servicios de salud, sociales y educativos suministrados por organizaciones de la sociedad civil y dependencias estatales, favoreciendo la creación de redes institucionales.
- Trabaja de un modo descentralizado, en espacios locales cercanos a aquellos en los que se desarrollan las vidas cotidianas de las personas.
- Procura la comprensión de las concepciones del mundo de las personas a las que están dirigidos los programas de salud, dado que la ausencia de mundos compartidos dificulta alcanzar pertinencia en las intervenciones.
- Propicia la capacidad de agencia de los individuos y los grupos.

Este modelo entiende las prácticas de salud como un proceso colectivo de salud-enfermedad-atención. Los contextos sociales —las desigualdades, la falta de oportunidades, la marginación, la vulnerabilidad, la pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la discriminación, el analfabetismo, la carencia de una vivienda digna, los procesos de urbanización e industrialización sin una planificación adecuada— son parte constitutiva de los daños a la salud.

Promoción de la salud en sentido amplio: proceso que proporciona a los miembros de la comunidad los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla [5] y anticiparse a las enfermedades y daños a la salud prevenibles.

La promoción de la salud retoma la concepción acerca de la interacción entre condiciones socio-estructurales y experiencias personales, promoviendo la participación activa de los sujetos (tanto individuales como colectivos) para modificar las influencias mutuas entre ambas condiciones. A partir del proceso de desnaturalización y reconocimiento reflexivo sobre los determinantes socio-estructurales y sus influencias sobre las prácticas y representaciones individuales, las personas pueden modificar ambas condiciones buscando horizontes de bienestar deseados, proyectados, creados y compartidos a partir de sus propias experiencias [3].

La escuela, el lugar de los adultos y la construcción de autonomía

A pesar de todos los cambios culturales ocurridos en las últimas décadas, la escuela sigue siendo el ámbito en el cual muchos jóvenes permanecen, diariamente, un tiempo considerable. Este hecho la convierte en un lugar privilegiado para la realización de programas de promoción de la salud que propicien *la construcción de autonomía en los jóvenes*.

Estos programas se pueden desarrollar con diversas dinámicas y distintos materiales, pero más allá de qué dinámica, estrategia o material se empleen, es fundamental que los adultos reflexionen sobre cuál es su lugar y en qué medida el modo en que cumplen su rol habilita o no la *participación genuina de adolescentes*.

Las dudas e incertidumbres de los adultos frente al mundo cambiante en el que nos toca vivir pueden llevar por un lado, a adoptar posturas rígidas y censurantes frente a conductas de los jóvenes que les parecen inadmisibles, pero también pueden llevar a adoptar una postura de tolerancia extrema frente a las conductas contestatarias, basada en un difuso sentimiento de culpabilidad por el mundo que los adultos les hemos dejado.

En ambos casos no estaremos cumpliendo con lo que los niños y jóvenes necesitan: que sostengamos de un modo firme y no rígido el lugar de las normas, lo que permite marcar límites y saber con claridad cuáles son las «reglas de juego». Qué es lo que la convivencia social requiere aceptar y hasta dónde puede llegar la confrontación para que resul-

te innovadora y no destructiva.

En síntesis, la promoción de la salud, que forma parte de una nueva concepción de la salud pública, plantea la necesidad de ir más allá de lo puramente médico y considerar las influencias sociales y psicológicas sobre la salud y sobre la conducta vinculada con ella.

Climas sociales escolares

La escuela puede constituirse en un espacio en el que se transmitan valores de solidaridad, reconocimiento del otro, responsabilidad, justicia y diálogo. Puede propiciar la constitución de sujetos que no sean meros repetidores de informaciones, seguidores de normas, consumidores pasivos o, peor aún, individuos excluidos del proceso de aprendizaje. Para ello debe priorizarse la generación de espacios y climas sociales escolares que habiliten el diálogo, la intersubjetividad, el encuentro con el otro, el trabajo en equipo, en fin, el despliegue de las autonomías y los derechos de los sujetos.

Trabajar desde la perspectiva de promoción de la salud en la escuela quiere decir que se toma en cuenta el tipo de clima social de la escuela y del aula, lo que es fundamental a la hora de pensar cómo la experiencia escolar puede vincularse con prácticas de cuidado o de riesgo en relación con la salud.

