AA P9770

TRAB
PS 2004
G6

74296

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
VICERECTORADO ACADEMICO
DECANATO DE HUMANIDADES Y EDUCACION
ESCUELA DE PSICOLOGIA

"Programa de Asesoramiento para la Promoción de la Salud Integral en la Escuela: formación de alumnos del ciclo diversificado como promotores de salud"

TRABAJO DE ASCENSO PRESENTADO PARA OPTAR A LA CATEGORÍA DE PROFESORA AGREGADA

Lic. Maripili Golpe López

Caracas, Enero de 2004

Aprobado
en nombre
de la Universidad Simón Bolívar,
por el siguiente jurado examinador:

Sartenejas, Abril del 2.000

Agradecimientos

Por la confianza, conocimientos, respeto y afecto de *Marisela*, más que profesora, amiga y persona.

El reto, el misterio, la energía de los *muchachos del 4to y 5to año* de la Unidad Educativa, que me recordaron que no hay luz sin sombra y que el rol de investigador se vuelve frío y sin vida, cuando se escuda con una técnica o con un manual.

A los que me dieron entrada en la escuela, valorando mis ideas y mis esfuerzos y acogiéndome cálidamente: *Maritza, Nesley, Zulay, Gladys*, entre otros.

Dedicatoria

A la vida misma, por el contacto con las personas, con los saberes, con las emociones, con las ideas, que día a día me hacen cuestionarme, me iluminan, me confrontan sobre la mujer, la profesional y el ser humano que soy y que quiero ser, y por supuesto, a lo Divino que está detrás de todo esto.

Universidad Simón Bolívar
Postgrado en Psicología
Especialización en Asesoramiento y Desarrollo Humano

"PROGRAMA DE ASESORAMIENTO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL EN LA ESCUELA: FORMACIÓN DE ALUMNOS DEL CICLO DIVERSIFICADO COMO PROMOTORES DE SALUD"

Resumen :

El propósito del trabajo fue diseñar, desarrollar y evaluar un programa de asesoramiento y desarrollo humano, en el contexto de un Proyecto de Promoción de la Salud Integral en una escuela pública de Caracas. Se comenzó, luego de varias reuniones con el personal docente de la Unidad Educativa "C", con el asesoramiento de un grupo de adolescentes cursantes del Cuarto y Quinto año del Ciclo Diversificado, para formarlos como promotores de la salud en su escuela. Este programa cumplió con las fases de planificación, ejecución y evaluación.

El programa de asesoramiento se ubica dentro de la psicología aplicada, en particular, en el asesoramiento educativo y comunitario, y se orienta por una metodología cualitativa, entendiendo que es vital la comprensión de los procesos sociales y humanos particulares a este contexto e individuos. Se trabajó con dos grupos focales (4to y 5to año) acompañados por la médico y la psicóloga de la escuela, lo que permitió explorar temáticas de interés para el grupo de alumnos, así como la definición de la forma de trabajo para la consecución de las metas propuestas, entre ellas la de aportar al proyecto general de promoción de la salud en la escuela, a través de esta primera fase de formación de los alumnos.

La evaluación del impacto del programa registra la satisfacción de los participantes y beneficiados luego de la intervención, su contribución en la integración social, la promoción de la salud desde lo cotidiano (recreación, relaciones interpersonales, encuentro humano), y la importancia de continuar con un proyecto de salud escolar que, entre otros, perfeccione la formación de multiplicadores.

Fecha de Inscripción
Julio de 1999
Estudiante
Maripili Golpe López

Fecha de Culminación
Marzo de 2000
Profesora Tutor
Marisela Hernández

Indice General

INDICE DE MAPAS DE CONCEPTOS — VIII

AGRADECIMIENTOS — III

DEDICATORIA — IV

RESUMEN — V

INTRODUCCIÓN — 1

CAPÍTULO I FASE DE PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA — 6

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO — 6

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO — 14

OBJETIVOS DEL PROGRAMA — 24

MARCO METODOLÓGICO REFERENCIAL — 26

CONTEXTO — 32

EXPLORACIÓN DE NECESIDADES Y DISEÑO DEL PROGRAMA — 33

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA — 35

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN — 35

CAPÍTULO II FASE DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA — 37

CASO ESTUDIADO — 37

EXPLORACIÓN DE NECESIDADES — 38

- CONCEPCIÓN DE LA SALUD — 39
- FORMA DE TRABAJAR LA SALUD EN LA ESCUELA Y SU VÍNCULO CON EL ASESORAMIENTO — 42
- LA ESCUELA COMO ORGANIZACIÓN E IMPLICACIONES PARA EL PROGRAMA DE ASESORAMIENTO — 44
- PROPUESTAS DE TRABAJO — 45

DISEÑO Y DESARROLLO DEL PROGRAMA — 49

- DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO Y SU RELACIÓN CON EL TEMA SALUD EN CUARTO AÑO - 50
- DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DESARROLLADO Y SU RELACIÓN CON EL TEMA SALUD EN QUINTO AÑO — 61
- PROCESO GRUPAL EN CUARTO AÑO — 55
- PROCESO GRUPAL QUINTO AÑO — 63
- ASESORAMIENTO, SU ORIENTACIÓN Y PAPEL DEL ASESOR E INVESTIGADOR EN CUARTO AÑO — 59
- ASESORAMIENTO, SU ORIENTACIÓN Y PAPEL DEL ASESOR E INVESTIGADOR EN QUINTO AÑO — 72

CAPÍTULO III FASE DE EVALUACIÓN ——— 76

EVALUACIÓN CUALITATIVA ——— 76

Alumnos del Cuarto Año ——— 76
Alumnos del Quinto Año ——— 78
Niños atendidos en la Labor Social ——— 81
Encuestas de Opinión ——— 81
Reunión Final de Evaluación ——— 82

INTERPRETACIÓN DE DATOS ——— 90

CONSIDERACIONES FINALES ——— 104

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ——— 109

ANEXOS ——— 116

GUIÓN DEL SONDEO DE NECESIDADES ——— 117

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS ——— 118

ENCUESTA DE OPINIÓN FINAL ——— 121

Indice de Mapas de Conceptos

1. Principales Referentes Teóricos _____ 23
2. Resultados de la Fase Exploratoria _____ 48
3. Fase de Ejecución: Diseño del programa _____ 54
4. Fase de Ejecución: Proceso grupal _____ 71
5. Fase de Ejecución: Asesoramiento y papel del asesor _____ 75
6. Fase Evaluación Cualitativa Final _____ 89
7. Integración e Interpretación de Resultados _____ 103

Introducción

El Centro de Investigaciones Educativas Tebas de la Universidad Central de Venezuela, inicia el mes de Septiembre de 1996, un proceso de investigación educativa en escuelas públicas del Area Metropolitana de Caracas con un grupo de promotores de diferentes profesiones (en su mayoría educadores). Su propósito es llevar una propuesta de cambio educativo a las aulas, docentes y demás personas de la escuela, guiados por lineamientos teóricos, filosóficos y antropológicos resumidos en el Proyecto " Educación para la Dignidad" y en sus 4 concepto-propósitos: *Dignidad, Interacción Constructiva, Cohesión y Pertinencia de los Aprendizajes*, conceptos que definiremos más adelante.

A la par de la experiencia de promoción e investigación educativa, se suscitan inquietudes a estudiar, derivadas de la dinámica de cada escuela y de mis propios intereses como promotora. El trabajo de promoción educativa comienza en dos escuelas públicas nacionales ubicadas en el Municipio Baruta, en el turno de la mañana, con el personal de la I y II etapas de Básica, en una desde Octubre de 1996 y en otra desde Enero de 1997. Ambas acceden voluntariamente a participar en el proyecto, luego de unos contactos iniciales de presentación de las ideas fundamentales del trabajo de promoción a directivos y maestros.

A medida que transcurre el año escolar y se desarrolla el trabajo de asesoría a los docentes, surgen experiencias en el aula, en actividades escolares y recreativas, en reuniones de maestros y especialistas, entre otras, que permiten observar y registrar el proceso educativo.

Además, la idea de establecer redes de escuelas que sirvan para monitorear y apoyar el proceso de cambio, me permite el contacto, a través de la subdirectora, con una tercera escuela pública ubicada en el Municipio Chacao (por razones éticas es llamada Unidad Educativa C), institución

donde se desarrolla el presente estudio. Se plantea una reunión inicial con todo el personal docente de la institución, para presentar el Proyecto Educativo y sondear el interés por el área de Salud. Luego de esto, comenzamos en un pequeño equipo de trabajo a explorar sus necesidades y convenir mi aporte al respecto.

Los datos registrados en estas escuelas sugieren la necesidad de revalorizar la salud y tomar conciencia de los modelos de salud en uso en el ambiente escolar. Por tanto, el presente estudio nace de la inquietud por promover la salud desde la escuela, específicamente, cómo ésta puede transformarse en un centro de promoción social de la Salud. En principio, la complejidad de la atención al área, nos lleva a circunscribir el programa de asesoramiento a la formación interna de alumnos del Ciclo Diversificado como promotores de salud, con miras a avanzar progresivamente en otros aspectos y con otros miembros de la institución.

Es de sumo interés conocer el papel, no sólo de los servicios médico-psicológicos de la escuela, sino de otros grupos y miembros que pueden tener influencia en el desarrollo de la salud del individuo, y convertirse en multiplicadores de una propuesta de salud, concebida desde la autogestión, la participación e interacción como vía de aprendizaje.

La propuesta pretende construirse desde la propia reflexión, saberes y compromiso de los miembros de la institución, con la mediación de la investigadora. La salud es concebida como un fenómeno y proceso global, que no se puede desmembrar sin perder sus cualidades sistémicas, ya que cualquier proceso de sanación demanda las potencialidades físicas, psíquicas y espirituales; por eso hablamos de *salud holística.*

El marco teórico-metodológico referencial, y por tanto, la interpretación de los datos obtenidos en este programa, enfatizan la comprensión de los mismos. La referencias teórico-metodológicas pueden sintetizarse de la siguiente manera (fig.1):

a) La *Concepción Holista de la Salud* como el bienestar físico, psicológico, social y espiritual del individuo. Desde una visión del desarrollo comunitario en relación con la salud, es necesario contribuir con la educación y organización de la comunidad para la detección y solución de sus "satisfactores": lo necesario para sobrevivir (necesidades fisiológicas y de seguridad: alimentos, habitación, servicios públicos) y lo necesario para vivir (necesidades de realización e interrelación: identidad, conocimiento, creación, protección, Wu, 1995, pág. 36).

Pacheco (1994) define la Salud Mental como la "capacidad, (y) potencialidad gestada en el marco de la dinámica entre el psiquismo del ser humano y su estar en el mundo..." (pág.83)

b) Entre los conceptos-propósitos del *Proyecto Educación para la Dignidad*, se plantea la *Dignidad* como principal referente teórico, comprendida como la verificación del hombre como sujeto capaz de comprender, conocer, crear y realizar. La educación y el aprendizaje son producto de la actividad del sujeto y como tal son vías para dignificarlo al respetar sus derechos, establecer límites y garantizar su condición de diverso que participa desde su acervo personal y cultural (Esté, 1995).

Este concepto no se puede separar del resto de las propuestas de dicho proyecto educativo, básicamente, de la *Interacción Constructiva* ya que el sujeto se reafirma y se diferencia a través de un proceso social de negociación e interacción social donde se construyen los aprendizajes desde los aspectos socio-culturales, subjetivos y afectivos (Esté, 1995).

En la *Interacción Constructiva* "el conocimiento, el saber, la comprensión son logrados en procesos constructivos del sujeto que se activan en la negociación e interacción con los otros sujetos, con las cosas y consigo mismo" (Esté, 1996, pp. 6).

Para complementar a los anteriores, se necesita de la *Cohesión Comunitaria* que "... se traduce en claridad de propósitos y fuerza que la

impulsa a la consecución de los mismos... (luego) de hacer su historia, cultura y referentes... (junto) a una condición ética de los integrantes, que los hace percibirse completos al estar amalgamados..." (Esté, 1996, pág. 9).

La *Pertinencia de los Aprendizajes* es definida "en función de la validez que tenga un saber, acción, habilidad o destreza para el logro de un fin propuesto... según las exigencias inmediatas y cotidianas del estudiante, la familia o la comunidad" (Esté, 1996, pág. 11).

c) Constructivismo Social: entendiendo que estamos estudiando el significado que se le adjudica a la salud en la escuela, el enfoque socio-construccionista nos estimula a conocer las estructuras subjetivas, los intercambios de subjetividades y sus relaciones con el mundo social.

A la luz del Construccionismo como paradigma, se comprende la realidad como subjetiva, dialéctica, resultante del consenso social, entonces múltiple y diversa, y por tanto no podemos separar al sujeto que conoce, de lo que se conoce.

Considero que este proceso de investigación puede contribuir a generar conocimientos en salud en el ambiente escolar, complementar el Proyecto Educación para la Dignidad, propiciar la participación activa de la escuela en el desarrollo de sus individuos y de sus programas de promoción en salud a corto o mediano plazo; en definitiva, a tomar conciencia de la importancia de la salud para la vida.

En particular, el proceso de investigación que aquí se presenta, pretende abrir un camino en el área de asesoramiento con una orientación metodológica cualitativa, y con un matiz comunitario, donde el asesor necesita dar un salto de los modelos psicológicos tradicionales a lo consensual.

