

EDUCAR PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: PROGRAMA PEDAGÓGICO

Pilar Saura Calixto

I. EDUCAR PARA LA SALUD

La educación integral del hombre implica la contemplación de todas aquellas variables que de forma directa inciden en el desarrollo de su personalidad, de todos aquellos valores que les permitan llegar a la responsabilidad y autonomía personal y le capaciten para vivir y disfrutar en una sociedad libre. En este sentido, alcanza especial relevancia la educación para la salud como soporte necesario en la adquisición y desarrollo de actitudes positivas hacia la vida, circunstancia que redundará en beneficio del nivel cultural, social y sanitario.

Curiosamente, en nuestra cultura occidental, el concepto de salud constituye un descubrimiento relativamente nuevo ya que durante siglos estuvo minusvalorada adquiriendo rol preponderante la medicina curativa. En este contexto son habituales las definiciones negativas sobre la salud que reflejan el estado de la cuestión. La salud de esta forma concebida supondría exclusivamente la ausencia de enfermedad.

Es a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando un nuevo concepto de salud comienza a barajarse. La OMS., en el artículo 1º de su Constitución, define la salud como “estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente

como ausencia de enfermedad o invalidez”. Este nuevo enfoque resultó revolucionario en su tiempo. Aún hoy sigue vigente si bien con ciertas modificaciones.

En la actualidad podemos distinguir fundamentalmente tres corrientes en lo relativo a la forma de concebir la salud (SIERES, 1990):

- a) Visión lineal de la salud, subyacente en nuestra cultura. Según este enfoque la vida es como la línea ascendente sobre la que viene a incidir la enfermedad. Si esta no se presentara no habría muerte. Representantes de este enfoque son entre otros: FRIES (1980), BENSAD (1981), DOMBRET-KLINKEN-BERG (1985), BURY (1988). Esta corriente de pensamiento tiene su origen en los años de extraordinarios avances tecnológicos en farmacología y cirugía que abrieron grandes expectativas.
- b) La visión holística de la salud es propiciada por el análisis epidemiológico y sistemático de la enfermedad. Este supuso el fin de la visión lineal de salud. Se presenta así el concepto de salud como un “paradigma que aparece en primer lugar como el bienestar completo ofrecido a los individuos que constituyen una comunidad humana. Ese bienestar es propuesto bajo la for-

ma de un equilibrio y de armonía”, (JASPARD 1986). Este paradigma implica en su constitución la existencia física y psíquica individual, el espacio del medio ambiente inmediato, el medio ambiente más amplio (país, grupo cultural) y también el nivel planetario.

Este modelo prescinde de una definición negativa de salud (con alusión a la enfermedad) y supone una visión enormemente amplia y compleja del concepto de salud lo que hace que el modelo en cuestión resulte poco operativo. Defensores de esta visión holística de la salud son entre otros: BAELZ (1980), MONNIER y colaboradores (1980), CMICH (1984) y MARCHIONI (1989). Este último autor pone de relieve el hecho de que la política de la Comunidad Europea, en lo relativo a salud, se inscribe en este marco holístico.

- c) Visión operativa de la salud. Siendo conscientes de lo acertado del enfoque holístico de la salud, distintos autores ponen de relieve su gran complejidad que, a la hora de programar actuaciones de salud, hace que resulte muy difícil englobar todos los aspectos que el citado modelo abarca. La nueva visión operativa de la salud se concreta en los siguientes factores básicos: la biología humana, el medio ambiente, los hábitos de vida y la organización de los servicios de salud. (LALONDE).

Diversos autores se sitúan dentro de este enfoque aunque mantengan criterios distintos centrándose en aspectos concretos. Entre ellos: BURT (1978), BALOG (1981), PINEAULT y colaboradores (1986).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, consideramos que la salud

no sólo supone ausencia de enfermedad, por lo tanto no ha de ser ésta responsabilidad única de científicos y médicos, sino que en su promoción ha de participar no únicamente el individuo como tal sino también la comunidad. Cada vez nos encontramos con más enfermedades que son provocadas por daños que el hombre ocasiona a su propio medio ambiente. Consciente de este hecho, la Organización Mundial de la Salud eligió como tema central de estudio en el Día Mundial de la salud (7 de abril de 1990), “Nuestro Planeta, nuestra Salud”, bastante sugerente. Es evidente que, en general, los problemas de salud existentes en un concreto momento histórico, en una sociedad determinada, son consecuencia del modelo de desarrollo socioeconómico de dicha sociedad. De esta forma podemos afirmar que el estilo de vida determina su salud. Así, los estratos de población más favorecidos, es decir, aquellos que gozan de un mayor nivel de educación, cultura y recursos económicos, gozan también de mayor salud.

Hemos de hacer notar que aunque los recursos dedicados a los gastos sanitarios sean elevados, si los comparamos con los dedicados a otros capítulos, no se da una correlación significativa entre medicina y salud. Es más, parece evidente que el superar cierto nivel de porcentajes (del 7 al 11 por % del PNB) va en detrimento de la salud de la colectividad al restar recursos a otros capítulos como educación, protección del medio ambiente, etc. (LOPEZ IBOR, 1990).

La observación de la tabla nº 1 nos permite comprobar los porcentajes de gastos dedicados a Protección social en cuyo concepto se engloba lo relativo a Salud, Supervivencia, Familia, Vivien-

da, etc. relativos a los distintos países de la Comunidad Europea y países escandinavos.

