

ESTRATEGIAS PARA QUE LOS PROFESORES ADHIERAN A LOS PROGRAMAS DE EDUCACION ESCOLAR PARA LA SALUD*

Cuad. Méd.-Soc., XXXV, 3, 1994/ 38-44

*Dra. Clara Misrachi L. ***

*Dra. Rocío Sapag M. ****

SUMMARY

The aim of this study is to determine strategies to improve teacher's commitment to school health education programmes. Strategies were studied through the application of an incremental health education programme starting from the first elementary school grade until the fourth elementary school grade, involving 114 teachers belonging to 14 public schools from the District of Renca in Santiago, Chile.

During the first year, strategies were focused on teacher's training in health topics. During the second year emphasis was made on their involvement in the programme evaluation and during the third and fourth year strategies for facilitating their daily educational task, were implemented. A significant improvement in teacher's adherence to the programme is noted, specially during the last two years. Progress indicators show that, during the last year 62% had a health wall chart in their class room, 53% had adequate class room toothbrush boxes, 43% had class room libraries and 84% had implemented toothbrushing and handwashing during school hours amongst their pupils, at least three times a week.

It may be concluded that facilitating teacher's daily tasks and motivating their active participation in the implementation-evaluation process of the activities, allows their adherence to school health education programmes.

RESUMEN

El propósito de este estudio es determinar estrategias para mejorar la adherencia de los profesores a los programas escolares de educación para la salud. Se estudiaron las estrategias a través de la aplicación de un programa de educación para la salud incremental partiendo del primer año de la E.G.B. y abarcando hasta cuarto básico, con la participación de 114 profesores de 14 escuelas municipales de la Comuna de Renca.

El primer año se utilizaron estrategias destinadas principalmente a capacitar a los profesores en temas de salud. En segundo año se enfatizó su participación en la evaluación del programa. A partir del tercer año se aplican estrategias para facilitar su tarea educativa cotidiana. Se observa una mejoría significativa en la adherencia al programa, especialmente en los dos últimos años. Los indicadores de progreso muestran que

(*) Este trabajo fue financiado por el proyecto Universidad de Chile/I. Municipalidad de Renca/Lever Chile/Duralón S.A., Proyecto clave PRI: OI-91001.

(**) Magister en Educación. Profesor Titular Facultad de Odontología Universidad de Chile. Director del Proyecto.

(***) Master in Public Health. Médico Investigador, Proyecto "Programa Escolar de Educación para la Salud Integrado a Currículo de la E.G.B., Coordinado a Servicios de Atención Primaria".

en el último año, el 62% de los cursos posee diario mural de salud, el 53% tiene cepilleros adecuados, el 43% ha implementado bibliotecas de aula y el 84% realiza cepillado dental y lavado de manos por lo menos tres veces por semana.

Se concluye que facilitar la tarea habitual del maestro e incentivar su activa participación en el proceso de aplicación-evaluación de las actividades permite que adhieran a los programas de educación escolar para la salud

INTRODUCCION

Los documentos de trabajo de la Declaración Mundial sobre Educación para Todos (1) explicitan que su propósito principal es satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje. Estas necesidades comprenden los conocimientos, valores y actitudes requeridos para que los seres humanos sean capaces de sobrevivir, desarrollen sus capacidades intelectuales, vivan y trabajen con dignidad, mejoren la calidad de sus vidas, tomen decisiones fundamentadas y continúen aprendiendo.

El desarrollo de la capacidad de aprendizaje está en relación directa con la salud física, mental, social y ambiental de los individuos. Existen numerosas evidencias de que las conductas en salud y los climas psicológicos creados en los ambientes en que se desenvuelven, influyen directamente en el rendimiento cognitivo de las personas (2).

Se hace evidente entonces que, para lograr satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje, es necesario ampliar las políticas educacionales e incluir la educación para la salud como un componente del sistema educativo. Esto permitiría dar una permanente educación para la salud desde el ingreso al sistema escolar, para lograr la mantención de condiciones saludables y favorecer los aprendizajes que se buscan.