El presente trabajo está organizado por capítulos, para ajustarse en lo posible a la estructura requerida por la Universidad para el informe (sin

constreñir el estudio al método o plan), entendiendo que las fases están íntimamente entretejidas, y no se desarrollaron linealmente.

En el capítulo I, correspondiente a la fase de planificación (anteproyecto del estudio), se presentan los referentes teóricos y metodológicos. Luego, la parte aplicada, se resume en el Capítulo II, con la especificación del contexto del programa, su exploración de necesidades, diseño y desarrollo, hasta concluir con el capítulo III, que muestra la evaluación de la experiencia.

Capítulo I

FASE DE PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Planteamiento del estudio:

La problemática que subyace al programa aquí expuesto, gira en torno a la desvalorización de la escuela como espacio social para la prevención y promoción de la salud holista. A continuación se identifican y despliegan algunos componentes de dicha problemática, para pasar luego a una delimitación de la propuesta de trabajo.

La Salud, definiciones:

Hablar de salud es referirse al desarrollo personal y colectivo, y si entendemos al hombre como un ente bio-psico-social-espiritual, igualmente hay que considerar a la salud como un fenómeno y proceso global, que no se puede desmembrar sin perder sus cualidades sistémicas, ya que cualquier proceso de sanación requiere de las potencialidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales; en este sentido, las nuevas tendencias hablan de salud holista o integral.

Para la Organización Mundial de la Salud, la salud es definida de la siguiente manera: " no es la ausencia de enfermedad o de dolencia, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social " (s/f c.p Ginger, 1993, pp. 15). Aquí se comienza a definir a la salud con existencia propia, ya que se había percibido como lo opuesto a la enfermedad. Esta misma organización plantea que la salud no sólo es una necesidad universal sino un derecho universal.

Benaim (1994) expone que dentro del contexto de la medicina Mente/ Cuerpo, la cual pretende comprender a la persona en su totalidad, la salud es sinónimo de sanar en el ámbito biológico, mental y espiritual, añadiendo que "el ser una persona sana proviene de estar bien integrada y en paz, con

todos los sistemas actuando en forma concertada" (pág. 104).

Pacheco (1994) señala la necesidad de una mayor elaboración teórico-conceptual y propuestas de intervención social que trasciendan las categorías de enfermos y los regímenes de institucionalización hospitalaria. La comprensión de la salud como un problema humano y social, desde la visión de Pacheco (1994), necesita ir más allá del paradigma médico y redimensionarlo en un espacio social y cultural con diversidad de expresiones.

Para González (1992), la salud debe considerarse más como proceso que como producto, siendo un proceso cualitativo complejo que define el funcionamiento integral del organismo, integrándose lo somático y lo psíquico en una unidad inseparable e interdependiente. Nosotros consideramos que esta adecuada integración, también debe referirse al medio externo al sujeto.

Este autor propone tres aspectos básicos constitutivos de la salud: a) la experiencia de bienestar y motivación hacia la vida, b) la capacidad de autorregularse con un modo de vida sano, y c) el estado actual del organismo que representa un momento de la optimización de los mecanismos implicados en la salud. La enfermedad, es la expresión sintomatológica de la inestabilidad de las funciones y mecanismos que expresan el estado de salud.

Coincidimos en la idea de tratar la salud como proceso, con cualidades sistémicas, que necesita trascender las especialidades, retomarse en un contexto sociocultural particular y "sentirse" como aspecto "vital" en el desarrollo personal, en la calidad de vida. Cada persona ha de responsabilizarse desde lo que es, lo que hace y lo que anhela, de su propia salud y la de su comunidad.

Modelos de Asesoramiento y de Atención en Salud:

Las concepciones y definiciones en salud no están ajenas a la evolución del pensamiento y de los modelos en la ciencia. La ciencia ha

contribuido mucho con la humanidad, para entender fenómenos naturales, enfermedades, aprovechar recursos de la naturaleza, pero también, la idea de llevar el método científico a todos los campos y problemáticas ha desfigurado los procesos humanos (Martínez, 1997).

No sólo la educación, sino también la psicología ha desestimado su contribución directa al campo de la salud. Para Paris (1992), la psicología llega un poco tarde al campo de la salud; a pesar de su clara aplicabilidad, la psicología clínica y el asesoramiento se han centrado en el individuo, en los consultorios y se han alejado de lo social y lo biológico. Considera tres problemas en la elaboración de un marco teórico en psicología de la salud:

1. Predominio de modelos psicodinámicos en la formación de pregrado.
2. Enfoques que entienden al sujeto como un ser abstracto, desvinculado del contexto sociohistórico. Cuando se incluye la variable social se reduce al nivel socioeconómico.
3. Hegemonía del modelo médico en la salud.

Por esto, propone la revisión crítica de la aplicación del positivismo en la salud, la comprensión de la dolencia como fenómeno colectivo, y la construcción del saber popular; en resumen, la necesidad de superar los enfoques intraindividuales y adoptar una perspectiva globalizadora que entienda la salud como proceso histórico y multideterminado.

En este sentido, el asesoramiento con técnicas cualitativas se basa en las vivencias y en la generación de condiciones flexibles, holistas y no estadísticas, que propician el autodescubrimiento y la toma de conciencia como sujeto en un contexto sociohistórico particular (Juhnke, 1998). El construccionismo social considera que el mundo debe ser interpretado bajo "artefactos" sociales producto de la interacción entre las personas en un momento histórico, así como el conocimiento resultante de la misma interacción (Shwandt, 1994).

Entonces, la aproximación y comprensión de los procesos humanos y sociales, y en este caso de la salud y su atención desde el asesoramiento educativo, exigen la revisión del marco de referencia utilizado. En este sentido, Cottone (1992) sistematiza los paradigmas dentro de la historia de la psicología, evidenciando que se ha transitado por los paradigmas médico-orgánico, psicológico, sistémico y consensual; y se puede decir que avanzamos del individuo a los sistemas y sus interacciones, de lo biológico a lo social, de lo lineal a lo circular, de lo "objetivo", absoluto a lo subjetivo y contextual, interactivo.

El paradigma llamado *consensual* (Cottone,1992) se interesa por la realidad considerada en permanente cambio, por quien la percibe y por el vínculo establecido entre el perceptor y la misma. El hombre es un sistema autónomo, creativo y en constante coevolución y, el conocimiento es visto como producto de aquello que resulta significante en la interacción y negociación social, lo que a su vez construye la realidad, por lo tanto, la verdad no es absoluta ni objetiva. Involucrarse en este paradigma exige la revisión de los basamentos ontológicos y epistemológicos del asesor, así como su actitud y filosofía de vida, lo cual tiene claras implicaciones en el trabajo diario. Por ejemplo, desde la investigación-acción, el asesor, facilita las condiciones en el grupo a través de la interacción social, para lograr la autorregulación, la propia reflexión y autonomía del mismo.

Los enfoques constructivistas coinciden en considerar la actividad que despliega el individuo como el motor fundamental del desarrollo. La experiencia tiene lugar en un contexto humanizado, con una intencionalidad sociohistórica subyacente a las manifestaciones y ordenaciones de los elementos.

En el campo de la psicología social y comunitaria, estas proposiciones resultan pertinentes y amplían las concepciones de salud y del

asesoramiento. La visión construccionista de la ciencia apoya la orientación conceptual y metodológica que se pretende dar a este estudio.

Por tanto, si nos basamos en esta orientación y en coincidencia con Pacheco (1994), una definición de salud y su manejo debe incorporar la particularidad del sujeto social en el que ella toma cuerpo, y considerar la subjetividad, el nivel de conciencia de su cuerpo o sobre su vida, la valoración y conceptualización que tenga sobre su salud, el conocimiento y comprensión de su estar en el mundo, de su sentir en el mundo.

Visto de manera integral, el sistema de salud debe engranar fuerzas de distintos "actores sociales": profesionales de la salud, ciudadanos y entes gubernamentales que trabajen en conjunto para construir una estructura que procure un sistema de vida con un nivel óptimo en salud desde una perspectiva holística, así como una " calidad de vida" que apunte hacia el desarrollo de las potencialidades humanas.

Un estudio del Departamento de Medicina Social de Harvard (1995) insiste en la necesidad de que los servicios de salud tengan su base en las comunidades y se adapten a las condiciones locales. Plantea que esta mejora debe apuntar hacia la capacitación de los trabajadores de la salud, la educación y protección a la mujer en sus principales roles, programas educativos para niños y adolescentes, campañas informativas sobre abuso de sustancias (alcohol y drogas) y acerca de la violencia.

El tratamiento de la salud trasciende los organismos oficiales hacia los grupos que acompañan al individuo en su cotidianidad e influyen en su desarrollo. Al respecto, Shye (1996) introduce la noción de autocuidado en la salud concebido como "... las actividades que el individuo, la familia y la comunidad emprenden con el fin de fomentar y restaurar la salud y prevenir o limitar la enfermedad " (pág. 7). Propone que la naturaleza y extensión del autocuidado es función de las interrelaciones a diferentes niveles que ocurren en una gama de actores e instituciones, entre ellos, grupos

primarios como la familia, grupos secundarios informales y formales, como el sistema educativo, y tiene que ver con diversas actividades no necesariamente académicas en las que se enseñan destrezas sociales o conductas saludables en pro del individuo.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han propuesto la búsqueda de nuevos paradigmas. Por ello, desde 1977 plantean la consigna de Salud para todos en el año 2000 a través de la Atención Primaria y en 1988 la idea de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) donde se comparten los conocimientos científicos con las experiencias comunitarias, integrando recursos terapéuticos múltiples (Wu, 1995).

La participación comunitaria es una vía para una posible reorganización del sistema de salud y se aproxima a la realidad, desde lo multicausal y multicultural, tomando en cuenta las necesidades sentidas y la organización propia de la comunidad. Unido a la descentralización del sistema de salud, que pretende desarrollar los sistemas locales, se plantean las redes de atención en salud, que se guían por la atención primaria, la transdisciplinariedad, el desarrollo de la cogestión a través de la comunicación de los ambulatorios con las escuelas y los centros comunitarios (Wu, 1995).

Un estudio de la orientación de la atención psiquiátrica en Sudamérica dirigido por la O.M.S. en Perú (1995) señala que los servicios psiquiátricos orientados por un modelo médico orgánico y recuperativo, como ya hemos dicho, tienen una bajísima participación de la comunidad en los programas de salud. Además, consideran que el tipo de atención requerida en la población menor a los 18 años está vinculado a factores psicosociales, y no necesariamente a problemas psiquiátricos. Resaltan la importancia de adaptar los servicios al sistema cultural y a los requerimientos poblacionales. Esto apoya la idea de trabajar en edades tempranas y

también la importancia de conocer las necesidades y problemáticas propias de la escuela y su comunidad.

Promoción de la Salud:

La Organización Mundial de la Salud y su División de Promoción en Salud, Educación y Comunicación, definen en la Carta de Ottawa, la Promoción de la Salud como "el proceso que facilita el incremento del control sobre sí mismo y perfeccionamiento de su salud" (1997, pp.1), a través de la mediación de una acción intersectorial. La promoción en salud es un concepto dinámico que envuelve a la gente a través de los contextos cotidianos (escuelas, lugares de trabajo, ciudades, entre otros) y propicia un alto nivel de bienestar físico, mental y social en las personas.

La promoción de la salud, se refiere a la atención primaria, en contraposición a la atención secundaria y terciaria, centradas respectivamente, en curar a tiempo y rehabilitar (Wu, 1995). La idea de curación, es asociada con un proceso exterior al sujeto, utilizado para tratar la enfermedad; en contraste, la sanación pone en marcha los recursos internos en busca de la integración personal (Benaim, 1994).

Promoción de la Salud en la Escuela y la Comunidad:

La idea de promover la salud y el bienestar desde la escuela primaria, es avalada por una investigación de Omizo y colaboradores (1992) con docentes y niños de 5to grado, donde se realizaron actividades de orientación y pedagógicas que intentaban promover el bienestar y cambios positivos en el estilo de vida de los niños, en aspectos como nutrición, ejercicio y manejo del estrés.

Se observaron cambios significativos en los niños, en relación a su autoestima y al conocimiento sobre su bienestar, partiendo del maestro como un modelo en la práctica de hábitos saludables, y de la incorporación de estos temas a otras áreas del curriculum. A su vez, el incremento de la

autoestima de los niños fortaleció otras áreas de vida, como la física y la social.

Pacheco (1994) propone que para cuidar de la salud, se requiere una conciencia integral humana y social para la acción colectiva en defensa de las condiciones vitales que posibiliten su desarrollo. Además, considera que deben superarse multiplicidad de procesos de alienación individual y colectiva que llevan a la deshumanización, ¡y quién más que la escuela como uno de los principales ductores de este proceso!.

Arión y Toledo (1997) resumen una experiencia comunitaria donde se crea una Escuela de Salud Vecinal partiendo de su concepto de salud y de los problemas vivenciados. Encontraron que los vecinos definen la salud bajo un criterio predominantemente biologicista y reconocen en forma limitada el autocuidado y la corresponsabilidad individual y colectiva en la protección de la salud, sin embargo mencionan la educación como el recurso más importante para el desarrollo de ésta.