Tabla nº 1. *Gastos de protección social expresados en % del producto interior bruto.*

País	Año 1987
Bélgica	28,7
Dinamarca	27,7
Alemania	28,2
Grecia	—
España	17,7
Francia	28,3
Irlanda	23,6
Italia	22,9
Luxemburgo	26,4
Holanda	31,3
Portugal	16,7
Reino Unido	23,6
Noruega	26,4
Suecia	35,2
Finlandia	25,9

Resulta evidente la incidencia de los factores sociales en la patología e igualmente puede comprobarse cómo el desarrollo educativo económico y social hace descender la incidencia de enfermedades. Según LALONDE (1974), Ministro de Salud y Bienestar de Canadá, el nivel de salud de una comunidad está fundamentado en la interacción de las siguientes variables antes apuntadas: biología humana (que apenas puede modificarse), medio ambiente (contaminación física, química, psico-social y psico-cultural); estilo de vida (conducta de salud) y sistema de asistencia sanitaria. Según lo anteriormente expuesto, tanto el mantenimiento como la prevención en el campo de la salud adquieren gran protagonismo. El individuo no puede ser únicamente receptor pasivo de unos servi-

cios sanitarios determinados sino también sujeto agente en la práctica de un saludable estilo de vida.

La Organización Mundial de la Salud en el Programa "Salud para todos en el año 2.000" habla de que la responsabilidad colectiva va más allá de la relación enfermo-médico. Por otra parte, la Constitución Española en su artículo 43, apartado 1, reconoce el derecho a la protección de la salud. Igualmente, en los apartados 2 y 3 de dicho artículo se pone de relieve la responsabilidad de los poderes públicos en el fomento, prevención y conservación de la salud en los siguientes términos: "Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas... Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria".

El Diseño Curricular Base que emana de la LOGSE hace referencia a la educación para la salud, considerando esta cuestión como objetivo prioritario en los distintos niveles de formación del alumno. Así, en el Diseño Curricular Base correspondiente tanto a Educación Infantil como a Educación Primaria, aparece la educación para la salud como objetivo a desarrollar expresándose en los siguientes términos: "Conocer y controlar su cuerpo, teniendo en cuenta sus capacidades y limitaciones de acción y expresión, comportándose de acuerdo con ellas y mostrando una actitud positiva hacia la consolidación de hábitos de salud y bienestar".

En cuanto a la Educación Secundaria, los objetivos relativos a la Salud son: "Contribuir activamente y de forma autónoma al desarrollo y a la salud corporales valorando los beneficios que suponen los hábitos de los ejercicios físicos,

higiene y alimentación, así como las repercusiones negativas para la salud de determinadas prácticas sociales (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción”, etc.) y actuar en consecuencia”.

Constituye pues una obligación ineludible la educación de niños y adolescentes en este sentido.

Resulta evidente el papel y responsabilidad de la escuela en la formación de actitudes positivas hacia la salud y la vida, considerando esta cuestión como prioritaria y abandonando una concepción restringida de la educación, possibilitando una formación integral de la persona donde la salud es condición indispensable (ESCAMEZ y GARCIA, 1990).

La escuela acoge a los niños en las primeras etapas de la vida, momento crucial en el desarrollo de la personalidad, en el que el individuo es especialmente receptivo para formar una actitud positiva hacia la salud y la vida. Sin embargo, es impensable que la escuela sea eficaz si el medio ambiente no es favorable. Por esta razón, en la educación para la salud han de programarse coordinadamente objetivos y actividades que trasciendan el ámbito colegial y comprendan también el familiar y comunitario ya que la educación para la salud reducida al ámbito escolar se vería impotente para erradicar hábitos de conducta insanos y arraigados en el adulto y en la sociedad.

Un aspecto importante, dentro del programa de educación para la salud, lo constituye la prevención de la drogodependencia. Este tipo de educación es demandado por toda la sociedad. Es función prioritaria de la escuela “preparar para la vida”, capacitar al sujeto para que pueda llevar, ya desde ahora, una vida

psíquica y físicamente sana. Por esta razón, deberá fomentar en el alumno una actitud positiva hacia todo aquello que le facilite una vida sana, y un rechazo a aquellas conductas, como el consumo de drogas, que ponen en serio peligro dicho objetivo. Resulta del todo necesario capacitar a los educandos para la toma de decisiones personales respecto a la calidad que quieren dar a su vida.

La educación en esta materia dentro del marco escolar tiene enormes posibilidades preventivas si ésta se realiza con seriedad, naturalidad y rigor. Se han hecho numerosos estudios de carácter sociológico sobre el fenómeno de la drogadicción en los adolescentes, las propuestas pedagógicas han sido más bien escasas. Nuestro estudio ofrece una vía de actuación en el medio escolar, para una educación en la salud y la prevención de la drogodependencia. Sus resultados, por ahora, son provisionales. Se hace necesaria una investigación más amplia y ver sus resultados en el tiempo.

En este sentido se orienta nuestro programa de educación para la salud y prevención de la drogodependencia en la escuela.