Aunque en una misma institución pueden convivir varios climas sociales escolares, podemos caracterizar dos grandes tipos ideales (que nunca se presentan de manera pura):

- a) *Clima social negativo*: tiene que ver con un bajo nivel de participación, relaciones distantes y faltas de cooperación, predominio de tareas rutinarias, falencias en la organización de la escuela, ya sea por falta de aplicación de las normas o por exceso de control. El grado de autoritarismo de las y los docentes —tal como es percibido por los alumnos— es lo que más obstáculos puede generar en el desarrollo de un diálogo entre adultos y jóvenes para poder abordar los temas vinculados con la salud.
- b) En cambio, si en la escuela los estudiantes perciben que la interacción con las y los docentes y las autoridades es positiva, estaremos en presencia de un *clima social favorable*, con alto nivel de participación juvenil en las actividades de aprendizaje y

extracurriculares y normas claras en su aplicación, con márgenes para la innovación.

Si bien no pueden establecerse relaciones causales directas entre el clima social escolar y la adopción de prácticas de riesgo para la salud, sí puede decirse que los climas sociales favorables, donde se propicia el diálogo, se abren canales de comunicación, se valora el esfuerzo, se minimizan las prácticas autoritarias y competitivas y se desarrollan prácticas pedagógicas que facilitan la integración y participación de las y los alumnos, disminuyen considerablemente la atracción de las y los jóvenes por escenarios y prácticas de riesgo.

Modalidades de trabajo con estudiantes en temas de salud

Para especificar cuáles son las modalidades de trabajo con los alumnos sobre los temas vinculados a la salud hay que delimitar previamente cuál es el objetivo de la intervención.

- a) Si el objetivo es *aumentar la información* sobre un tema, las técnicas habituales de transmisión de información pueden ser suficientes. Pero las *técnicas que implican a los alumnos en su propio proceso de aprendizaje* son las que proporcionan aprendizajes más sólidos y duraderos. Por esto, la utilización de medios audiovisuales, las técnicas de búsqueda y elaboración de información por los propios alumnos y las técnicas de discusión de la información son las que dan mejores resultados.
- b) Si los objetivos priorizan el *cambio de actitudes*, las técnicas de *análisis de situaciones (método de casos)*, de *análisis y resolución de problemas* son las más útiles, sobre todo si se realizan grupalmente.
- c) Si los objetivos se orientan a generar una *postura crítica reflexiva* con respecto al tema en cuestión se puede trabajar con *análisis crítico de mensajes publicitarios* y con las posibilidades de desarrollar posturas autónomas y no complacientes con las tendencias asumidas culturalmente, por ejemplo se pueden ensayar diferentes respuestas posibles presentando diversas situaciones cotidianas.

Actualmente las culturas juveniles valoran aspectos que son en general ajenos a lo que se intenta transmitir en la escuela. Así, con-

fieren importancia al cuerpo, a la música, a las imágenes más que al lenguaje verbal, como forma de transmisión de contenidos, a la utilización de las nuevas tecnologías, a la afectividad contrapuesta a la razón como dimensión fundamental de las relaciones sociales. En la medida en que la escuela no ha asimilado estos cambios, se ha producido un progresivo alejamiento entre ella y las experiencias sociales juveniles.

Los proyectos institucionales

Los proyectos educativos institucionales (PEI) constituyen oportunidades para la generación de espacios desde los que se propicie el diálogo y la construcción de lazos sociales en el contexto escolar. En dichos documentos se establecen los objetivos pedagógicos principales de un establecimiento y se explicitan sus vinculaciones con el contexto en el cual se inserta. El PEI constituye un espacio estratégico para desarrollar la reflexión en las instituciones.

Boggino [2] enumera algunos de los espacios que pueden ser creados, a partir de la reescritura y operacionalización colectiva de los PEI, para contribuir al abordaje de diversos tipos de situaciones problemáticas y, en general, a la construcción de los lazos sociales en la escuela:

- *Temas transversales*, como la cooperación, la formación del juicio crítico y el abordaje integral de la salud de todos los miembros de la comunidad educativa.
- *Tutorías*, como espacios de comunicación y orientación del alumno con el fin de optimizar la calidad de los aprendizajes y la enseñanza.
- *Asambleas para alumnos*, como lugares de encuentro donde los jóvenes puedan plantear sus acuerdos y disidencias, sus problemas, los modos posibles de resolución de conflictos y el abordaje de situaciones problemáticas.
- *Talleres de reflexión sobre la propia práctica para docentes*, como espacios de encuentro que posibilitan una acción cooperativa en la comprensión y en la búsqueda de alternativas para abordar situaciones problemáticas y, en general, como instancia de construcción del grupo.
- *Proyectos de aula* como estrategia pedagógica para *enseñar conviviendo y convivir enseñando*. Los proyectos permiten ubicar

en un lugar privilegiado a los estudiantes, intentando que construyan conocimientos significativos en forma cooperativa.