Calventus (1995) citando a Kuhn (1962) asoma que el nuevo paradigma de la salud está encarnado en un amplio anhelo de participación social y comunitaria, y considera, en un estudio etnográfico sobre la salud realizado en Chile, que hay que desarrollar la idea de "fortalecimiento" (empowerment) en las comunidades y vecindarios, el cual posee una connotación reflexiva y emancipatoria, que sólo se logra en los grupos comunitarios, cuando se les "entrega" esta potestad por parte de los expertos en salud.

Planteamos que una manera de iniciar este proceso es la capacitación y asesoramiento en la promoción en salud, creando agentes multiplicadores en todas aquellas personas que en sus actividades diarias y ocupaciones puedan difundir y modelar patrones de salud integral, superando la dependencia teórica y técnica en relación a los servicios de salud. Una línea

interesante que se propone es la formación de adolescentes voluntarios para difundir entre sus pares estilos de vida saludables.

Al hablar del hecho educativo, del desarrollo personal y de la salud, no podemos concebir al docente aislado del resto de las personas que pertenecen a la escuela, entre ellos los servicios de apoyo o bienestar estudiantil. A pesar que la legislación plantea la necesidad de la orientación en todos los niveles educativos y mayormente en la educación básica por formarse en ella la personalidad, en la realidad no ocurre esto. De hecho se observan más servicios estudiantiles en el ciclo diversificado y universitario (Cerpe, 1985).

En Venezuela, las pocas escuelas que poseen servicios de bienestar estudiantil tienen una orientación remedial, atendiendo "casos problemas", con escasa integración al trabajo pedagógico y a los recursos de la comunidad, saturados por la cantidad de casos referidos y con un horario parcial que desarticula el trabajo en equipo (Golpe, 1998). Esta realidad nos lleva a pensar en nuevas estrategias para el abordaje de la salud y, sobre todo en las concepciones del asesoramiento educativo.

Justificación del Estudio:

Una de las líneas de acción de la O.M.S., en el actual plan de acción (1996-2001) de su División de Promoción de la Salud, Educación y Comunicación (1997), propone a la escuela como promotora de la salud, y tiene que ver con el trabajo en los ambientes educativos, con alianzas y programas conjuntos con agentes gubernamentales y no gubernamentales donde se desarrollan documentos y herramientas de difusión para el desarrollo de capacidades de cuidado personal y grupal, y se adaptan estos programas a los curricula y políticas escolares en salud.

Igualmente, el programa promocional en las escuelas del plan de salud pública australiano (1998) sugiere a la escuela primaria y secundaria que sus maestros sean propulsores de la salud, al recibir entrenamiento e información acerca de las drogas, alcohol, sexualidad, nutrición y SIDA. Desde una opinión particular, trabajar con estas temáticas y sólo con el entrenamiento a maestros, muestra una visión parcelada de la salud, ajena a las realidades comunitarias, y la influencia de una fuerte tradición médica.

Price, Cioci y colaboradores (1993), en una investigación sobre los programas en salud y educación para adolescentes dirigidos por la escuela y la comunidad, concluyen que es urgente elaborar, a través del esfuerzo de la escuela, la familia y la comunidad, un sistema social de soporte e integración al mundo del adolescente ya que hay un vacío en esta área. Este sistema social provee ayuda, afirmación (feedback) y afecto al adolescente.

En este punto, Wu (1995) menciona la importancia de la escuela para la consolidación de la participación y acción comunitaria en torno a la salud; específicamente propone a la escuela como un activador de la comunidad, donde se adapten los programas de estudio a las realidades locales y a las políticas de salud pública, con actividades precisas como el centro de documentación en salud, el museo de salud, periódico y radio estudiantil, enfermería, huertos medicinales, comunicación e intercambio con las asociaciones de vecinos, entre otros.

Dryfoos (1993), también propone a la escuela como lugar donde los niños y adolescentes pueden atender sus necesidades e intereses, a través de servicios sociales, recreativos, programas en artes y salud. La escuela debe reconocer las conexiones entre el rendimiento académico y la salud del adolescente. Refiere que el impacto de las migraciones, la industrialización y la urbanización, ha obligado a las escuelas a buscar recursos alternativos que solventen los problemas en salud, y distintos a los que proveen los especialistas. Así, retoma la idea de los servicios en salud dentro de la

escuela, con orientación preventiva como una necesidad, debido a una situación social compleja que, quizás, no brinda respuestas satisfactorias a la vida del adolescente contemporáneo.

Más allá de los servicios de salud necesarios en la escuela, es importante revisar cómo la dinámica misma de la escuela contribuye o entorpece el desarrollo individual, comunitario y social, y cómo los servicios de orientación o bienestar estudiantil establecen estrategias y alianzas internas para multiplicar esfuerzos a través del trabajo grupal, preventivo y educativo.

A partir del trabajo que me ha tocado desempeñar como promotora educativa e investigadora dentro del Proyecto "Educación para la Dignidad" en el Centro de Investigaciones Educativas Tebas de la Universidad Central de Venezuela, desde el mes de Septiembre de 1996, se suscitan inquietudes a estudiar, derivadas de la dinámica de cada escuela participante en el proyecto y de mi formación profesional.

En esta experiencia se inició un proceso de investigación educativa en escuelas públicas del Area Metropolitana de Caracas con un grupo de promotores de diferentes profesiones (en su mayoría educadores), con el propósito de llevar una propuesta de cambio educativo a las aulas, docentes y demás personas de la escuela, guiados por lineamientos teóricos, filosóficos y antropológicos resumidos en el Proyecto "Educación para la Dignidad" y en sus 4 concepto-propósitos: Dignidad, Interacción Constructiva, Cohesión y Pertinencia de los Aprendizajes (Esté, 1996).

Luego que cada escuela decide participar voluntariamente en el Proyecto, el promotor asignado a esa institución comienza a observar y registrar en distintos ambientes, momentos y con diferentes personas, los hechos cotidianos en la escuela, para conocer su realidad y decidir el aula donde se comenzará a trabajar. A medida que transcurre el año escolar y se desarrolla el trabajo de asesoría a los docentes, se registran experiencias en

el aula, en actividades escolares y recreativas, en reuniones de maestros y especialistas, entre otras, que permiten analizar el proceso educativo.

Los registros efectuados en las escuelas participantes en el Proyecto Tebas, sugieren la necesidad de revalorizar la salud y tomar conciencia de los modelos de salud que predominan en el ambiente escolar, así como redimensionar el papel de los servicios de bienestar estudiantil en la promoción de la salud y en su vínculo con maestros y alumnos. Por tanto, el presente estudio nace de la inquietud por hacer propuestas de atención a la salud integral desde los hechos cotidianos y las personas que laboran en la escuela, concibiéndola como promotora del desarrollo individual y comunitario. También, interesa conocer el papel de diferentes grupos, además de los servicios médicos y psicológicos, en el desarrollo de la salud del individuo, como los maestros, padres y grupos de pares.

A partir de las observaciones y reportes de los maestros, se obtienen indicadores de problemas dentro de las escuelas, como : embarazo precoz, desinformación sexual, consumo de drogas, desnutrición, maltrato y abandono familiar, relaciones interpersonales inadecuadas entre los niños y con los adultos, desmotivación, violencia, entre otros. Todo ello hace pensar en la necesidad de abordar el problema de la salud en la escuela, en términos de: consolidación de los servicios asistenciales y de orientación, formación del docente como facilitador de procesos humanos y la creación con urgencia de espacios recreativos, informativos y formativos que permitan el adecuado desarrollo del individuo, involucrando a los padres, maestros y a la comunidad en general. El objetivo último es fomentar en la comunidad la valoración de la escuela como un agente preventivo en salud.

En estas mismas experiencias en las escuelas, observamos que los contenidos programáticos en el área de salud no parecen tener repercusiones prácticas en la vida cotidiana: hay una escasa pertinencia de los temas impartidos por el docente en la asignatura "Salud" para la realidad

que rodea al alumno. De igual manera, el frecuente discurso descalificador del docente, su atención casi exclusiva a los procedimientos oficiales de la escuela, a la transmisión de conocimientos, su alejamiento del niño como persona y, finalmente, la situación social, familiar y económica general, atentan contra la salud (Golpe, 1998).

Para el Proyecto Educación para la Dignidad, un concepto fundamental se refiere a la dignidad del individuo, entendida como la valoración del hombre como sujeto, resultante de constituyentes históricos, ecológicos, sociales y biológicos que se expresan en la subjetividad, elemento negado en las escuelas a través del dominio y la pasividad, en clases magistrales, centradas en los objetivos, siendo necesario integrar la noción de sí, del cuerpo como totalidad, como un sistema de relaciones e historias, que es posible a través del ejercicio de la diversidad (Esté, 1995); por tanto, el concepto de dignidad en la escuela, tiene implicaciones éticas importantes.

Considero un intento importante y una nueva visión nada desdeñable para las escuelas, el asesoramiento y la atención de la salud, trabajar en un proyecto donde se promocione la salud en la escuela desde sus espacios informativos, recreativos y de encuentro, es decir, desde lo cotidiano, en pro del desarrollo personal y comunitario, con una metodología participativa, reflexiva y en construcción permanente que involucra y dignifica al ser humano, y donde tiene cabida una concepción del asesoramiento más cónsona con la realidad estudiada, atento a los procesos desencadenados por su participación, acercándose a la consultoría, a la investigación acción participativa, al trabajo grupal de difusión y multiplicación.

Por la extensión y complejidad del trabajo en salud, sólo se presenta en este Programa ***una primera fase del Proyecto*** Tebas en su capítulo Promoción de la Salud en la Escuela, que consiste en ***asesorar a un grupo de jóvenes con el fin de formarlos como multiplicadores de actividades***

que incidan positivamente en la salud del resto de los miembros de la escuela. Se considera que otras fases de este Proyecto de Salud Escolar tienen que involucrar a padres, maestros, alumnos y otros especialistas, convirtiéndose a mediano plazo en un proyecto institucional; sin embargo, por limitaciones de tiempo y recursos, y en acuerdo con el equipo de bienestar estudiantil de la escuela seleccionada para este programa, sólo se trabaja con un grupo de alumnos y algunos especialistas del servicio de orientación escolar.

Se presumen como aportes potenciales del programa de intervención a mediano plazo: la sensibilización y toma de conciencia de la importancia de la salud en la vida diaria, en el desarrollo individual y grupal y en la calidad de vida, y la comprensión de la salud como un proceso complejo, global, holista,. En particular los posibles alcances de este programa, en su primera fase, se refieren a la optimización del cuidado de la salud en los niños, jóvenes y adultos de la escuela, y rescatar en la escuela la recreación y la posibilidad del encuentro humano y social.

Por tanto, se puede estimar, con la aplicación de este programa, un impacto social y técnico en la institución atendida, particularmente en el asesoramiento educativo, gracias a la introducción de este otro paradigma, y por ende, otro tipo de relación que nos permita revisar nuestro trabajo, esquemas y metodologías.

Ante la panorámica presentada, se plantea y justifica la necesidad de diseñar, desarrollar y evaluar, bajo una metodología cualitativa, un Programa de Asesoramiento en Salud Escolar, con dos grupos de jóvenes cursantes de 1er y 2do años del Ciclo Diversificado (4to y 5to años), guiado por actividades en salud preventiva que, a su vez, incidan favorablemente en la salud de otros miembros de la escuela.

El desarrollo de una propuesta, expresada en este caso en un programa de asesoramiento específico, no puede entenderse en abstracto, ni

como una simple aplicación de técnicas o metodologías; es necesario "aprehender" la realidad, de forma holista. Quizás la realidad exige al asesor entender la complejidad del contexto sociohistórico donde trabaja y fomentar la participación social en pro de condiciones de vida saludables donde los sujetos sean actores de su crecimiento integral.

En este sentido, considero que el Contextualismo y el Construccionismo Social plantean una nueva visión del asesoramiento. Steenbarger (1991) reflexiona sobre las consecuencias de aplicar las teorías "clásicas" del desarrollo humano en el asesoramiento (counseling), las cuales guiadas por las perspectivas de maduración, eventos de vida y etapas de transición, entre otros elementos, muestran una visión del mundo orgánica, con secuencias lineales de desarrollo, énfasis en lo adaptativo y en un orden predictivo. Esta orientación no logra dar cuenta de la complejidad del desarrollo humano, del "proceso" más que de los resultados, y resulta en la homogeinización de los patrones de desarrollo, negando la diversidad humana y la real interacción entre los individuos y las situaciones de vida.

Esta orientación en el asesoramiento es herencia del Occidente, en cambio, la visión contextualista e interaccionista se acerca a nociones orientales, centradas en los ciclos, el flujo, el cambio y el caos, que significa un orden de alta complejidad en el cual un número de variables pueden crear infinidad de variaciones, siendo además una tendencia prospectiva, donde a partir de una situación se puede generar diversidad de opciones, sin atender necesariamente a los antecedentes o a un final predefinido (Geert, 1986 c.p. Steenbarger, 1991).

El *constructivismo* enfatiza el proceso de mediación de la percepción del individuo en la construcción activa de significados acerca de su entorno; además, el *interaccionismo* ofrece un papel importante a las relaciones interpersonales y sociales, es decir, el conocimiento se construye en un

contexto social, la visión de sí mismo y del mundo se genera, contrasta y modifica individual e interpersonalmente (Steenbarger, 1991).