II. ACTITUD POSITIVA HACIA LA SALUD Y LA VIDA

En el trabajo que presentamos entendemos que una persona presenta una actitud positiva hacia la salud y la vida cuando:

- a) ostenta hábitos higiénicos saludables y rechaza los insanos o al menos tiene voluntad de hacerlo.
- b) conoce y evita los peligros más frecuentes para la salud colectiva o desea hacerlo.

c) es capaz de cuidarse a sí mismo y participar en la consecución del objetivo colectivo en cuanto a salud de la comunidad a la que pertenece o, al menos, lo pretende. Somos conscientes de que el hombre actúa guiado de algún modo por sus creencias u opiniones y según su escala de valores. Esto es, el individuo en su comportamiento autónomo obra de manera razonada considerando los "pro" y "contra" según la información que posee y el sistema de valores propio. Implica pues una toma de postura en base a unas creencias.

III. MODELO TEÓRICO PARA LA FORMACIÓN DE ACTITUDES

En el trabajo experimental que nos ocupa, partimos del concepto de actitud formulado por FISHBEIN y AJZEN (1980) revisado posteriormente y denominado "Modelo de la acción planeada". La actitud, según este modelo, consiste en la aceptación-rechazo, evaluación favorable-desfavorable ante la realización o no de una determinada conducta basándose en razones, conocimientos, opiniones o creencias. Así mismo, queremos hacer constar que el Programa Pedagógico aplicado en este trabajo se adopta en sus líneas esenciales al modelo de educación para la salud descrito por el Profesor ESCAMEZ en la obra "Drogas y Escuela" (1990).

Somos conscientes de que al utilizar el calificativo de "experimental" para este estudio no lo adoptamos en un sentido "estrictamente científico" ya que la experiencia llevada a cabo durante el curso 1989-1990, no reúne las características propias del método experimental, al

no contemplar grupo de control, extremo éste no imputable a nosotros sino a condiciones exigidas por el Consejo Escolar de Centro.

Consideramos el modelo antes mencionado como el más idóneo para la intervención pedagógica en el marco escolar por reunir todos los requisitos necesarios, permitiendo y facilitando la tarea del educador, ya que dicho modelo:

- a) representa una teoría marco que explica el proceso de formación y cambio de actitudes.
- b) permite la investigación educativa para la formación y cambio de actitudes pues es considerado como un modelo tecnológico adecuado para dicha acción pedagógica.
- c) nos facilita una visión razonable del proceso de formación y cambio de actitudes.
- d) parte de una concepción antropológica fundamentalmente racional, entendiendo que la conducta social humana no está determinada por razones inconscientes o creencias irracionales sino que, antes de actuar, el hombre considera todas las implicaciones de dicha conducta en función de la información que posee en ese momento.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Objetivos

1.1. Para los alumnos

- a) Favorecer la formación de creencias sobre los peligros de la droga.
- b) Capacitar al alumno para el cuidado personal y participación en el sistema sanitario.
- c) Desarrollar unas relaciones interpersonales afectuosas, cooperativas y solidarias.
- d) Favorecer la prevención para una vida no dependiente de productos químicos.

- e) Desarrollar en ellos actitudes positivas hacia la salud y la vida.

Se formularon objetivos didácticos para cada uno de los ciclos: Inicial, Medio y Superior.

1.2. Para los profesores

- a) Elaborar y validar nuestro Programa y estrategia general para el desarrollo de una actitud positiva hacia la salud.
b) Verificar que es posible la intervención pedagógica para el cambio de actitudes a través de la investigación pedagógica experimental sin alterar las situaciones contextuales propias del Centro, aula, etc.

1.3. Para los padres de alumnos

Integrar al colectivo de padres de alumnos de nuestro centro en los fines hacia los que se orienta el Programa teniendo en cuenta las necesidades de sus hijos y del entorno social en que se encuentra ubicado el colegio.

1.4. Para el Consejo Escolar del Centro

Integrar a este órgano colegiado en los objetivos generales orientadores del Programa y obtener el respaldo para su puesta en práctica.

Igualmente, se concreta estrategia de actuación fuera del Centro.

2. Hipótesis de trabajo

Nuestras hipótesis se configuran en los siguientes términos:

- a) A nuestro juicio, el nivel en cuanto a opiniones, actitudes y hábitos positivos hacia la salud y la vida en la población que nos ocupa, es bajo.
b) La aplicación de un programa de intervención pedagógica, cuyo objetivo sea la formación de actitudes positivas hacia la salud, podrá cambiar el signo

actual negativo de las actitudes de los alumnos hacia la salud.

3. Ambito de aplicación

Nuestro Programa pedagógico ha sido aplicado en un Centro Público de E.G.B. dentro del barrio de San Lorenzo de Murcia enclavado en un entorno sociocultural de clase media, ubicado en una zona de Murcia perteneciente al casco antiguo de dicha ciudad, cuya población es fundamentalmente de clase media: pequeños comerciantes, empleados, funcionarios de tipo medio, etc., dándose un pequeño porcentaje de población, ocupantes de inmuebles de renta baja, cuyo poder adquisitivo y nivel cultural es bajo.

4. Marco de intervención

La acción pedagógica que implica nuestra estrategia se desarrollará a nivel de centro en el C. P. "Andrés Baquero" de Murcia ya que es en el centro donde los chicos/as tienen un mayor nivel de relaciones y contactos múltiples permitiendo a la vez un tratamiento sistemático al problema pudiendo coordinarse distintas intervenciones en un marco adecuado.