Numerosas publicaciones muestran que las escuelas constituyen un conjunto de instituciones poderosas para promover el conocimiento y la motivación necesaria para la mantención de actividades positivas hacia la salud física, mental y social (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Además, se ha probado que los niños sometidos a un programa escolar de educación para la salud influyen cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud de sus madres (11). De esta manera, sería la escuela la institución a través de la cual los programas de educación para la salud podrían alcanzar la mayor cobertura, en forma directa (escolares, profesores y personal de la escuela) y en forma indirecta a las madres de los escolares. Además, a través de la interacción de los distintos subsistemas familiares se podría alcanzar al resto de la familia.

A lo anterior se agrega que los profesores son las personas más idóneas para realizar la tarea educativa.

Esto adquiere aún mayor validez en zonas rurales, en que los profesores habitan en las comunas en que ejercen la tarea docente, lo que hace que conozcan la cultura y problemas locales en profundidad (12).

A pesar de los beneficios demostrados por los programas escolares de educación para la salud en los países desarrollados, el análisis de los Planes y Programas de la Educación General Básica en Chile (13) muestra que la educación para la salud, a pesar de su importancia, no ocupa ningún lugar específico en ellos. Sin embargo, en casi todas las áreas de estos planes hay aspectos relacionados con la salud, que hacen posible su integración al desarrollo curricular. Estas actividades, en la gran mayoría de los casos, no se llevan a cabo por falta de indicaciones explícitas en los programas oficiales (14).

Actualmente existen tres programas de inserción curricular autorizados por el Ministerio de Educación (15): educación ambiental, derechos humanos y educación sexual. Sin embargo estas inserciones curriculares son de carácter optativo; pudiendo las escuelas considerarlas o no en sus programas. Además, por su carácter específico no es posible que logren comportamientos de autocuidado de la salud integrales, que constituyan parte permanente de un estilo de vida saludable, como establece el enfoque actual en educación para la salud (16).

Todas estas consideraciones justifican desarrollar estrategias que permitan establecer programas de educación para la salud en las escuelas, que se inserten armónicamente al currículo escolar vigente haciendo que sus contenidos se integren a las distintas áreas definidas en los Planes y Programas Ministeriales y que sean lo suficientemente flexibles para que permitan la participación de los equipos de trabajo locales en su adaptación a las distintas realidades.

Toda intervención en educación para la salud requiere de evaluación para demostrar su efectividad. Esta evaluación debe ser realizada en tres niveles: evaluación del proceso, para establecer como se está llevando a cabo la entrega de la educación evaluación de los resultados, o sea de los cambios inmediatos en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud, y evaluación del impacto, en que se miden a largo plazo los cambios en morbilidad y mortalidad (17).

La revisión de la literatura indica que la evaluación en educación para la salud se ha centrado en los resultados. La escasez de publicaciones en evaluación del proceso es un testimonio de que aún no es debidamente valorada por los investigadores, existiendo una gran necesidad de contar con datos que permitan mejorar la implementación de los programas y que posibiliten su replicabilidad y amplia disseminación (18).

Uno de los principales problemas que surge de la evaluación del proceso en la aplicación de programas escolares de educación para la salud es la escasa aceptación que éstos tienen por parte de los profesores (19). En Chile esto se explica porque no existen disposiciones oficiales al respecto, la mayoría de los profesores no reciben capacitación en relación a salud durante su formación profesional y además en su mayoría se encuentran sometidos a una alta carga de trabajo. Por ello es indispensable realizar investigaciones para determinar estrategias destinadas a lograr que los profesores adopten y adhieran a los programas escolares de educación para la salud.

MATERIAL Y METODO

Un grupo multidisciplinario de profesionales formado por expertos en educación para la salud, educadores, lingüistas, médicos, psicólogos y dentistas diseñó un programa de educación para la salud cuyas metas y objetivos están orientados a obtener estilos de vida saludables. Los objetivos se plantearon para cada uno de los niveles del primer ciclo de la Educación General Básica de tal forma que fueran susceptibles de ser integrados en las distintas asignaturas, de acuerdo a los Planes y Programas del Ministerio de Educación.