De este modo, en el "asesoramiento interactivo", según Cashdan (1973), el asesor fomenta las oportunidades para proveer de experiencias contrastantes, reflexivas a los individuos, eludiendo estrategias sintomáticas del sujeto para controlar la situación de ayuda (c.p. Steenbarger, 1991). La tarea del asesor es usar estratégicamente la interrelación, para facilitar nuevos patrones interactivos; y así "la interrelación no es simplemente el contexto de intervención, es la intervención" (Claiborn y Lichtenberg, 1989, pág.392, c.p Steenbarger, 1991).

El asesoramiento es definido como un proceso de influencia social en pro del desarrollo humano, con la intervención de y en los contextos de los individuos.

La vinculación entre el asesoramiento interactivo, la educación y la salud, orientada por una metodología cualitativa y sus fundamentos filosóficos, puede establecerse si pensamos en una "educación transformadora", según Pablo Freire: "la educación es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo" (c.p. Leis, 1990, pág. 73).

Es un continuo *proceso de acción-reflexión-acción* que el sujeto hace desde su realidad, desde su experiencia y desde su práctica social, donde se *problematiza* el entorno; el sujeto aprende a aprender y desarrolla una conciencia crítica. Más que informar es formar, basado en un modelo autogestionario de participación activa, de crecimiento desde las semejanzas y las discrepancias, desde lo subjetivo, desde las vivencias.

El pensamiento positivista, apoyado en las ciencias naturales, ciencia que se convirtió en rectora de la epistemología y metodología de todos los demás campos del saber, valora la objetividad del conocimiento, la lógica lineal, la cuantificación y la verificación empírica. "Esta cosmovisión, al

asumirla como única vía de acceder al progreso del género humano, se nos presenta como una traba...,limita nuestro acceso a los nuevos principios que orientan a la ciencia de nuestros días, los cuales reconocen que somos parte de un universo dinámico e interdependiente...Grof señala que "la ciencia newtoniana-cartesiana ha creado una imagen muy negativa de los seres humanos, como máquinas biológicas operadas por impulsos...,no reconoce los valores elevados, tales como la conciencia espiritual, el amor, la estética, la justicia, la imaginación...; esta imagen aprueba el individualismo, el egoísmo, el principio de supervivencia del más fuerte como tendencias naturales y sanas" (Texier, 1995, pág.102)

En síntesis, estamos en un momento de revisión profunda de los modelos educativos y de asesoramiento, *como* actividades esencialmente humanas y sociales, y *para* el ser humano, y a su vez, tenemos que preguntarnos acerca de la validez de las metodologías que hemos utilizado, herencia de una tradición en las ciencias, en la academia y en el pensamiento, que nos han mostrando *una verdad, no necesariamente "la" verdad.* Más aún, como asesores, generalmente buscamos "la" técnica y "la" metodología para aproximarnos al otro, a lo que vamos a estudiar, y en ello, perdemos, la belleza y el misterio que encierra la realidad, entonces, nos corresponde "zambullirnos" (con todo lo que la palabra representa) en ese mar como un *ser humano* completo, no sólo como especialista, investigador, asesor.

"La realidad está justo ahí, siempre esperando cerca de tu corazón, de tus ojos, de tus manos. Puedes tocarla, sentirla, vivirla, pero no puedes <pensarla>...el pensamiento siempre es acerca de, nunca es directo" (Osho, 1999, pág. 65).

Principales Referentes Teóricos

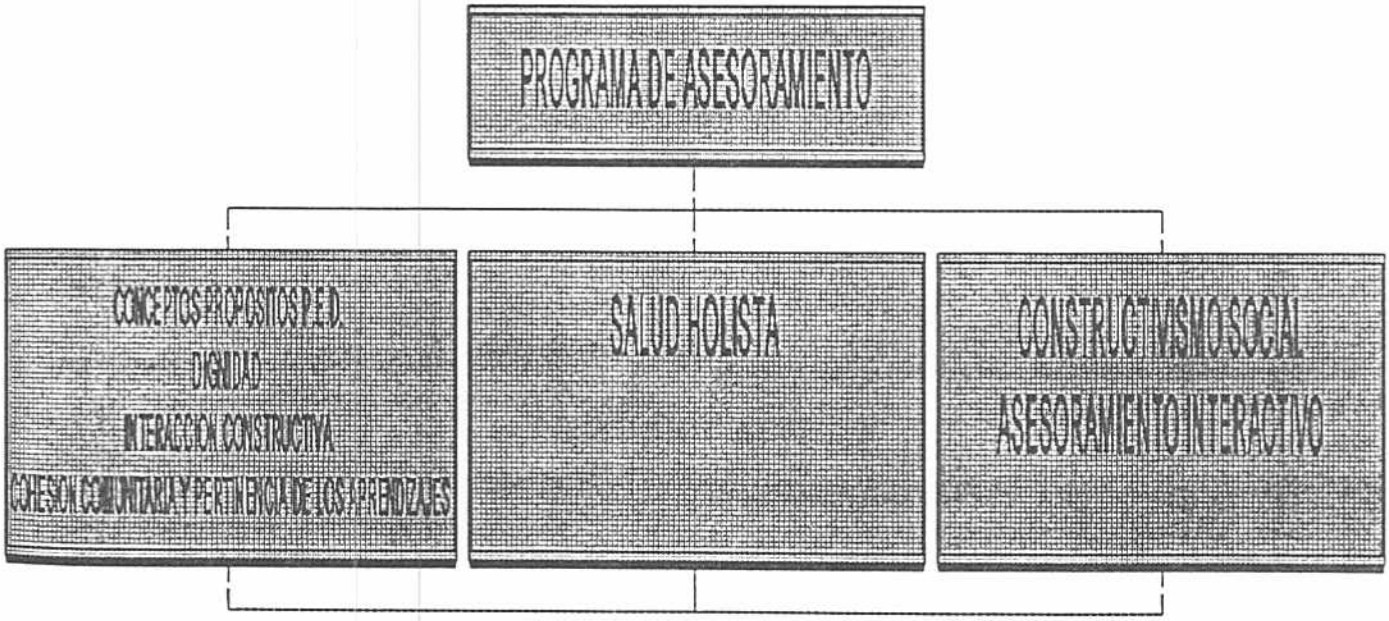
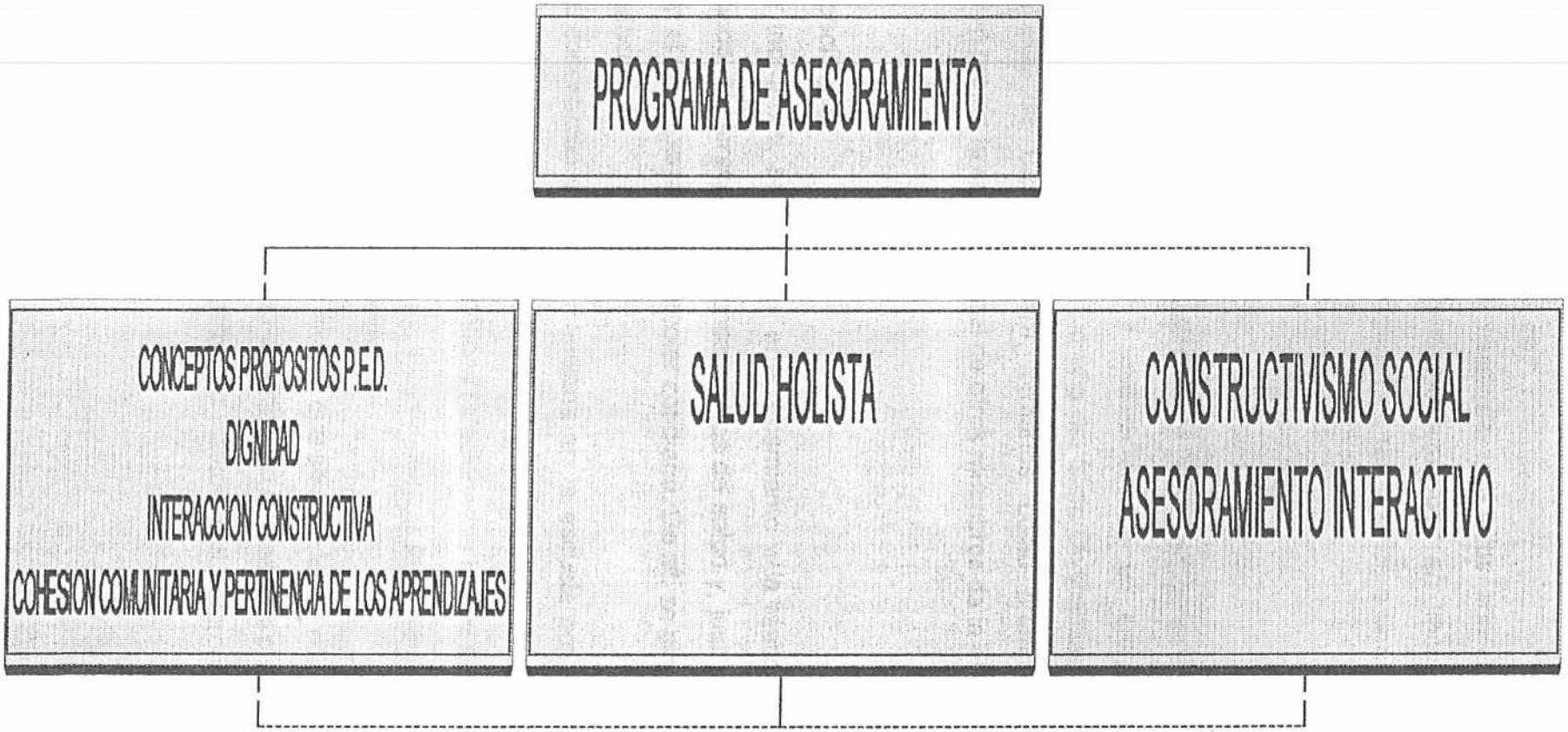


Fig. 1 Principales Referentes Teóricos

Fig.1 Principales Referentes Teóricos



Objetivos del Programa:

Es necesario acotar que los objetivos indicados son propósitos flexibles, en continua retroalimentación, desarrollados en "momentos" a partir de la experiencia misma e interdependientes, debido a la orientación conceptual y metodológica adoptada.

Objetivo General :

* Desarrollar un proceso de promoción de la salud en la escuela, que comprende el diseño, ejecución y evaluación de un programa de asesoramiento a alumnos de 4to y 5to año del Ciclo Diversificado de una escuela pública de Caracas, para formarlos como promotores de actividades en pro de la salud integral de otros miembros de la escuela.

Objetivos Específicos :

En un primer momento, se pretende el acercamiento a la realidad de la escuela estudiada, explorando sus concepciones de salud y, justificando la intervención en el área, para la vida escolar cotidiana. De allí se plantean los siguientes objetivos:

* Conocer la concepción de salud manejada en la escuela por parte del personal docente y los especialistas del servicio de bienestar estudiantil.
* Identificar las situaciones y problemáticas relacionadas con la salud en la escuela, como áreas susceptibles de intervención, a partir de reuniones con el personal docente y especialistas.
* Reflexionar acerca de los aspectos vitales que se relacionan con la salud integral, su importancia en la calidad de vida y en la dinámica pedagógica para "construir" colectivamente un proyecto institucional de promoción de la salud.

Luego de este primer momento y como resultado de la reflexión colectiva, se pretende:

* Integrar al servicio de bienestar estudiantil de la escuela al trabajo en salud, con énfasis preventivo y orientación grupal.
* Formar y asesorar grupos en la escuela para que funjan como promotores y multiplicadores en salud; en particular los alumnos y el servicio de bienestar estudiantil.
* Aproximar al servicio de bienestar estudiantil a una nueva visión del asesoramiento bajo una metodología cualitativa y una orientación sistémica y ecológica.
* Observar, analizar y asesorar los procesos grupales necesarios con los alumnos de 4to y 5to años para formarlos como promotores de salud.

Finalmente, a partir del desarrollo de la propuesta y basados en la experiencia vivida, se quiere:

* Hacer una evaluación cualitativa del programa de asesoramiento a partir del registro y análisis de los procesos implicados, que permita delimitar su impacto en la escuela.
* Organizar una segunda fase de intervención que permita darle continuidad al trabajo en salud e involucre a otros miembros de la escuela.

Es necesario resaltar, que por razones conceptuales y metodológicas, estos objetivos no pueden verse como momentos separados, establecidos de manera secuencial, ni como fases con un propósito único, debido a que están íntimamente entrelazados los momentos llamados de diseño, desarrollo y evaluación del programa. Por ejemplo, mientras se explora, ocurre cierto tipo de intervención; mientras se desarrolla la propuesta, se evalúan procesos.

Marco Metodológico Referencial

El desarrollo de los objetivos propuestos se lleva a cabo con una orientación constructivista y una metodología cualitativa; por tanto, se plantea un programa general que va tomando forma más específica a medida que se construya con los individuos participantes (Steenbarger, 1991).

El Construccionismo como paradigma y la fenomenología como enfoque

Según Martínez (1995), el *enfoque* con que vemos una realidad depende de nuestro punto de vista, a su vez ésta ubicación ante las cosas depende del nivel epistemológico (del conocimiento) y ontológico (de la realidad), y añade que es de vital importancia reflexionar acerca del punto de ubicación desde donde estudiamos los hechos.

El programa que se reporta aquí se fundamenta en el *paradigma construccionista*, el cual se caracteriza por entender la realidad como subjetiva, múltiple y determinada por la construcción social que los sujetos hacen de la misma, por tanto, el hombre es actor y simbolizador de su realidad, constructor y construido por ella. Interesa la comprensión y el conocimiento intensivo de los procesos. Lo que se conoce y quién conoce son parte de una misma unidad y se influyen mutuamente.