5. Población sobre la que se opera

Todos los alumnos matriculados durante el curso 1989-1990 en niveles correspondientes a Preescolar, Ciclo Inicial, Medio y Superior de E.G.B. participaron en actividades y experiencias programadas, no obstante el trabajo fue realizado en todas sus etapas con los alumnos de Ciclo Superior de E.G.B. (83 alumnos de 6º, 7º y 8º).

6. Diagnóstico

Aplicado el cuestionario-escala pretest a los grupos que habrían de intervenir en la experiencia, obtenemos unos datos

de cuya interpretación deducimos la situación de partida.

V. INSTRUMENTO DE EXPLORACIÓN

El instrumento de exploración utilizado fue construido y validado para tal fin por los profesores ESCAMEZ Y MARTINEZ, (1988).

El cuestionario escala sobre actitudes de los estudiantes hacia la salud y la droga permite la recogida de datos para una medida objetiva del nivel actitudinal en los distintos grupos de escolares antes y después de la aplicación de técnicas enmarcadas dentro de nuestra estrategia general para el desarrollo de una actitud positiva hacia la salud y la vida, y negativa hacia la droga.

1. Descripción del cuestionario-escala

El cuestionario-escala utilizado va dirigido a estudiantes de ciclo superior de E.G.B. Consta de 23 ítems que detectan la actitud hacia el consumo de diferentes sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, medicamentos y drogas en general).

Las respuestas a los 23 ítems las hemos agrupado en tres bloques que hacen referencia a las creencias de los alumnos referidas a:

- Efectos del consumo de alcohol.
- Efectos del consumo de tabaco.
- Efectos de sustancias químicas, medicamentos y drogas en general.

VI. PROGRAMA PEDAGÓGICO DE INTERVENCIÓN

1. Consideraciones generales

En nuestro programa, la intervención educativa no se realiza en tiempos específicos del horario escolar. Pensa-

mos que la educación en actitudes no debe ser considerada como una materia más a añadir al apretado currículum. Por esta razón la intervención pedagógica tendrá una dimensión interdisciplinar, es decir, estará enmarcada dentro del trabajo ordinario de aula de tal manera que mediante planteamientos organizativos adecuados, creación de clima, utilización de técnicas adecuadas de participación activa, comunicación persuasiva, etc, se desarrollaría una actitud positiva hacia la salud y la vida y negativa hacia la droga, a través de las distintas áreas de conocimiento sin olvidar las inmejorables posibilidades que ofrece la tutoría colectiva.

2. Líneas de actuación

2.1. Con los profesores

La intervención docente desde las distintas áreas se organiza en función de los objetivos propuestos.

Los equipos de ciclo incluyen en sus programaciones de aula, por niveles, aquellos conceptos, cuestiones de método y predisposiciones actitudinales más convenientes y que tienen que ver con la salud.

Un día a la semana se celebra una sesión conjunta de equipos docentes coordinándose para revisar, poner en común técnicas, presentar algún nuevo material, programar alguna visita, charlas sobre temas más relacionadas con los objetivos propuestos, etc.

2.2. Con los padres de los alumnos

Se ofrece a los padres la posibilidad de colaborar en el desarrollo del programa tras informarles sobre el contenido y objetivos del mismo.

Los padres colaboran reforzando el plan propuesto ayudando a sus hijos en la

formación de ciertos hábitos, realización de tareas y búsqueda de información sobre cuestiones o temas relacionados con la salud. Algunos de ellos, profesionales de centros de salud, ofrecen algunas charlas sobre: "la prevención de la enfermedad", "alimentación y salud", etc.

2.3. Con el Consejo Escolar del Centro

Al inicio del curso, el Consejo Escolar tras una exposición detallada de sus objetivos y contenidos asume el Proyecto. Su colaboración se limita a la consecución de ayuda económica y del material necesario para su realización, a la vez que pide a la familia la cooperación en el mismo.

El Consejo es informado periódicamente sobre el proceso de aplicación del Programa, realizándose una revisión más detallada del mismo una vez al trimestre.

2.4. Con los alumnos

2.4.1. Objetivos del ámbito cognitivo

- Conocer los peligros que acarrearán el alcohol y el tabaco así como los fármacos utilizados sin control médico.
- Comprender que el tabaco y alcohol así como otras drogas crean hábito y difícilmente puede abandonar el ya iniciado.
- Idear y analizar distintas alternativas a ciertas sustancias o hábitos perjudiciales a la salud.

2.4.2. Objetivos del ámbito actitudinal

- Favorecer la formación de actitudes negativas hacia la droga.
- Desarrollar actitudes positivas hacia la salud y la vida y cambiar las negativas.
- Capacitar al alumno para la higiene

personal y la participación en la mejora del medio ambiente.

- Desarrollar unas relaciones interpersonales de colaboración y solidaridad.

3. Contenidos

Del total de bloques que componen el programa, son objeto de estudio en sus distintos aspectos a lo largo de todo el curso, los siguientes:

- Salud mental y desarrollo.
- Salud física y crecimiento.
- La higiene.
- Fatiga y descanso.
- Alimentación y nutrición.
- Prevención y enfermedades.
- Salud sexual.
- El medio ambiente y la salud.
- Tabaco, alcohol, droga.