Este programa se aplicó en forma incremental en las 14 escuelas municipales de la comuna de Renca, partiendo del primer año de la E.G. B. (1989) abarcando hasta cuarto básico (1992), con la siguiente distribución de cursos por año:

TABLA 1

Distribución de cursos por año

Cursos	1989	1990	1991	1992
1º Básico	30	32	27	26
2º Básico	-	30	33	27
3º Básico	-	-	30	32
4º Básico	-	-	-	29
Total	30	62	90	114

Durante el primer año se utilizaron las siguientes estrategias para que los profesores integraran la educación para la salud al currículo de la E.G. B.

- Capacitación en educación para la salud, realizada a través de textos guías para profesores elaborados de acuerdo al programa establecido (20). Los textos guías tienen las siguientes características: entregan información sobre los aspectos de la salud a tratar, sugerencias de actividades para el logro de los objetivos y para su integración en distintas asignaturas. Cada actividad se describe detalladamente, incluyendo metodologías, materiales y evaluación. Se pone especial énfasis en la utilización de metodologías participativas y en la contribución de las actividades al desarrollo del lenguaje oral y escrito. Se incluyen actividades de práctica de las conductas en salud recomendadas.
 - Análisis anual del programa, realizado en conjunto con los profesores y docentes directivos, cuyos resultados se tradujeron en modificaciones programáticas.
- En el segundo año se agrega a las anteriores.
- Evaluación permanente del progreso del programa con participación activa de los profesores y docentes directivos.

Los resultados de las evaluaciones permanentes del proceso y el análisis programático realizado a fines del segundo año proporcionaron datos sobre la dificultad en el desarrollo de las actividades por problemas de lectura y escritura de los niños, dificultades de los profesores en la aplicación de metodologías educativas innovadoras, baja autoestima de los profesores e insuficiente capacitación para realizar la tarea de pesquisa de los problemas de salud del escolar establecida por el Ministerio de Educación, lo que disminuye la adherencia de estos últimos al programa. Por ello en el tercer y cuarto años se agrega a las estrategias anteriores:

- Capacitación en metodologías innovadoras para la enseñanza del lenguaje oral y escrito.
- Capacitación para dinamizar la interacción en el aula y con los apoderados, crear materiales de bajo costo y alta cobertura para implementarlas.
- Capacitación para el desarrollo de la autoestima y la comunicación con los niños, los padres y otros profesores.
- Capacitación para mejorar las destrezas para pesquisar problemas de salud del escolar.
- Reconocimiento público de la labor en educación para la salud de los profesores, con amplia difusión en los medios de comunicación comunales de los éxitos individuales obtenidos en la aplicación del programa.

Para determinar la adherencia de los profesores al programa se aplicaron cuestionarios al finalizar el año escolar que fueron respondidos: en 1989 por el 80% de los profesores de primeros básicos (N=24), en 1990 por el 60% de los profesores de primeros y segundos años (N= 37), en 1991 por el 50% de los profesores de primero a tercero básico (N=45) y en 1992 por el 53,5% de los profesores de primero a cuarto básico (N=61). En el año 1989 el programa se inició en julio y tuvo carácter exploratorio; por ello el cuestionario de ese año registra sólo algunas preguntas relevantes a esta investigación.

Para el análisis de resultados entre los distintos años se utilizaron pruebas de chi cuadrado para la variable actitud frente al programa y de comparación de dos proporciones para las variables desarrollo de las actividades y progreso del programa. Se consideró significativa la asociación estadística con $p < 0.05$.

RESULTADOS

TABLA 2

Factibilidad de integrar el programa al currículo

Factibilidad	1989 %	1990 %	1991 %	1992 %
totalmente	16,2	34,7	56,3	72,3
parcialmente	32,5	63,0	41,2	25,9
no es posible	51,3	2,3	2,5	1,8

La Tabla 2 muestra que en el primer año alrededor de la mitad de los profesores opinaba que no era posible integrar el programa de educación para la salud a las asignaturas curriculares. Este porcentaje disminuye significativamente ($p < 0,001$) en el segundo año, manteniéndose alrededor del 2,2% en los años siguientes. El porcentaje de profesores que estima que el programa se puede integrar totalmente al currículo aumenta en forma significativa ($p < 0,001$) a medida que se aplica un mayor número de estrategias para mejorar su adherencia al programa.