La postura interaccionista, comprende los procesos de cambio a partir de las interrelaciones sociales, así cualquier intervención en la interacción genera cambios individuales y viceversa (causalidad recíproca). Por ello son

de suma importancia, los contextos (settings) a ser intervenidos, con efectos, en ocasiones, impredecibles (linealmente hablando).

La *fenomenología* como enfoque se centra en los significados e intenta aproximarse a las vivencias sin viciarlas con los preconceptos que tenga el investigador en torno al tema, por ello se habla de una "actitud de reducción fenomenológica" (Giorgi, 1997) donde el investigador trata al máximo de despojarse de conocimientos previos que contaminen la descripción del fenómeno.

Además, es el método más indicado cuando no hay razones para dudar de la bondad de la información y el investigador no ha experienciado la temática. Esta orientación metodológica cualitativa parte de un área problemática amplia, que se afinan a medida que avanza la investigación (Martínez, 1995).

Para Martínez (1996), el nacimiento de la fenomenología se asocia a la toma de conciencia de la influencia que tiene nuestra percepción, por ende, nuestras actitudes, posiciones teóricas y experiencias, en la captación y análisis de los datos, "... pues no existen los hechos sin interpretación, y todo lenguaje es selectivo, abstracto y simbólico" (pág. 24).

Giorgi (1997) sugiere dentro del método fenomenológico, como estrategia de investigación y para el *análisis de los datos*, una serie de pasos básicos:

a) Recolectar los datos a través de entrevistas abiertas y/o descripciones.

b) Lectura de los datos desde una visión holista.

c) Dividir el todo en partes o categorías y ahondar en la sensibilización hacia los datos y su estructura, con una actitud de "descubrimiento" hacia lo que emerge.

d) Organizar las categorías globales en un lenguaje específico que le otorgue significado.

e) Evidenciar la estructura esencial del fenómeno a través de las macrocategorías.

El Grupo Focal como estrategia

Más específicamente, la técnica del *Grupo Focal*, permite la exploración inicial, la obtención de información y la potenciación de la propuesta de intervención, a la vez que tiene la ventaja de la interacción directa con los miembros del grupo y por tanto enriquece y profundiza la información; también, el grupo como escenario, es un espacio psicosocial importante y revelador de los procesos de construcción de significados. Esta técnica amerita la presencia de un moderador que establezca las condiciones mínimas de funcionamiento (estructuración, confianza, participación) (Stewart,1990). En el caso de este Programa, la conformación de los grupos estaba dada anticipadamente, así como las características de sus miembros.

El grupo no se construye sólo como espacio de sesiones exploratorias, sino que se forma como promotor de una propuesta de trabajo,

por lo tanto, también podemos hablar de una investigación acción participativa, o como expone Montero (1997) *modelo de reflexión-acción-reflexión* inspirado en las ideas de Paulo Freire para la educación.

En este sentido, Montero (1997) señala que la dinámica de la actividad y la conciencia, mutuamente influyentes, en las reuniones de discusión-reflexión en el trabajo psicosocial, es vital para el desarrollo de las organizaciones comunitarias, la transformación de su ambiente y de sus condiciones de vida. Considera que la transformación también toca al investigador o agente externo, y una condición para lograr dicha transformación, es la existencia de un compromiso tanto del agente externo hacia el grupo, como del grupo y sus miembros hacia el trabajo.

"La base del compromiso es la consideración de que el conocimiento es histórico, no es neutral, no es exclusivo de la ciencia...es fundamentalmente con la transformación, con el cambio social...es el desarrollo de un modo de actuar destinado a desarrollar con los miembros de la comunidad, procesos críticos mediante los cuales la acción, sus causas y consecuencias son sometidos a análisis, a fin de develar las formas hegemónicas..." (Montero, 1997, pág. 256).

Acorde con esto es la consideración de que el asesoramiento es un proceso de influencia social al introducir elementos de cambio en el contexto de sus asesorados (Steenbarger, 1991). Se complementa con la idea de Merchant (1996), quien identifica premisas similares entre la

metodología cualitativa de investigación y las competencias en el asesoramiento multicultural, destacando la toma de conciencia de las propias creencias y valores del asesor, el entendimiento de la visión del mundo del otro y el desarrollo de estrategias apropiadas que respetan y hacen participar al individuo desde lo que es.

Peavy (2000) apoya la idea de que el asesoramiento es una profesión desarrollada en un contexto social, por tanto, no puede desligarse de las transformaciones en este ámbito. La modernidad con sus ideas de progreso, productividad, racionalidad y objetividad matizaron el desempeño de los asesores "convirtiéndose más en economistas que en consejeros" (pág.1). El cambio en las condiciones sociales caracterizado por ambiguedad, incertidumbre y conflicto, exige la resignificación del proyecto de vida personal, y de un asesor, dentro de la postmodernidad, guiado por el constructivismo como filosofía, no como técnica. Orientado por la visión de la persona como un todo, autoorganizado y hacedor de su propios significados.

La investigación acción participativa emerge como una vía para que el individuo se de cuenta de su capacidad para gestionar su vida (Park, 1993). La participación comunitaria o autogestión es un principio fundamental, por tanto, el grupo tiene derecho a decidir el tema que va a intervenir-investigar, posee y moviliza sus propios recursos para ello, y el rol del profesional es de facilitar, no de experto, es un catalizador de procesos (Montero, 1990).

Basados en esta orientación, la idea de conformar grupos promotores de salud con los jóvenes adolescentes de la escuela, tenía una doble intencionalidad, atender al grupo y su dinámica propia, y formarlos como multiplicadores, como gestores del proyecto. Ser promotores significa adueñarse de su propia posibilidad de mejoramiento y cuidado de la salud, y en los contextos cotidianos de la escuela, propiciar condiciones saludables de interacción.

Continuamente se dice que la adolescencia es un período de transición cargado de contradicciones, confusión, crecimiento, definitivamente, una etapa de cambio, que según Marcelli (1986) podemos comprender desde distintos modelos: fisiológico, psicoanalítico, cognitivo y sociológico, resaltando en éste último como un fenómeno que no es universal y que depende de la complejidad de la sociedad estudiada. Para Attías (1993) el joven está en una encrucijada, intenta encontrar su propio lugar donde se le reconozca y donde pertenezca; es la legitimidad, es el ser amado y aceptado, es la territorialidad y la pertenencia.

Sin embargo, "a pesar de que la opinión pública y los medios de comunicación intentan colocar el análisis de la problemática de los adolescentes en lugar destacado, pocas son las veces en que estos últimos son **requeridos para que definan sus propios problemas"** (Ortiz, 1997, pág. 438).

El análisis de los Datos

Luego de varias lecturas del material transcrito de las grabaciones de cada sesión y de las reuniones, se obtienen incidencias por parte del asesor y de un juez experto, hasta captar las categorías relevantes que emergen de los datos y llegar al "nivel de saturación" de estas por su repetición (Lincoln y Guba, 1990).

Así se obtiene una "matriz de categorías" relacionadas con el objeto de estudio; o como propone Martínez (1996) se establece una red de relaciones con significado funcional para cada dato, luego de "sumergirse" mentalmente en el contexto para comprender la situación investigada.

La intención es ser lo más fiel a los datos para ser congruentes con el enfoque fenomenológico, y partiendo de la categorización para obtener áreas temáticas que profundizan en la concepción de la salud en la escuela, sustentada en los datos (Martínez, 1996). Finalmente se complementa con los elementos teóricos recabados como marco referencial.

Contexto:

Se trabaja la escuela como caso de estudio, en particular la escuela pública "C" ubicada en el Municipio Chacao, escuela donde se lleva a cabo el Proyecto "Educación para la Dignidad" desde Julio de 1998, y donde se han desarrollado diversas actividades, además de existir la disponibilidad para la intervención.

La población objetivo del programa son los alumnos del 1ero y 2do año del Ciclo Diversificado (4to y 5to años) de la escuela (24 alumnos), en conjunto con dos especialistas del servicio de bienestar estudiantil de la

misma (médico y psicóloga). Ellos pueden ser modelos y multiplicadores de actividades que promuevan la salud integral de los alumnos y docentes; entendiendo, además, que desde las aulas y las actividades diarias de las escuelas se puede generar la participación comunitaria, la educación para el autocuidado y desencadenarse, a la larga, procesos sociales de toma de conciencia de la salud como un punto crítico de desarrollo personal, grupal y social (Pacheco, 1994, Wu,1995, Esté, 1995).

La programación de estrategias y actividades en el contexto del Programa de Asesoramiento, es flexible y pretende involucrar activamente a los miembros de la escuela como actores principales del proceso y al facilitador como uno más del grupo quien observa, registra, sistematiza y refleja el proceso vivido, actuando como mediador y participante a la vez (Steenbarger, 1991).

Exploración de Necesidades y Diseño del Programa:

Para iniciar la "intervención"• y sustentarla en la realidad y necesidades del contexto y la población, se realizó un **Sondeo de Necesidades**, a través de entrevistas, reuniones con grupos claves en la escuela, la bitácora del investigador y registros audiograbados.

Se llevó a cabo una exploración pre-diagnóstica a través de reuniones con maestras y profesores desde primer grado hasta ciclo diversificado, el servicio de bienestar estudiantil (psicóloga, médico, trabajadora social, psicodegagogas) y los directivos. Las reuniones intentaron explorar algunos aspectos relacionados con el tema salud : definición, áreas vinculadas, factores psicosociales en la vida y la escuela que afectan la salud, papel de la escuela, problemáticas frecuentes en los niños, funcionamiento de los servicios asistenciales. A partir de estas reuniones orientadas por la técnica

• La palabra "intervención" tiene una orientación constructivista y flexible y debe entenderse a la luz de los referentes conceptuales y metodológicos adoptados.

del grupo focal (Stewart,1990), se fueron concretando áreas de interés y grupos claves.

Los instrumentos y técnicas para el sondeo, diseño, desarrollo y seguimiento del programa son registros audiograbados y observaciones participativas con el servicio de bienestar estudiantil y los alumnos del ciclo diversificado. Las herramientas concretas son las entrevistas abiertas audiograbadas y las notas de campo, que el investigador analiza constantemente, después de cada sesión.

El ***diseño del programa*** en sí se realiza con el concurso de los objetivos propuestos y el análisis del proceso de en el sondeo de necesidades. Se definieron sesiones de trabajo semanales, de naturaleza interactivo constructiva con los alumnos del 4to y 5to años, la psicóloga y la médico, manteniendo como técnica el grupo focal. A partir de las conversaciones con el grupo sobre el tema de la salud y su posible participación en un programa de promoción de la salud en la escuela, se estructuró el área a atender, los propósitos, actividades y participación de cada uno de los miembros.

La "intervención" tiene una orientación vivencial y reflexiva, buscando que los participantes tomen conciencia de la realidad donde estudian, su actuación en ella y su aporte particular a la salud. Se centra en la revisión de experiencias de trabajo cotidianas, vivencias personales, estudios de casos y situaciones ilustrativas relacionadas con el tema.

Se pretende que el grupo sea actor en el diseño, ejecución y seguimiento del programa con el apoyo del asesor o moderador. En cuanto a **la aplicación del programa,** recordando que es de naturaleza flexible, holista y de retroalimentación continua en base al proceso grupal particular, luego de establecer las pautas y propósitos de funcionamiento en conjunto, se concreta en reuniones semanales en horario convenido, de una hora y media aproximadamente con cada grupo, donde participan las dos

especialistas mencionadas y la asesora. Se registra magnetofónicamente todas las sesiones, de algunas se dispone de videograbaciones. También se recolectaron fotos, informes, y una bitácora.

Evaluación del Programa:

La evaluación del proceso se realiza bajo un enfoque cualitativo (Patton, 1988), tomando en cuenta varios aspectos:

- Factibilidad: estudio de la posibilidad real de llevar a cabo el programa (tiempo, recursos, apoyo institucional)
- Análisis del proceso: a nivel institucional y a nivel grupal, tomando como referencia los objetivos planteados y la metodología propuesta. Ocurre durante toda la aplicación del programa a partir de entrevistas, registros audiograbados y la bitácora personal.
- Impacto del programa: en los alumnos del 4to y 5to años (en cuanto a su propio proceso grupal y personal), en el servicio de bienestar estudiantil (en cuanto a la concepción y orientación del trabajo en salud y del asesoramiento) y en los alumnos y maestros que recibieron la atención directa del programa (en cuanto a su visión del cuidado de la salud y de su interacción grupal), a través de entrevistas semiestructuradas y audiograbadas.
- Explorar la necesidad e interés de iniciar una segunda fase del proceso con otros grupos y en otras áreas de la salud.

Cronograma de Ejecución:

Julio 98 a Diciembre 98: Planificación del Proyecto, Marco Referencial. Reuniones con todo el personal de la escuela, luego con un equipo (integrantes del servicio de bienestar estudiantil, subdirectora, dos

psicopedagogas, dos maestras) hasta realizar reuniones periódicas con el servicio de bienestar estudiantil (médico, psicóloga, trabajadora social).

Noviembre 98 a Diciembre 98: Sistematización del sondeo de necesidades: sondeo en las aulas con alumnos de bachillerato (7mo, 8vo y 9no) sobre concepción de la salud con la ayuda de la médico de la escuela, y en 1ero hasta 6to grados con la cooordinadora de básica. Elección del grupo con el cual trabajar (4to y 5to años).