Reunidos los equipos de Ciclo, acordaron incluir los citados bloques temáticos en la programación correspondiente introduciendo los distintos temas, o aspectos parciales de los mismos, en los contenidos programados desde las distintas áreas de conocimiento y/o expresión.

4. Temporalización

La investigación se ha realizado entre los meses de noviembre del 89 y mayo del 90.

5. Técnicas de intervención utilizadas para la formación y/o cambio de actitud basadas en la comunicación persuasiva y la participación.

De acuerdo con el objetivo fundamental de nuestro programa pedagógico habremos de intentar la consolidación de las creencias que sustentan los alumnos con relación al tema o bien la transformación de las opiniones y creencias menos convenientes. Aunque este proceso es

largo y laborioso ya que las creencias son el resultado de la interacción del individuo con el medio, creemos necesario la utilización prolongada de distintas técnicas que faciliten la participación, intercambio y conocimiento de otros puntos de vista o sistemas de valores diferentes que lleven al alumno al cambio de actitud.

Las técnicas de intervención pedagógica utilizadas para la puesta en práctica de nuestro programa pedagógico han sido variadas. Podemos clasificarlas en tres grandes grupos.

a) *Técnicas de participación activa*

Mediante este tipo de técnicas es posible el control de la información aportada. Igualmente la participación del propio alumno la búsqueda de soluciones, la acción en común, la comprobación en la realidad de su dependencia de los demás, constituye un marco adecuado para el logro del objetivo propuesto.

La técnica de clarificación de valores (RATHS, 1967) empleada con frecuencia en nuestro programa, es un método que permite ayudar a los alumnos a clarificar sus propios valores y descubrir valores en quienes les rodean. Ante la evidencia de los valores que afloran, es posible modificar, en consecuencia, sus actitudes por coherencia con estos valores. De esta forma, intentamos conseguir una visión positiva de la realidad y de sí mismo a la vez que una mejor integración personal. Son varias las condiciones que han de seguirse en este proceso de clarificación. A saber:

- elección libre de valores,
- presentación de alternativas,
- elección de una de ellas tras la consideración exhaustiva de todas las alternativas consideradas,

- aceptación, aprecio y estima de la opción elegida,
- tendencia a la manifestación explícita de su elección,
- caracterización por una forma de actuar de acuerdo con su opción.

Una recopilación y revisión de este tipo de técnicas es realizada por SIMON, HOWEL Y KIRSHENBAUM en 1972. Posteriormente, BARTOLOME (1979) hace un interesante estudio sobre el tema.

La técnica del "role-playing" utilizada ofrece la posibilidad al alumno de penetrar en las creencias, motivaciones y sentimientos del personaje propuesto que encarna el alumno posibilitando la identificación con las actitudes y valores del mismo. (ORTEGA, 1986).

Pensamos que esta identificación puede propiciar un cambio de actitud y creencias en el alumno que representa un determinado papel. Existen determinadas experiencias personales que resulta interesante "vivir" para propiciar al intérprete la reconstrucción de sus actitudes. Racismo, machismo, enfermedad, droga son temas de los que pueden evocarse situaciones.

En nuestra investigación ha sido utilizada la técnica del "role-playing" con distintas variantes entre ellas la técnica de "conducta forzada" donde el profesor impone los papeles procurando que sus alumnos representen papeles contrarios a sus creencias u opiniones. Con esto se pretende una revisión de los mismos.

b) *Técnicas de cooperación*

Las técnicas cooperativas utilizadas en nuestro programa de intervención pedagógica han facilitado no sólo los aprendizajes sociales de los alumnos sino también los puramente instructivos. Di-

versas investigaciones ponen de relieve la eficacia de estas técnicas (LEW, 1984) (MOSCOWITZ y colaboradores, 1985) (YAGER y colaboradores, 1985) (JOHNSON y JOHNSON, 1987) (SANTOS REGO, 1990). Con la técnica puzzle (jigsaw) de AROMSON, (ORTEGA, 1986) utilizada en nuestro programa, pretendemos introducir aspectos positivos dentro del ambiente clásico de la clase tradicional. Estableciéndose una estrecha interdependencia entre los alumnos integrantes de los distintos grupos, se genera una actitud abierta y positiva hacia la cooperación, creándose un ambiente muy propicio a las relaciones humanas como hemos podido comprobar.

La técnica de "grupos de investigación" (SHARAN y SHACHAR, 1988), permite la contrastación de información e interpretación de la misma consiguiéndose la asimilación en profundidad del tema en cuestión así como el establecimiento de cordiales relaciones personales basadas en el trabajo y la responsabilidad (OVEJERO, 1990).

c) Técnicas de comunicación persuasiva.

Mediante las diversas técnicas de comunicación persuasiva utilizadas, hemos procurado presentar los contenidos de la comunicación como algo significativo para el alumno, de acuerdo con sus intereses. De esta forma, el tema en cuestión puede ser considerado como importante para él. Con este fin han sido aprovechadas las noticias aparecidas en prensa, programas televisivos, etc. en las que se pone de manifiesto actitudes o comportamientos de acuerdo con los objetivos propuestos. Los modelos presentados son sometidos a consideración y crítica argumentando en favor o en contra.

Los mensajes han de ser presenta-

dos como respuestas provisionales a problemas concretos y también como resultado del esfuerzo conjunto de hombres y mujeres pertenecientes a contextos culturales concretos que responden a la forma peculiar de expresión en dichos contextos. (ESCAMEZ y ORTEGA, 1989).