- *Investigación-acción* como medio para enseñar investigando e investigar enseñando, y posibilitar instancias de reflexión crítica sobre la propia práctica, impulsando el desarrollo de proyectos grupales.
- Y todo espacio, dispositivo o estrategia que permita la reflexión, la comunicación y la construcción o reconstrucción de *lazos sociales* sobre la base del trabajo sistemático en torno a los *valores*, las *experiencias individuales*, las *normas sociales* y la *reflexión crítica* sobre los paradigmas que sostienen la práctica docente.

En la generación y puesta en marcha de este tipo de proyectos y/o espacios, las instituciones educativas deben diferenciar entre su *zona de preocupación* y su *zona de incumbencia* [4]. Hay que delimitar qué es *lo que sí puede hacer* y qué es lo que *no puede hacer la escuela*, no le compete, no tiene herramientas para afrontar. Por ejemplo, la escuela no puede modificar los aspectos socioeconómicos o las condiciones de vida de los alumnos. Por el contrario, si se concentra en su zona de incumbencia, trabajando en promoción de la salud, puede influir indirectamente en la zona de preocupación, a través de generar conductas de cuidados que contribuyan a paliar los efectos negativos de dichas condiciones. Hay que tener en cuenta que no puede esperarse que las escuelas resuelvan los problemas de salud de sus alumnos y docentes aisladas de otras acciones en salud pública. Son necesarias *conexiones fuer-*

tes con los servicios de salud, de modo de establecer una continuidad entre las instituciones escolares y sanitarias que permitan la participación de ambas en objetivos comunes.

Una herramienta importante en relación con la promoción de la salud en la escuela son los *talleres de sensibilización sobre problemas de salud que preocupan a los jóvenes*, con el objetivo de formar agentes multiplicadores para que sean ellos los que trabajen los temas de prevención y promoción de la salud con sus pares. Se apunta a la formación de *equipos de jóvenes* que surjan de los propios estudiantes para que desarrollen acciones preventivas con sus pares a través de la ayuda de una pedagogía basada en métodos no directivos, que requieren el *compromiso personal* de los jóvenes.

Se debe propiciar en el ámbito escolar la constitución de espacios donde se privilegien las instancias y *dinámicas grupales*. Dentro de las mismas, los espacios de pares tienen un peso particular, ya que los propios adolescentes y jóvenes pueden convertirse en *agentes multiplicadores* que detectan los problemas de sus compañeros y pueden brindarles su apoyo, orientarlos en la búsqueda de ayuda y acompañarlos en la búsqueda de resolución de problemas específicos.

En síntesis, la propuesta es proveer a los jóvenes de *herramientas* para la solución de problemas, para la *toma de decisiones* y de *metodologías participativas* como medio para fortalecerlos y hacerles adquirir mayor autonomía, reflexionando sobre su relación con la institución educativa y aportando elementos que les sirvan para el cuidado de sí mismos y de otros.

Referencias

1. Asociación Civil Trama. Guía de trabajo sobre estrategias de prevención y promoción de la salud destinada a equipos de salud que trabajan con adolescentes. Buenos Aires; Ministerio de Salud de la Nación - Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia; 2012
2. Boggino N. Cómo prevenir la violencia en la escuela. Estudio de casos y orientaciones prácticas. Rosario: Homo Sapiens; 2005.
3. Capriati A, Camarotti AC, Di Leo PF, Wald G y Kornblit AL. La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar. Revista Argentina de Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 8 agosto 2017]; 6 (22):21-28. Disponible en: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen22/21-28.pdf>
4. Onetto F. Climas educativos y pronósticos de violencia. Condiciones institucionales de la convivencia escolar. Buenos Aires: Noveduc; 2004.
5. Organización Mundial de la Salud, Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud; 1986.
6. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de salud, escuela y comunidad: el laberinto de la implementación Notas y aprendizajes desde la experiencia Iberoamericana. Washington DC: OPS; 2009.
7. Programa Nacional de Salud Integral de la Adolescencia. Situación de salud de las y los adolescentes en la Argentina. Buenos Aires: MSAL-UNICEF; 2016.