Enero 99 a Principios de Marzo 99: exploración de necesidades y diseño del programa con los grupos focales (4to y 5to años) y las especialistas del servicio estudiantil.

Marzo 99 a Mayo 99: desarrollo del programa.

Junio 99: evaluación del programa.

Julio 99 a Diciembre 99: Elaboración y entrega del informe.

Capítulo II
FASE DE EJECUCION DEL PROGRAMA

Caso estudiado

La Unidad Educativa "C" es una escuela pública de Caracas ubicada en el Municipio Chacao, adscrita a una institución del Estado, y creada para beneficiar a los hijos de sus empleados, tiene carácter de proyecto experimental en artes, comprendida en las etapas de educación básica y media diversificada, desde su creación en 1994. Pretende sensibilizar a los niños hacia las artes en general, y en particular la música, teniendo la posibilidad de adquirir una formación musical básica. Los egresados tienen un título de Bachiller en Artes mención teatro. Puede decirse que tiene un carácter asistencial porque es semiinternado, los niños tienen clases en la mañana, almuerzan y luego tienen atención psicopedagógica y actividades artísticas diversas.

El plantel funciona en una casa arrendada, de dos pisos y un espacio reducido, con un patio trasero, pequeños salones, sin espacios de esparcimiento ni cantina, sólo un ambiente muy bien equipado dividido por cubículos especiales para practicar el instrumento musical. El personal tiene un nivel de instrucción de licenciatura como mínimo, hay servicios especiales (artes, educación física, computación, psicopedagogía y bienestar estudiantil -psicológa, médico, trabajadora social y orientadora-), además las coordinaciones académicas y de evaluación. La escuela parece

no ser bien recibida por la comunidad circundante, quizás no siente que le pertenece. Tiene una sección por grado, desde 1er grado hasta 5to año, con un promedio de 12 alumnos por aula. Los comentarios del personal, indican que la mayoría de la población estudiantil es de bajos recursos económicos, habitantes de zonas distantes, lo que se evidencia en los problemas alimenticios de los niños.

Los alumnos del 4to y 5to años (24 en total), se ubican entre los 15 a 18 años, hay una marcada heterogeneidad social, intelectual y emocional. En la escuela, 4to año es visto como de buen rendimiento académico, adaptados y obedientes, a diferencia del 5to, quienes son definidos como problemáticos, indisciplinados. En el 4to año, hay alumnos nuevos en la escuela, y los de 5to llevan juntos varios años. Se equilibran el número de hembras y varones.

La información siguiente está organizada por fases y es el resultado del análisis de los registros (bitácora personal y material audiograbado) realizado por el asesor y revisado por un juez externo (tutora).

Primera Etapa: Exploración de Necesidades

Comprendida desde Julio 1998 a Enero 1999. Incluye información recabada en diversas reuniones como: consejo docente U.E. "C", mesa de trabajo con Promotores del Proyecto Tebas, sondeo escrito con el personal de la escuela, mesa de trabajo con otra escuela del Proyecto Tebas, reuniones con servicio de bienestar estudiantil y otras personas de la escuela, sondeo en aulas desde 1er grado hasta 2do diversificado. En estas

reuniones, entrevistas y sondeos escritos, se discutió sobre el tema de la salud, su importancia, su abordaje en la escuela como una primera aproximación a la exploración de necesidades en la U.E. C. (Ver anexo A)

Puedo **describir** esta primera fase como **exploratoria-indagatoria**. A partir del análisis de los datos recogidos, y de la lectura reiterada de los mismos, emergen frases, ideas, sensaciones, símiles de unas primeras categorías. Esta aproximación al análisis se realiza desde algo "macro" al conversar con el colectivo (reunión en consejos docentes, entre otras), y contrastarlo con otras visiones del asunto (otra escuela y promotores Tebas) hasta afinarlo progresivamente en pequeños grupos de personas.

En este conglomerado de información aparecen ante mis ojos, tres posibles y amplios **tópicos** en los cuales se anuda el resto de los datos:

1. Salud y su concepción.

2. Forma de trabajar la salud en la escuela y su vínculo con el asesoramiento.

3. La escuela como organización e implicaciones para el Programa de Asesoramiento.

1. Concepción de la Salud

En el discurso se observa que la aproximación a la salud se hace a través del cuerpo, de lo físico y se recuerda la salud cuando aparece la enfermedad (ausencia o problemas de salud) **(•)** *"la gran mayoría de los alumnos están enfermos constantemente, sobre todo estados alérgicos, gripales, estomacales"*•[1]. En la escuela atender el cuerpo se refiere a saber "talla y peso" y algunas enfermedades sufridas: *"generalmente los servicios*

• Las frases entre "comillas" y en cursiva son fragmentos textuales de la entrevistas (verbatum)

•[1] Maestros

en la escuela y en la inscripción inicial, cuando se pregunta, son para saber talla y peso, y después no se hace nada con eso".[2].

La salud es un elemento importante para la vida: *"asumo que al principio de la charla no le dí la importancia que debía para invitar a los docentes"*, y es un entramado de elementos: *"yo me preguntaba qué podemos entender por salud... uno se encuentra con demasiados elementos"*, aunque se mencionan más factores físicos (alimentación, higiene personal, ambiente), todos admiten la existencia de lo psicológico y en menor medida lo social: *"es tener una visión, un camino" "yo me siento saludable porque me siento bien"*.

La relación mente - cuerpo se menciona sin mayores detalles: *"las emociones y el ánimo afectan al cuerpo"*, así como la necesidad de revisar la concepción de salud que se tiene y buscar otra visión de la misma. Es interesante el énfasis otorgado por los alumnos a la salud mental, mencionando la autoestima, la valoración, el trato ("*maltrato de profesores*") y cuidado personal en general.

Resalta en el sondeo escrito el lenguaje "escolarizado" que mayormente usan los maestros: *"es el conjunto de condiciones físicas, mentales, emocionales y sociales que contribuyen al funcionamiento normal de un individuo"*; que cambia en las conversaciones y entrevistas al acentuar la enfermedad como manera de entender la salud, y las condiciones ambientales ("insalubridad") y socioeconómicas como condicionantes de la misma.

En la escuela, la salud se torna importante para cumplir con lo académico "*un niño que no esté sano no puede rendir en ningún aspecto*" [1]; sin embargo, amerita de diagnósticos especializados, exámenes "médicos" y medicamentos, la salud se debe " implantar" desde afuera , siendo atendida

---

[2] Promotores
[1] Maestros

por los expertos y por la familia: *"es responsabilidad de cada padre".* Alrededor de esto hay cierta sentimiento de impotencia y de confusión, desinformación según la médico, porque *"no sabemos qué está pasando" (refiriéndose a los reposos frecuentes y a las enfermedades endémicas).*[3] y finalmente, es el especialista quien certifica el estado de salud: *"tú que propuestas nos traes?", "cuando puedes traernos esa respuesta para trabajar contigo".*[3]*"necesitamos hacer un sondeo".*

Los alumnos parecen apropiarse más de su cuerpo y su salud: "*es quererse, cuidarse, cómo nos vemos*" y asociar calidad de vida con la salud: *"yo no sé si uno goza de plena salud mental...porque vivo en la ciudad...ruido...olores...uno no está en un ambiente natural" "uno va al médico cuando se siente mal, antes no"* y luego de discutir el tema, hay indicadores de reflexión: *" he definido un nuevo concepto de salud, salud es todo aquello para el desarrollo".*

Se habla mucho de la salud del niño y se descuida la salud del adulto; luego de un buen rato de discusión, se trae el tema de la incidencia del estrés y la apatía en una atmósfera institucional poco productiva y desunida. Quizás la visión de hiperespecialización (la intuitiva suposición acerca de la complejidad de la salud), diversidad de disciplinas en la rama salud y necesidad de los "expertos y diagnósticos" ha desmembrado la salud restando importancia a la integración, holismo y a la validación de saberes ancestrales y comunitarios. Sólo el grupo de promotores.[2] asoma la noción de salud como una "*construcción cultural e histórica*", por tanto, la necesidad de "*espacios de encuentro social y el vínculo escuela comunidad*", con esto entramos en la segunda_macrocategoría.

.[3] Médico de la escuela
.[2] Promotores Educativos del Proyecto Tebas

2. *Forma de trabajar la salud en la escuela y su vínculo con el asesoramiento*

En la escuela, la fragmentación de la salud puede verse no sólo en la atención a la salud física o a la enfermedad, sino al concebir la salud como un área de conocimiento especializado y académica: *"con esta forma de trabajo (interactivo constructiva) se puede trabajar no sólo educación para la salud (asignatura)" "lo que conozco de salud lo conozco por la materia, lo veo como una materia más pero no le veo así la importancia"*.[4], a la vez la médico critica la pertinencia de lo estudiado en dicha asignatura *"los programas me parecen totalmente inoperantes... no aportan absolutamente nada valioso para que un muchacho lo practique"*. Paradójicamente son los alumnos los que mencionan de nuevo otra aproximación al asunto, la salud como un continuum, un proceso cualitativo y una construcción: *"¿puede haber un margen de salud o de lo saludable distinto para cada persona?" "yo digo que ahorita en estos tiempos hay demasiadas teorías"*.

En cuanto a la forma de trabajar a partir de lo antes presentado, siento ambivalencia, porque por un lado, se dice que hay urgencia de romper esquemas previos y "*sensibilizar al docente*".[3] *"orientar a los padres"* (información sexual, atención al niño), hacer trabajo preventivo, *"atención primaria"* pero también que una forma de abordar el tema es la divulgación e información a través de vías tradicionales: charlas, visitas guiadas, asesoramiento externo, referencias de casos a instituciones *"aprender nuevos conocimientos" "el programa de divulgación puede tocar diferentes temas: primeros auxilios, vacunas, normas de higiene bucal, prevención de accidentes.." "puede ser con talleres, material audiovisual, visitas a instituciones"*.[1]. Sólo la subdirectora asoma la concepción interactivo constructiva del aprendizaje "*trabajo constructivo en el aula*", la filosofía del

---

[4] Alumnos
[3] Médico

Proyecto Educación para la Dignidad *"Maripili trae a la institución una forma de trabajo"* y la reforma educativa con sus proyectos pedagógicos de aula.

El servicio de bienestar estudiantil se dedica básicamente a atender los casos problema o referidos, a pesar de entender su papel de asesor interno: *" las maestras tienen una desinformación total...identificar una emergencia real...yo he tratado de trabajarlo"*•[3], sin embargo no saben cómo integrar su equipo: *"lo que me falta es que me organicen, que me digan es por aquí"*, incorporar y motivar a otras personas dentro y fuera del servicio e iniciar un trabajo preventivo en salud bajo una visión constructiva *"Necesitamos alguien desde afuera que impulse esto" "es importante recibir asesoramiento ya que la salud...tiene muchos componentes...que ameritan aportes y nuevos enfoques"* •[3].

Los alumnos del ciclo diversificado creen en la prevención desde campañas educativas en los medios de comunicación, además de los chequeos médicos periódicos y en algunos casos, usar la medicina naturista y los saberes populares: *"estamos mal informados, hay que hacer campañas como el periódico mural"*.

Los docentes refieren como áreas susceptibles de intervención: alimentación, relaciones interpersonales, trato y afecto, ambiente físico, convivencia social en la escuela: "*crear un botíquín de primeros auxilios...hacer campañas sanitarias mensuales" "la falta de sensibilidad, el temor de agarrar a un muchacho y darle un abrazo" " el ambiente es muy importante" "necesidad de una comida balanceada",* y los promotores añaden las clases interactivas "*el trabajo en el aula con otra metodología"*. Observan la necesidad de sondear más a fondo las necesidades del trabajo en salud : "*necesitamos hacer un sondeo* ".

•[1] Maestros
•[3] Médico

3. *La escuela como Organización e implicaciones para el Programa de Asesoramiento*

Los participantes identificaron situaciones y factores organizacionales que condicionan el trabajo: a) la escuela en sí es poco saludable al descuidar las artes, deportes, música en su cotidianidad: *"qué pasa en las escuelas con la educación física, la cultura, no la hay o es vista como una actividad extracátedra"*.[2]; b) la escasez de recursos económicos y el deterioro en la calidad de vida del maestro: "*la escuela no está como para tener recursos más allá de lo que estamos haciendo"*.[5] *"hay una falla de la política educativa" "en general el maestro es un asalariado, sale corriendo para otro trabajo"*.[2]. Quizás algunos de estos elementos se relacionan con otros mencionados: la apatía del personal y escaso sentido de pertenencia "*por ejemplo no despiden a una maestra cuando se va del colegio" " ni siquiera asisten a la fiesta de Navidad"* .[5], poca receptividad o continuidad al sondeo de necesidades "*conseguí muros*", dependencia o altas expectativas respecto del trabajo de la promotora como impulsora, responsable del trabajo *"dime qué tengo que hacer y lo hago porque este proyecto es bonito"*.[3].

Hay poca motivación hacia el trabajo en salud, cuando se intentó tomar espacios de las clases para el sondeo se dijo que *" no pueden perder horas de clases y no tienen guiatura"*. Delegan la responsabilidad en otros: *"eso era compromiso de la doctora y no lo hizo"* .[5].