Mediante distintas técnicas de comunicación persuasiva: mesa redonda, presentación de modelos, fotomontajes audiovisuales, frase mural, etc. hemos sometido a la consideración del alumno problemas del entorno, del colegio, del aula, pidiendo algún tipo de respuesta. (CHAIKEN y EAGLY, 1983), (HOWARD-PITNEY, 1986).

VII. RESULTADOS OBTENIDOS E INTERPRETACIÓN DE LOS MISMOS

Para diagnosticar la situación inicial y final de la población que es objeto de estudio, hemos aplicado a los alumnos el cuestionario-escala sobre actitudes del estudiante de E.G.B. ante la salud y la droga incluido en nuestro Proyecto.

Situación inicial

Los datos obtenidos en los 23 ítems de que consta el cuestionario, reflejan los núcleos actitudinales más característicos en los alumnos de la población estudiada a partir de los cuales se construye nuestro Programa.

A continuación presentamos los resultados en porcentajes de forma global, relativos al pre-test y referidos a la creencias de los alumnos con relación a la repercusión del tabaco, alcohol y droga en la salud.

Para el procesamiento de datos de nuestra investigación hemos utilizado la versión 4.0 del SYSTAT, en WILKINSON, L. (1988): SYSTAT: the System for statistics. Evanston, IL.; SYSTAT, Inc.

Tabla nº 2. Alumnos que no creen que el tabaco, el alcohol y la droga tienen efectos nocivos para la salud

Items	nº de alumnos en %	
1	4,71%	
9	11,77%	
13	35,30%	Global 22,54%
15	21,18%	
17	15,29%	
19	2,35%	
23	8,24%	

Tabla nº 3. Alumnos que sustentan otras creencias no favorables a la salud

Items	nº de alumnos en %	
3	11,77%	
7	16,47%	
20	18,82%	Global 16,23%
21	15,30%	
22	18,83%	

Tabla nº 4. Alumnos que desconocen el peligro de habituación de estas drogas

Items	nº de alumnos en %	
8	18,82%	Global 19,41%
10	20,00%	

La reflexión detenida sobre los datos expuestos pone de manifiesto, ante todo, la falta de conciencia en relación a los efectos nocivos del consumo del tabaco alcohol y droga. Estas actitudes manifestadas por los alumnos de EGB que constituyen la población objeto de estudio, coinciden con las mostradas por alumnos de Bachillerato y Formación Profesional en una reciente investigación realizada en centros públicos de estos niveles educativos en la región de Murcia (ORTEGA, P. y MINGUEZ, R., 1990)

La observación de la tabla nº 2 pone de manifiesto que un 22,54 % de los alumnos no es consciente de que el consumo de las mencionadas sustancias perjudican de forma cierta a la salud.

En la tabla nº 3 queda reflejado que un porcentaje significativo de alumnos,

16,23%, mantiene creencias poco favorables o equivocadas con relación al tabaco, el alcohol o la droga.

La tabla nº 4 nos revela un dato preocupante: Un 19,41% de los alumnos manifiesta desconocer la capacidad de estas sustancias para crear dependencia. Pensamos que este hecho justifica por sí solo la aplicación de nuestro programa pedagógico de educación para la salud y prevención de la drogodependencia.

Situación final

Tras la aplicación de nuestro Programa de Intervención Pedagógica los alumnos manifiestan un cambio positivo y significativo. El análisis de varianza realizado (tablas nº 5 y nº 6) pone de relieve que la variación experimentada por el grupo tras la aplicación de nuestro

Programa es significativa a nivel estadístico, discriminando altamente entre los conjuntos de puntuaciones, puesto que el nivel de significación es inferior a 0,05, concretamente 0,03.

El modelo propuesto en la prevención de la drogodependencia, en base al cambio de actitudes, nos permite ser moderadamente optimistas sobre sus resultados. En nuestro trabajo, la labor conjunta del profesorado, previamente entrenado; el establecimiento de objetivos claramente definidos; la información ajustada a la familia y el apoyo de ésta, han contribuido decisivamente al éxito del mismo. Una investigación reciente de la Profesora Baeza (1990) viene a confirmar estos extremos.

No obstante, los programas de educación en la prevención de las drogodependencias encuentran, es preciso afirmarlo, serias dificultades en producir el cambio de las actitudes de los sujetos hacia el consumo de drogas. Los trabajos de GOODSTADT y SCHEPPARD (1983) y MAUSS (1981) son buena prueba de ello y en muchos casos, los resultados han sido claramente contradictorios (DICICCO y otros, 1984; SCHLEGEL y otros, 1984; y STEIN y otros, 1984). La metodología de los programas, el contenido de los mismos, la ausencia de vínculos entre la realidad dentro de la escuela y la realidad que se encuentra fuera de ella, la escasez de tiempo dedicado a los programas, la no identificación de las creencias -razones que sustentan las actitudes hacia la droga, etc., estarían en la base de los resultados insatisfactorios.