Como se aprecia en la Tabla 3 la disposición positiva para continuar aplicando el programa en el futuro aumenta significativamente en los tres primeros años ($p < 0,001$). No existen diferencias significativas entre los dos últimos años en los que alrededor de un 9,8% tiene disposición negativa.

TABLA 3

Disposición a continuar aplicando el programa

Disposición	1989 %	1990 %	1991 %	1992 %
positiva	48,7	78,9	90,3	90,1
negativa	51,3	21,1	9,7	9,9

La Tabla 4 indica que la percepción que tienen los profesores respecto a los grupos beneficiados por el programa es significativamente diferente en los tres años estudiados ($p < 0,03$). En los dos últimos años se observa un marcado aumento de profesores que estiman que el programa beneficia a los profesores y a la escuela. La percepción de los beneficios del programa para los padres tiene un crecimiento sostenido, siendo mayor la diferencia entre los dos últimos años que entre los dos primeros.

TABLA 4

Grupos beneficiados por el programa

Grupos	1990 %	1991 %	1992 %
escolares	86,6	97,6	98,2
padres	46,6	48,8	57,4
profesores y escuela	44,5	73,2	90,2

En la Tabla 5 se observa que en los dos últimos años mejoran significativamente las opiniones de los profesores respecto al desarrollo de las actividades del programa de educación para la salud. El porcentaje que estima que el tiempo requerido para preparar y realizar las actividades es adecuado, alcanza a un 90% en el último año estudiado. En los dos últimos años mejoran también significativamente las opiniones respecto a lo novedoso de las metodologías, la facilidad para aplicarlas y lograr el aprendizaje de los niños, su motivación hacia la educación para la salud y la utilidad del programa para mejorar sus propios conocimientos en salud.

La Tabla 6 muestra que a fines del primer año ningún curso contaba con biblioteca de aula, diario mural de salud o cepillero dental adecuado. A pesar de que el primer y segundo año no presentan diferencias significativas en los indicadores de progreso, en el segundo año se nota un aumento en el

porcentaje de cursos que cuentan con los elementos mencionados.

La comparación de los indicadores entre el segundo y tercer año muestra diferencias significativas para cada uno de ellos ($p < 0,001$). La comparación del progreso del programa entre los dos últimos años presenta diferencias significativas en la implementación de bibliotecas de aula que contienen materiales educativos para la salud ($p < 0,05$) y en la implementación de cepilleros dentales adecuados en los cursos ($p < 0,02$). La comparación del resto de los indicadores en el tercer y cuarto año no entrega diferencias significativas, observándose un ligero aumento en el último año estudiado.

En relación a la opinión de los profesores respecto a las actividades de capacitación iniciadas en el tercer año, a fines del mismo un 61,1% se mostró dispuesto a continuar asistiendo a pesar de que se

realizaban en horario extralaboral. Finalizado el último año del estudio, un 80,2% de los profesores mostró una actitud favorable hacia la orientación dada a las actividades de capacitación.

DISCUSION

Uno de los instrumentos utilizados para medir la adherencia de los profesores al programa fue un cuestionario que se aplicó en los seminarios realizados al finalizar cada uno de los 4 años que duró el estudio. Llama la atención que el porcentaje de profesores que responde los cuestionarios de evaluación, disminuye a mayor tiempo de duración del programa. Esto podría explicarse porque el número de profesores se incrementó en alrededor de 30 por año, haciendo que las dificultades operativas para la recepción y devolución de los cuestionarios fueran

TABLA 5

Opiniones sobre el desarrollo de las actividades

Características	1990 %	1991 %	1992 %	signif. 1990 91 p <	signif. 1991 92 p <
Mucho tiempo extra para prepararlas	55,5	31,7	9,8	0,05	0,01
Tiempo adecuado para realizarlas	24,4	44,6	90,2	0,05	0,001
Metodología fácil de manejar	71,1	97,2	98,4	0,001	0,796
Aporta métodos novedosos	8,8	30,0	55,7	0,04	0,015
Motiva a educar para la salud	26,6	45,0	78,7	0,001	0,001
Educa en forma amena	28,6	45,0	75,4	0,001	0,003
Los niños aprenden mucho	51,1	73,2	89,6	0,001	0,05
Mejora conocimientos profesor	22,2	72,5	89,2	0,001	0,05