Ante esta compleja situación, el asesor se plantea y discute con los grupos, la idea de conformar un *equipo promotor del proyecto salud* en la

---

.[2] Promotores
. [5] Directivo
.[2] Promotores

.[3] Médico

escuela, el cual se delimita progresivamente y pretende que sus integrantes se apropien de su ejecución. Al inicio en las reuniones tomaban parte el servicio de bienestar estudiantil completo (psicóloga, médico, trabajadora social, alguna psicopedagoga), la subdirectora y alguna docente de 1era y 2da etapa, luego se restringió al servicio estudiantil, por distintos compromisos del resto de las personas.

Aquí pensamos entre otras cosas, atender la salud desde lo organizacional (baja cohesión interna y motivación personal): "*hay problemas con el personal, estamos desintegrados, no hay un trabajo común*".[6], intervención que califican como difícil por la resistencia percibida en un grupo de docentes, y en sectores del alumnado: "*además de los problemas endémicos, hay niños que traen todos los días el mismo almuerzo*".[3] "*los padres no atienden a los niños, están todo el día trabajando*" .[5], "*los niños presencian situaciones embarazosas en su casa, los padres cambian de pareja con frecuencia*" "*manejan información sexual distorsionada*" "*asisten sucios o huelen mal*".[6].

Esta primera etapa nos llevó a delimitar unos posibles campos de acción:

1. Con los alumnos.
2. Con el personal y los padres.

Propuestas de Trabajo

En las reuniones, surgieron unas primeras propuestas de trabajo en salud:

1. Sondeo de necesidades en las aulas desde 1ro hasta 5to año.
2. Reorientación de actividades de bachillerato los días viernes (días libres)

.[6] Psicóloga de la escuela
.[3] Médico
. [5] Directivo
.[6] Psicóloga

3. Periódico mural como espacio informativo, interactivo y motivador.
4. Charlas de alimentación a los padres.
5. Boletín informativo basado en las investigaciones de los alumnos en el aula.
6. Cine foro
7. Actividades recreativas y de encuentro para padres y el personal.
8. Comunicaciones escritas al personal, sobre lo conversado en las primeras reuniones.

A partir de las respuestas al sondeo efectuado en las aulas, en el periódico mural y en las reuniones del Equipo Salud (formado por la psicóloga, médico, subdirectora y la asesora), se definió como primera fase de "intervención":

- Trabajo grupal con 4to y 5to años (ciclo diversificado) dadas las características de los grupos (necesidad de ser asesorados), y a la posibilidad de convertirlos en promotores en salud, aprovechando la coyuntura de la "labor social" (actividad voluntaria con fines asistenciales) que para ellos tiene pautado el plan de estudios.
- Apoyo a maestros de 1a y 2da etapa en proyectos pedagógicos de aula relativos a salud.

Luego de iniciarse las reuniones de exploración con los dos grupos de alumnos, ellos acordaron trabajar juntos y desarrollar un proyecto de salud en la escuela. Lo delimitan como un espacio "*diferente a una clase*", aunque surgió la interrogante en un momento si era un grupo de trabajo o terapéutico *"¿esto es un grupo para contar nuestros problemas, quien los tenga, o para hacer un trabajo en el colegio, de salud?"*, un espacio-tiempo *"para pensar en mis cosas y en salud"* donde relajarse, distraerse y reunirse, con la posibilidad de participar en el diseño de la propuesta, ya que se quejan de la mínimas ocasiones donde pueden decidir, opinar en la escuela. Piden un ambiente informal y no hablar de salud como una clase.

En el 4to año se quejan de la inexistencia de un *lugar* donde reunirse y distraerse: "*no hay un lugar para estar juntos*" y piensan en un medio de comunicación para problemas y quejas tipo *buzón*. En el 5to, se plantean como posibles *temas* de trabajo: vocación y proyecto de vida, situación actual del grupo, estructura política estudiantil, salud y labor social.

En síntesis, la indagación nos ratifica la importancia del tema Salud como "área de intervención" en la escuela. Como se expuso al inicio de esta etapa exploratoria de las tres categorías emergentes, las referidas a la concepción de salud manejada y la forma de abordar el trabajo de salud en la escuela son las más susceptibles de ser atendidas por la asesora y coasesores, y se concreta trabajar estos tópicos con los alumnos del cuarto y quinto año, guiados por los objetivos del programa, porque a su vez estos alumnos pueden convertirse en agentes de cambio y motivarse ante este tipo de trabajo, además de necesitar relacionarse mejor como grupo, por lo que la adquisición de destrezas básicas de relación es importante para su desempeño como promotores y como personas.

Se decide por consenso, centrar el programa en estas categorías por su relevancia y posibilidad real de atención, ya que los aspectos organizacionales consideramos presentan mayor resistencia en la escuela y representa un trabajo a más largo plazo. Entonces, la próxima etapa de diseño del programa dentro de la fase de ejecución, se construye con los alumnos en base a esta exploración inicial y orientados por los objetivos.

Estos resultados de la exploración de necesidades se sintetizan gráficamente en el mapa de conceptos (fig.2) que se presenta a continuación:

Fig. 2 Fase de Ejecución: Exploración de Necesidades

Tópicos

Salud

- Importancia para la Vida
- Enfermedad-Cuerpo
- Confusa Relación Mente Cuerpo
- Lenguaje Escolarizado
- Responsable Rendimiento
- Familia y Estado
- Especialización

Asesoramiento

- Asignatura y programas
- Proceso Cualitativo
- Romper Esquemas/Prevención
- Formas Divulgación Tradicional
- Servicios Remediales
- Areas: Alimentación,Relaciones, Ambiente,Convivencia, Clases.

Escuela como Organización

- Descuida artes, deportes, vida cotidiana
- Escasez Recursos
- Apatía, Pertenencia
- Baja Cohesión
- Poca Motivación por tema Salud
- Equipo Promotor

Segunda Etapa: Diseño y Desarrollo del Programa

Comprendida desde principios de Febrero a finales de Mayo de 1.999, se ocupa del desarrollo de la experiencia de asesoramiento interactivo en términos del diseño de la propuesta y su ejecución con los alumnos de 4to y 5to años, acompañada por la psicóloga y la médico de la escuela.

Esta fase del trabajo pudiera definirse como la parte de "intervención" como tal, tomando con restricciones dicho término, debido a la orientación metodológica utilizada, ya que no plantea un proceso quirúrgico de diagnóstico-intervención, sino uno humano múltiple. Se realizó una exploración inicial para delimitar el área a ser atendida por y para el grupo, mientras se diseñaba, programaba y desarrollaba la propuesta consensual de trabajo, partiendo del concepto de Interacción Constructiva, por parte del grupo y de la asesora-investigadora. El proceso se concreta en sesiones semanales (días jueves en horario preestablecido: Cuarto año 7:30 a 9:00 a.m. y Quinto año 9:00 a 10:30 a.m.).

En esta etapa de la intervención se plantean unos *objetivos generales* con la finalidad de diseñar, planificar y hacer seguimiento de las actividades a desarrollar por los dos grupos para la promoción de la salud escolar:

•Explorar las temáticas de interés para los alumnos en referencia a la salud y la concepción que de la misma poseen.

•Definir el área a ser trabajada con ellos.

•Diseñar conjuntamente un miniprograma para atender el aspecto de salud elegida.

•Establecer las acciones pertinentes para cumplir su cometido.

•Realizar el seguimiento de las acciones y contrastarlo con el propósito trazado en el grupo.

En el apartado de la descripción del trabajo desarrollado y su relación con la salud, se especifican los objetivos y actividades particulares a cada uno de los grupos.

A continuación se pretende realizar una descripción del proceso, junto con algunas interpretaciones. Igualmente en esta ocasión emergen tres grandes tópicos o áreas alrededor de las cuales se pueden agrupar las incidencias:

1. **Descripción del trabajo desarrollado y su relación con el tema Salud**
2. **Proceso Grupal Vivido**
3. **Asesoramiento, su orientación y papel del asesor e investigador.**

1. *Descripción del trabajo desarrollado y su relación con el tema Salud con Alumnos del Cuarto Año*

Con ambos grupos, se avanza durante las primeras conversaciones hacia la delimitación del área de interés que quisieran trabajar. En particular con el ***Cuarto año,*** surgen unas primeras propuestas como son:

1. Promover un "Buzón Consejero", donde los alumnos puedan (anónima o secretamente) expresar problemas personales y un consejero del servicio estudiantil le responda, ya sea por vía escrita o por carteleras informativas donde otros también se nutran.
2. Diseñar un medio divulgativo tipo folleto, cartelera o periódico escolar. Insisten en el carácter constructivo del mismo, no como medio de chismes o burlas porque sucedió con una experiencia previa al no tener un comité asesor "*los de 5to año hicieron algo así…eran puros chismes*".
3. Acondicionar un espacio para reunirse, dentro de la escuela.

Esta última opción va tomando fuerza en la discusión, mas aún cuando expresan las razones de ello: "*no podemos estar en los pasillos, los profesores se molestan*" "*hay tantas cosas que nos han prohibido que uno se siente como atrapado, no nos dejan escuchar música, no nos dejan hacer nada, ni salir al quiosco*" "*ya ni podemos ir a los módulos a tocar el instrumento*". Esto genera estrés: " *vivimos como estresados*" " *no tenemos tiempo libre para nosotros*". La psicóloga añade que hay un legislación que apoya la recreación y esparcimiento.

De aquí se desencadenan una serie de quejas: estado de los baños: "*no es lo sucio sino lo deteriorado, no hay espejo , no hay papel, no hay nada, en cambio el de los profesores sí*", restricción en la utilización de materiales: hojas, fotocopiado, ausencia de una cantina escolar "*no nos dejan ir al quiosco a comer*" "*si hay agua, no hay vasos*", imposición del uniforme y otras decisiones: "*si es como lo del uniforme que nos pusimos de acuerdo con los padres en usar chemise y después decidieron otra cosa*" " *a nosotros no nos preguntan y ellos deciden*"[1].

Se hace patente la búsqueda de un espacio físico para reunirse, descansar, recrearse, y se discuten las alternativas: "*la pérgola* " "*hay un espacio allí con techo, yo pienso que poniendo unas sillitas*" (en el patio trasero, un pequeño espacio techado y delimitado por una jardinera que sirve para acumular escombros) o un salón de teatro. Al determinar como más viable e interesante la pérgola como espacio, se comienzan a evaluar las alternativas de acción: recursos materiales existentes en la escuela y necesitados para acondicionar el espacio, estrategias de trabajo: "*no tenemos sillas, de dónde vamos a sacar las sillas?, la idea es comprar de esas sillas plásticas, baratas y quien hace la gestión? Y el equipo de sonido?*"

---

[1] Alumnos

" todo el cuarto año puede dar dinero y mi mamá lo compra" "Y qué vamos a hacer con los niños de primaria?"[2].

Los tópicos descritos hasta ahora se relacionan con la salud integral, sin embargo, está implícito en el trabajo: esparcimiento y encuentro, posibilidad de iniciar un proceso de participación grupal, de autogestión, discusión, negociación y construcción, en fin de activación de los recursos personales: "*yo no tengo la verdad, yo tengo una visión del asunto, para mí parte de la salud no es sólo llegar al concepto, sino hacer lo que estamos haciendo, participar, expresarse desde lo que cada quien es...*"[3].

Se delimitan como *objetivos específicos* para el programa con el Cuarto Año:

- Acondicionar el espacio de "La Pérgola" como lugar de reunión y esparcimiento para los alumnos de Bachillerato.
- Promover relaciones interpersonales saludables entre los alumnos del Cuarto Año.
- Contribuir con el desarrollo de la salud del alumnado al rescatar este espacio físico, y promover el disfrute, la recreación y el encuentro humano.