Tampoco GOODSTADT (1989) es optimista sobre la experiencia en programas de prevención de drogodependencias

en el ámbito escolar. A la escasa evidencia científica sobre la eficacia de la educación sobre drogodependencias, se une, a juicio del autor, la inadecuación de los instrumentos de evaluación de los programas aplicados y la inconsistencia de resultados que permitan el desarrollo de ulteriores programas. El programa dibujado sobre la educación en la prevención de drogodependencias en el marco escolar demanda, por una parte, una mayor dedicación a los estudios de carácter preventivo-educativo, hasta ahora claramente minoritarios respecto a los estudios sociológicos; y por otra, ir depurando la metodología al uso en la elaboración de programas preventivos.

En la aplicación de nuestro Programa de Intervención Pedagógica de educación para la salud, valoramos positivamente planteamientos metodológicos y organizativos puestos en práctica tales como; selección de técnicas en función de los objetivos propuestos, interdisciplinariedad, trabajo en equipo del profesorado y expertos colaboradores, apoyo de la familia, etc. Igualmente, la prevención de la drogodependencia dentro del marco escolar fue objeto de especial atención siendo abordada con la delicadeza que, a nuestro juicio, requiere. Pensamos que, muy posiblemente, éstos y otros aspectos ya mencionados de nuestro Programa han podido influir en la obtención de los resultados positivos expuestos.

Tabla nº 5. Análisis de varianza TEST-T

	PRETEST Nº casos 83		POSTEST Nº casos 85	
	<u>Media</u>	<u>Desv.Standard</u>	<u>Media</u>	<u>Desv.Estandar</u>
Item nº 1	1,602	0,975	1,600	0,928
Item nº 2	1,446	0,720	1,471	0,717
Item nº 3	1,735	1,170	1,941	1,209
Item nº 4	1,687	1,081	1,659	1,007
Item nº 5	1,855	1,398	1,976	1,480
Item nº 6	1,166	1,166	1,776	0,968
Item nº 7	1,349	1,349	2,306	1,235
Item nº 8	1,289	1,289	2,282	1,269
Item nº 9	1,149	1,149	1,741	1,283
Item nº 10	2,060	1,301	2,165	1,361
Item nº 11	1,663	1,213	1,882	1,304
Item nº 12	1,482	0,942	1,671	1,117
Item nº 13	2,313	1,199	2,718	1,333
Item nº 14	1,590	1,000	1,576	0,968
Item nº 15	1,952	1,413	1,988	1,367
Item nº 16	1,602	1,115	1,635	1,078
Item nº 17	1,723	1,319	1,800	1,413
Item nº 18	1,434	1,061	1,200	0,632
Item nº 19	1,458	1,039	1,329	0,864
Item nº 20	1,687	1,229	1,918	1,382
Item nº 21	1,639	1,031	1,812	1,341
Item nº 22	1,723	1,182	2,247	1,422
Item nº 23	1,675	1,180	1,529	1,119

Tabla nº 6. Resultado final. Análisis de varianza.

TEST-T

<u>Difª Medias</u>	<u>Desv.Standard de la difª</u>
0,078	0,171

T = 2,195 DF = 22 PROB = 0,039

VIII. CONCLUSIONES

- La variación experimentada por el grupo tras la aplicación de nuestro programa es significativa a nivel estadístico lo que imputamos a la estrategia adoptada.
- Los alumnos que tomaron parte en la experiencia se mostraron muy interesados por los distintos temas que integran

el Programa ya que éstos, al ser presentados de forma diferente, suscitaron su curiosidad de forma inmediata.

- La educación en actitudes, como hemos podido constatar, puede ser abordada en los centros.
- Los programas de intervención para la formación de actitudes positivas hacia los valores y en concreto hacia la salud

y la vida, deben implicar no sólo al personal docente sino también a instituciones y redes sociales con los que el centro se relaciona para una mayor eficacia de dichos programas.