TABLA 6

Indicadores de progreso del programa

Indicadores	1989 %	1990 %	1991 %	1992 %
Biblioteca de aula	0,0	0,0	43,0	64,2
Diario mural de salud	0,0	5,0	62,0	66,6
Cepillero dental adecuado	0,0	10,0	53,0	77,0
Cepillado dental 3 x semana	21,0	43,0	84,0	88,5
Lavado manos 3 x semana	10,0	30,0	83,0	87,7

cada vez mayores. También podría deberse a que aquellos que no asistieron hayan estado conformes con el desarrollo del programa y, por lo mismo, declinaron opinar. Sin embargo, no se puede descartar que la disminución en el porcentaje de respuesta a esta actividad de evaluación traduzca una falta de interés o disposición negativa del profesor. Se hace necesario, por lo tanto, explorar las características y adherencia de los profesores que no respondieron el cuestionario.

Los resultados muestran que la disposición positiva hacia el Programa aumenta progresivamente con la duración del mismo y con la integración de las distintas estrategias. Esta disposición se refleja en que al iniciarse el primer año de actividades menos del 50% considera factible integrar parcial o totalmente la educación para la salud al currículo de la E.G.B. o está dispuesto a continuar aplicando el Programa. Esta situación se revierte progresivamente y, en el último año, más del 90% de los profesores considera posible la integración curricular y declara su intención de seguir aplicando el programa.

Las estrategias aplicadas a partir del tercer año, destinadas principalmente a capacitar al profesor para facilitar su tarea habitual, contribuyen a mejorar progresivamente sus actitudes favorables hacia el Programa. Apoyar al profesor para mejorar sus destrezas didácticas influiría en la modificación de su percepción respecto a la utilidad que tiene la educación para la salud para sí mismo y para la escuela. El aumento del porcentaje de profesores que opina que se benefician los padres indica una mayor preocupación por constatar que los padres están cambiando sus conductas en salud, lo que traduce una actitud positiva hacia la educación para la salud. Al mismo tiempo, los profesores van siendo cada vez más capaces de lograr la participación de los padres en las actividades de educación para la salud, hecho que se refleja en el aumento de cursos con cepilleros, los que son confeccionados por los padres.

En los dos últimos años en promedio sólo un 3,6% considera que el programa no beneficia a los escolares. Esto, unido a que un 10% no está dispuesto a continuar aplicando el programa, sugiere que alrededor de un 6% de los profesores no estaría dispuesto a aplicar el programa a pesar de considerar que beneficia a los niños. Es posible pensar, entonces, que siempre existirá un pequeño porcentaje de profesores que no adherirá a los programas escolares de educación para la salud. Incluir oficialmente estos programas en los Planes y Programas Ministeriales podría cambiar esta situación.

La mayor adherencia de los profesores con el

tiempo, constatada a través de sus respuestas al cuestionario, también se ve reflejada en la implementación de actividades de apoyo observadas directamente, como los cepilleros, diarios murales de salud y bibliotecas de aula. Igualmente, y a pesar de las dificultades de tiempo e infraestructura, han logrado establecer actividades de cepillado dental y lavado de manos al menos tres veces a la semana. La estrategia de hacer que el profesor participe en actividades permanentes de evaluación del progreso del programa y el compartir estas evaluaciones con los demás profesores, incentiva la implementación de estas actividades.

CONCLUSIONES

La aplicación de estrategias para facilitar y fortalecer la tarea habitual del maestro, incentivar su activa y continua participación en el proceso de gestación, aplicación y evaluación de programas que contribuyan a mejorar la salud de las comunidades escolares y proporcionarle las herramientas necesarias para ello, permite que los maestros se conviertan en agentes eficaces para promover la salud a través de la escuela.

Lo anterior permite concluir que como parte de la evaluación del proceso, además del diagnóstico de las necesidades de capacitación en educación para la salud, antes y durante el desarrollo de programas escolares de educación para la salud es indispensable realizar diagnósticos participativos de las necesidades y problemas que enfrentan los maestros en su tarea cotidiana. Estos diagnósticos permitirán implementar acciones que contribuyan a satisfacer las necesidades detectadas. La implementación de estas acciones debe ser realizada por un equipo multisectorial formado principalmente por los sectores educación y salud.

REFERENCIAS

1. Comisión Interagencial PNUD/Unesco/Unicef/Banco Mundial. Declaración Mundial Sobre Educación para Todos. Nueva York, 1990.
2. Kolbe G., Green L., Foreyt J., et al. Appropriate functions of health education in schools. En: Child Health Behaviour. Krasgenor N., Arasteeh J. y Cataldo M. Eds. New York. John Wiley, 1985.
3. Connell D.B., Turner R.R., Mason E.G., Olsen, L.K. School health Education Evaluation. Int. J. of Educ. Research. 1987; 10, 3: 245-345.
4. Green, L.W. et al. The School Health Curriculum Project. Its theory, practice and measurement experience. Health Education Quarterly. 1980; 7, 1: 14-34.

5. Perry C., Killen J., Telch M., Slinkard LA., Danaher BG. Modifying Smoking Behaviour of teen agers: a school based intervention. *Am. J. of Public Health.* 1980; 70: 722-724.
6. Iverson DC. Promoting Health through the schools: a challenge for the Eighties. *Health Education Quarterly.* 1981; 8,1: 7-10.
7. Craft M., Croucher R., Dickinson J. Teachers as opinion leaders. En: Leader DS. et al. Eds. *Health Education and Media.* Pergamon Press, Oxford, 1981.
8. Kolbe L. Why School health education? An empirical Point of view. *Health education April/May 1985:* 116-120.
9. Nutbeam D., Clarkson J., Phillips K., Everett V., Hill A., Catford J. The health promoting school: organisation and policy development in Welsh secondary schools. *Health Educ. J.* 1987; 46: 109-115.
10. Tones K., Tilford S., Robinson Y. *Health Education: Effectiveness and Efficiency.* Chapman and Hall London, 1990; pp 116-120.
11. Misrachi, C., Flores, M., Fredes, J. Influencia de la Educación del Escolar en las Conductas de Salud de sus Madres. *Cuad. Méd. Soc.* 1994; XXXV, 2: 8-14.
12. Misrachi, C. La Promoción de la Salud a partir de la Escuela, fundamentos y potencialidades. *EPAS.* 1990; 7, 1: 12-15.
13. Ministerio de Educación Chile, Planes y Programas de la Enseñanza General Básica. *Rev. Educ.* 1989, N° 79, 2ª Edic.
14. Misrachi C. Un Modelo para la Promoción de la Salud focalizado en la Escuela. *Enfoques en Atención Primaria.* 1990; 5, 4: 7-14.
15. Ministerio de Educación Chile. *Objetivos Fundamentales y contenidos mínimos de la Enseñanza General Básica y de Enseñanza Media.* *Rev. Educ.* N° 194, marzo 1992.
16. W.H.O. *New Approaches to Health Education in Primary Health Care.* Tech. Report Series 690. Geneva, 1983.
17. Green L.W., Dreuter MW., Deeds SG., & Patrick KB. *Health Education Planning: a diagnostic approach.* Mayfield Publishing CO. Palo Alto, CA. 1980.
18. Nutbeam D., Smith C., Catford J. Evaluation in health education. A review of progress, possibilities and problems. *J. Epidemiol, and Community Health* 1990; 44: 83-89.
19. Resnicow K., Orlandi M., Wynder E. Toward an effective school health education policy: a call for legislative and educational reform. *Preventive medicine.* 1989; 18: 47-155.
20. Misrachi C., Horta M., Alliende F., Sapag R. *Manteniéndonos Sanos. Guía para Profesores. I. Municipalidad de Santiago.* Dirección de Salud. 1994.