- Resultó muy eficaz en la aplicación de nuestro programa de educación para la salud, la adopción de una perspectiva interdisciplinar mediante la utilización de técnicas de cambio de actitudes utilizadas desde las distintas áreas según una planificación sistemática.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- BAELZ, P. R. (1980): "*Philosophy of health education*". en *Health Education: Perspectives and choices*. George Allen and Unwin, Londres.
- BAEZA, M.C. (1990): "*Prevención de la drogodependencia escolar a través del cambio de actitudes*". Tesis doctoral inédita. Dpto. de Teoría de la Educación. Universidad de Valencia.
- BALOG, M. E. (1981): "*The concept of health and the role of health education*". En *Journal of School Health*, 51, 8, ps 461-464.
- BARTOME, M. (1979): *Educación y valores*. I.E.P.S. Narcea. Madrid.
- BENSAYD, N. (1981): *Le Lumiere Medicale*, Seul, Coll. Points Actuels, Paris.
- BURT, M. (1978): "*A brief historical summary of health and the nature of humans*". en *Health Education* 9, 1, ps 6-7.
- BURY, J. A. (1988): *Education pour La Santé*. De Boeck-Wesmael, Bruselas.
- CHAIKEN, S. y EAGLY, A.M. (1983): "*Communication modality as a determinant of persuasion: The role of Communicator salience*", *J. of Personality and Social Psychology*, 45, 2, August, pp. 241-256.
- CMICH, D. E. (1984): "*Theoretical perspectives of holistic health*", en *Journal of School Health*, 54, ps 30-32.
- DICICCO, L.; BIRON, R.; CARIFIO, J. (1984): "*Evaluation of the CASPAR alcohol education curriculum*". *J. Stud Alc* 45, pp. 160-169
- DOMBRET-KLINKENBERG (1985): *Pour une pedagogie de la santé Mémoire FOPES-UCL*. Louvain-La Neuve.
- ESCAMEZ, J. y GARCIA, R. (1990): "*Drogas y escuela. Una vía para la prevención*". En ESCAMEZ: *Drogas y escuela*. Ed. Dickinson, Madrid.
- ESCAMEZ, J. y MARTINEZ, B. (1988) *Cuestionario-Escala sobre actitudes de los estudiantes del Ciclo Superior de E.G.B. ante la droga*. Universidad de Valencia.
- ESCAMEZ, J. y ORTEGA, P. (1989) "*La comunicación en la educación moral y el cambio de actitudes*". En *Conceptos y propuestas (V)* Nau Llibres. Valencia, ps 21-44.
- FISHBEIN, M. y AJZEN, I. (1980): *Understanding attitude and predicting social behaviour*. Prentice Hall, New-Jersey".
- FRIES, J. F. (1980): *Aging, Natural death, and the compression of morbidity*. *New England Journal of Medicine*, 303, ps. 130-135.
- GOODSTADT, M.S.; SHEPPARD, M.A. (1983): *Three approaches to alcohol education*. *J. Stud Alc* 44, pp. 362-380.
- HOWARD-PITNEY, B. (1986): *Personal involment: an examination of processing differences*, *Social cognition* 4.3, pp. 39-57.
- JASPARD, J. M. (1986): "*Introduction pluridisciplinaire: La Santé comme paradigme*". *Cahiers des sciences familiales et sexologiques* ps 11-24.
- JOHNSON, D. y MOHNSON, R. (1987): *Learning to gether and alone*, 2ª ed. Englewood Cliffs, N.M., Prentice-Hall.
- LALONDE, M. (1974): *Nouvelle perspective de la santé des canadiens*. Ministère de la Santé et du Bien-etre Social, Ottawa.
- LEW, M. (1984): "*The effects of Cooperative Groups on Regular Class Spilling Achievement of Special Needs Learnerd*". *Educational Psychology*, 4, 4, ps 275-283.
- LOPEZ-IBOR, J.J. (1990) "*La ética y la economía de la salud y las guerras médi-*

- cas". Diario ABC Tribuna abierta, viernes, 31-8-90.
- MASCHIONI, M. (1989): *Planificación social y organización de la Comunidad Popular*, Madrid.
- MASCOWITZ y colaboradores (1985), "Evaluation of jigsaw, a cooperative learning Technique". Contemporary Educational Psychology, 10, ps 104-112.
- MAUSS, A.L.; HOPKINS, R.H.; WISHEIT, R.A. (1981): *A longitudinal evaluation of the "Here's looking at You" alcohol education curriculum*. Final Report. Social Research Center, Wastington State University, Pullman, Washington.
- MONNIER, J. y colaboradores (1989): *Santé publique, santé communaute*. SIMEP, Villeurbanne.
- ORTEGA, P. (1986) "Estrategias para el cambio de actitudes". En Escámez J. y Ortega P. *La enseñanza de actitudes y valores*. Nau Llibres.
- (1986): "Estrategias para el cambio de actitudes. II Revisión para las investigaciones sobre comunicación persuasiva". En ESCAMEZ, M. y ORTEGA, P.: *La enseñanza de actitudes y valores*. Nau Llibres, Valencia.
- ORTEGA, P. y MINGUEZ, R. (1990) "Actitudes de los alumnos de Bachillerato y Formación Profesional ante las drogas". En ESCAMEZ, J.: *Drogas y escuela*. Ed. Dickinson, Madrid.
- OVEJERO, A. (1990): *El aprendizaje cooperativo*, P.P.U., Barcelona.
- PINEAULT, R. y colaboradores (1986): *La planificación de la santé concepts, metodes, strategies*. Traducción en Salud Gestión. Barcelona.
- RATHS, L (1967). *El sentido de los valores y la enseñanza. Como emplear los valores en el aula*. Uteha, Méjico.
- SANTOS REGO, M.A. (1990): "Estructuras de aprendizaje y métodos cooperativos en educación". Rev. Española de Pedagogía, nº 185, enero-abril, pp. 53-78.
- SCHLEGEL, R.L.; MANSKE, S.R.; PAGE, A. (1984); "A guided decision-making program for elementary school students: A field experiment in alcohol education", in Miller P.M., Nirenberg T.D. (eds.): *Prevention of alcohol abuse*. New York, Plenum Press.
- SHARAN, S. y SHACHAR, H. (1988): *Language and learning in the cooperative classroom*, N.York, Springer-Verlag.
- SIERES, J. (1990): "La prevención de la drogadicción en el marco de la educación para la salud". En: ESCAMEZ, J.: *Drogas y Escuela. Una propuesta de prevención*. Ed. Dickinson, Madrid.
- STEIN, M.A.; SWISHER, M.D.; HU, T-W. (1984): *Cost effectiveness evaluation of a Channel Que program*: Q.J. Stud Alc 29, pp. 685-702.
- YAGER, S. y colaboradores (1985) "The effect of cooperative and individualistic learning experiences on positive and negative cros-handicap relationships". Contemporary Educational Psychology, 10, ps. 127-138.
- (1990) *Estadísticas Básicas de la Comunidad*. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. EUROS-TAT, Luxemburgo.