Se establecieron las *actividades generales* que a continuación se muestran, como un plan de trabajo para cubrir los objetivos anteriores:

1. Realizar una conversación abierta con el grupo, acompañados por las coasesoras, sobre el tema de la salud: su concepción, principales problemas detectados y sentidos.
2. Jerarquizar áreas a atender y decidir la temática prioritaria para el grupo.
3. Diseñar, con una orientación interactivo-constructiva, el proyecto de trabajo sobre el acondicionamiento de "La Pérgola". Se decidieron los

---

[2] Alumnos

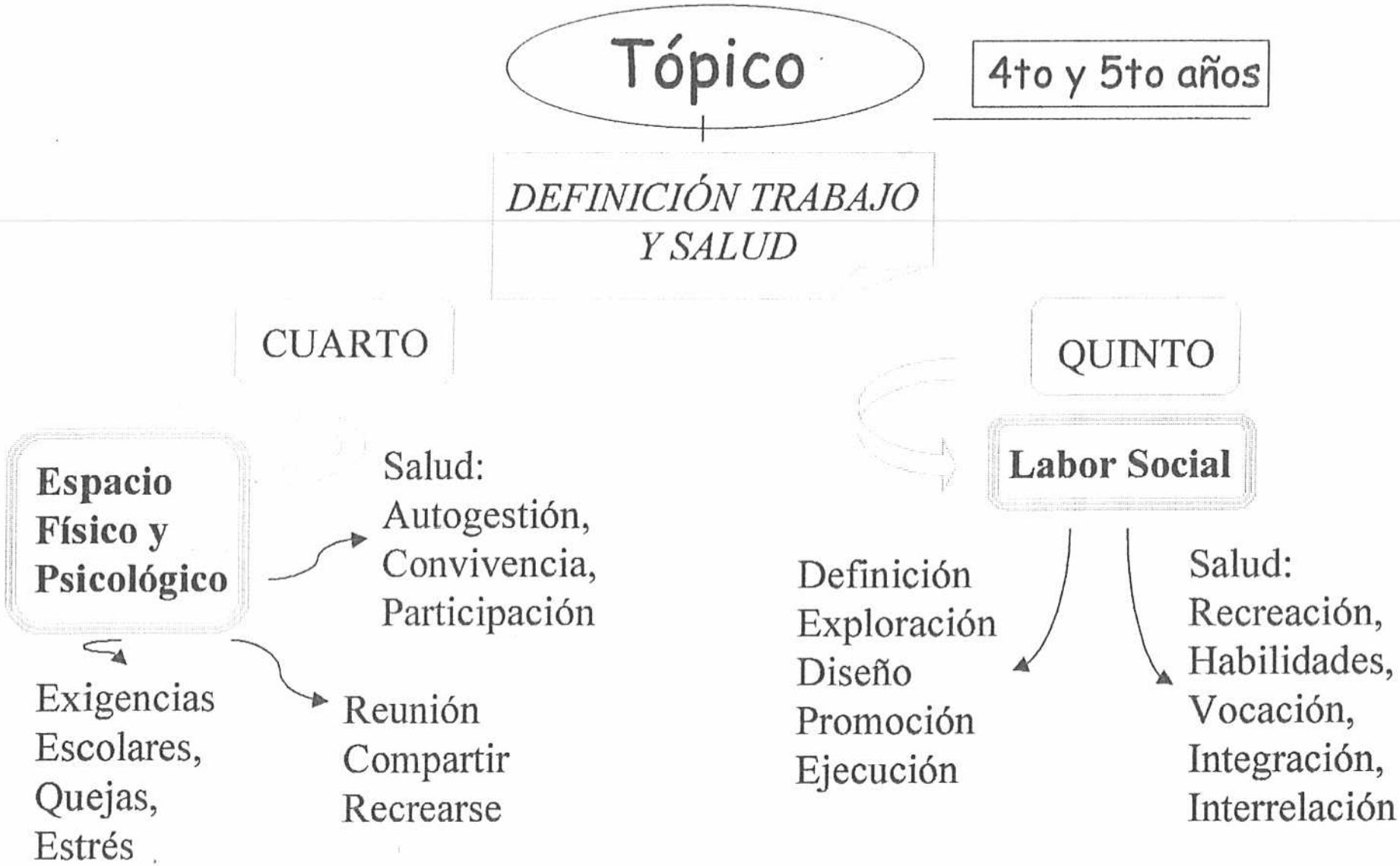
[3] Asesora-Investigadora del Programa

puntos a desarrollar en la propuesta formal, y se reagruparon para escribir el miniproyecto, que luego fue discutido en el colectivo.

4. Presentación del miniproyecto de acondicionamiento por parte de los alumnos a directivos, junta de padres y alumnos de bachillerato.
5. Determinación de los recursos materiales necesarios y de las acciones concretas.
6. Inventario de los recursos materiales existentes y de posibles donaciones.
7. Distribución de tareas propias del acondicionamiento del lugar.
8. Discusión grupal sobre el uso del lugar: funcionamiento, horario y normativas.
9. Seguimiento de las actividades en las sesiones

La figura 3 muestra de forma sintética los elementos resaltantes en la exploración inicial realizada con cada grupo, tomados en cuenta en el diseño del plan particular en los grupos de cuarto y quinto año.

Fig.3 Fase de Ejecución: Desarrollo del Programa



2. Proceso Grupal con Alumnos del Cuarto Año

Resaltan algunos elementos en la dinámica vivida: necesidad de expresarse, ser escuchados y valorados pero cierto temor de ponerse en evidencia ante los adultos; durante las quejas, se nota una mayor movilización de energía, quizás reflejo de un descontento reprimido y de la escasa posibilidad de opinar: "*me pude descargar, pude hablar con ud. y decirle todo lo que sentía y me sentía como más liviana*"[4], que se acompaña de desesperanza, frustración por promesas no cumplidas:"*y nos van a decir que no hay presupuesto" "están como el país*". Se configura un ambiente de apatía pues se sienten limitados por los adultos y quizás hasta irrespetados: *"ellos deciden sin preguntar" " el primer día nos preguntaron que queríamos y nunca se hizo nada"*, y desmerecen cualquier intento de atención hacia ellos, un fracaso anticipado por la sensación de que su esfuerzo no es tomado en cuenta: "*seguro que el año que viene cambian todo lo que hicimos, así fue con el mural de 5to año" " no se les ve intención de cambiar*"[5].

Esto se refuerza con la dificultad que tienen para actuar, concretar y el hábito de esperar soluciones externas a sus problemas: "confirmando con ellos los acuerdos de la sesión anterior se quedaron callados, algunas sonrisas evasivas, asumieron que no lo hicieron por exceso de actividades académicas"[6]. El grupo, reitera ideas y acuerdos logrados con la ayuda del asesor pero no los pone en práctica, necesita de un impulso continuo, aunque se busca sean protagonistas de sus decisiones y acciones luego de argumentar lo que desean hacer: "*bueno no podemos esperar todo desde afuera...si queremos generar cosas vamos a ver que podemos hacer nosotros" "les muestran sus quejas pero no ven mucho ímpetu de su parte,*

---

[4] Alumna
[5] Alumnos
[6] Notas de la Asesora del Programa

por eso tenemos que fundamentar que querían hacer" [7]. Hasta aquí fue un gran momento de catarsis que requiere trabajar la responsabilidad, autoevaluación y motivación, unido al reconocimiento de los propios recursos (Dignidad).

A la vez que hay dependencia para la solución de problemas y funcionamiento por presión externa, también surge un reto pasivo a la autoridad, un golpeado sentido de pertenencia y egocentrismo propio de la adolescencia, unido al imperativo de generar su identidad como individuo y como grupo. Los posibles beneficios secundarios de esto son no actuar y responsabilizar a otros: *"será hablar con la dirección pero nos va a decir que no hay presupuesto" "* (tocan la puerta y un alumno trae un ventilador y les explica que es para ese salón), *...al fin! (varios festejan), lo traen y ahora no enfría... no! ese es el escritorio (ríen) ... esos son los famosos que pagamos el año pasado? No puede ser!...(se quejan) ...llegan todas las cosas tarde..."*[8].

De nuevo, mi papel como asesora e investigadora es facilitar unas condiciones mínimas en el grupo que permitieran estructurar, promocionar y poner en práctica su "Proyecto de Acondicionamiento de La Pérgola", bajo un modelo educativo constructivista, participativo y autogestionario: "*vamos a hacer como dice la Dra. a hacer un ejercicio de imaginación, cómo veríamos ese espacio, lo más básico que dijeron necesitar, la mesa, una sola mesa...(*bajamos al lugar para trabajar desde allí) *...vamos a imaginarnos el espacio"*[9]. En varias oportunidades hubo que confrontar el compromiso personal y grupal con ese proyecto de la pérgola, debido a postergaciones, dificultad para lograr acuerdos internos y continuidad en las acciones.

---

[7] Asesora-Investigadora del Programa
[8] Alumnos
[9] Asesora

Tal ambiente de poca motivación, nos llevó a mí a y a las co-asesoras a confrontar fuertemente al grupo con respecto a la vigencia del proyecto, hasta decidir el cese del mismo: "*entonces cómo vamos a hacer con esto porque desde hace dos semanas quedamos en hacerlo*". Sin embargo, el grupo pidió continuar con las sesiones y prefirió limitarse a hacer ejercicios de grupo alrededor de procesos como comunicación, integración grupal y autoevaluación: "*estamos esperando que nos hagan las cosas, y como teníamos que hacerlo nosotros, no estamos acostumbrados, da flojera, si estuvieran las cosas allí chévere*".

A partir del 15/4/99 continuamos las sesiones semanales con el fin de hacer dinámicas de grupo en pro de la convivencia entre sus miembros, aunque desde el mes de Febrero en ambos grupos se introdujeron ejercicios en momentos que se consideraron convenientes (ver Anexo B).

La introducción de los ejercicios de grupo ocurre, debido no sólo a unos "casos" o características individuales, sino por la dificultad del grupo para comunicar sus molestias y manejar las normativas, entre otras. Además, ayudarlos a tomar conciencia de la relación entre sus mapas mentales, actitudes y conducta. También, se propició la cooperación, integración y trabajo en equipo por medio de las sesiones y de algunas actividades, así como el sentido de pertenencia y la noción de colectivo al invitar a participar a otras personas en el proyecto.

Iniciadas tales dinámicas, se observaba una necesidad de catarsis con dificultad para expresar las molestias referidas al colegio (ejercicio de imaginación: "*cómo te ibas sintiendo a medida que empezaste a hablar a decir cosas*[10]*,...mejor*[11]*, había algo que te decía que te estabas sintiendo mejor, cómo estabas en el ejercicio?...más relajado...*"), así como rebeldía pasiva ante un alto nivel de exigencias académicas, promesas incumplidas

---

[10] Asesora
[11] Alumna

sobre mejoras institucionales y maltrato de algunos profesores. Esto se acompaña de frustración y desesperanza por los posibles frutos de su propio proyecto: "*algunos alumnos temen que les quiten el proyecto el año entrante, porque el director dijo que tenía una idea para ese lugar, además hay cierta desesperanza, porque nada se cumple o lo postergan en el colegio*"[12].

También hay una baja tolerancia a la expresión emocional del "otro", vista quizás como debilidad o vulnerabilidad: "*no estabas haciendo el ejercicio*[13]*.no*[14]*..., y eso, porque había alguna interferencia?, si, de donde?,* mía, *ah¡ tuya muy personal...(algunos hacen gestos como de fastidio ante la intervención de la chica)".* En ocasiones utilizo el reflejo de sus posturas corporales para evidenciar actitudes frecuentes, lo que es reforzado por la médico, en una confrontación: " *la semana pasada yo me impacté al verlos echados en el piso contra la pared, tenemos la posibilidad de conversar muchas cosas, entonces nos encontramos con palos que solamente respiran, y es un tiempo muy valioso para mí y me da rabia que se pierda, o cambiamos de proyecto o cambiamos de actitud, y nos respetamos*". La actitud conformista de los chicos me produce impotencia y quizás "actúo" (acting out) su pasividad continuamente haciendo propuestas, ejercicios y llevando la batuta, esto también me hace pensar en las reacciones directivas frecuentes del adulto ante el adolescente.

En un ejercicio sobre deseos y expectativas, se evidencian dos subgrupos: los que necesitan que el grupo se compacte y se acepte para obtener apoyo social y emocional, y los que no les interesa por considerarlo natural, o porque no sienten simpatía por el resto. Luego, en otro ejercicio para determinar el espacio personal y grupal, se notó una gran dispersión y poco apego con los integrantes, marcando límites claros y poca tolerancia, desconfianza y conformidad. Tanto en estos como en otros ejercicios, se les

---

[12] Psicóloga
[13] Asesora

dificulta trasladar lo vivenciado a su dinámica grupal, lo que puede significar escasa autoevaluación.

La intención de compartir sentimientos y de modelar conductas, también se mostró cuando se le participa al grupo que debe informar a las autoridades y profesores involucrados en el proyecto, su decisión de interrumpir el mismo: "*yo les quería hacer llegar esta información que la hablé con la psicóloga, yo creo que como se hizo todo un trabajo previo para el acondicionamiento del lugar y entre las cosas que se hicieron fue presentarle el proyecto a los directivos yo creo que es responsable de su parte también asumir que no van a continuar con eso y explicárselo de alguna manera*" [15]. La programación es entonces flexible y se retroalimenta de la experiencia misma.

3.Asesoramiento, su orientación y papel del asesor e investigador en el Cuarto Año.

Al principio el rol de investigador tuvo más peso, luego se equilibró con el de asesora; la preocupación por tener los registros audiograbados, tomar notas y revisarlas para atender al proceso tal cual se iba desarrollando, fue exigente, pues al mismo tiempo me mantenía pendiente de partir de las necesidades reales y sentidas y de la concepción de salud manejada por las personas involucradas: "*...no sé, no les puedo decir una definición de salud, yo no tengo la verdad, yo tengo una visión del asunto...y la idea es intercambiar opiniones con uds...*"[16]. También debía facilitar el clima y las condiciones mínimas para reflexionar, estructurar y organizar el proyecto elegido por cada grupo: "*es una cultura que tenemos que ir haciendo, para que nos dejen ... para poder opinar tenemos que hacerlo seriamente,... que esté fundamentado, pensado*", "*si empezamos a trabajar*

---

[14] Alumna
[15] Asesora

eso del espacio si es la primera necesidad, les parece si hacemos esa propuesta de trabajo aquí, cada uno de uds. trae por escrito, qué, quiénes lo usarían, para qué..»[17]

Al principio el grupo es un espacio donde pueden hablar y opinar libremente a partir de un tema común: la salud, entonces la capacidad para escuchar, reflejar y sintetizar la información, y a medida que transcurría el tiempo, para dar forma concreta y factible al proyecto, fueron parte de las tareas básicas de mi rol como asesora, mientras los co-asesores (psicóloga y médico de la escuela) acompañan dicho proceso.

Ante algunas situaciones de grupo, unida a la dificultad para concretar e iniciar las acciones, el tono reflexivo, por momentos tuvo que ser confrontativo para motorizar al grupo, centrar esfuerzos y crear compromisos: " *es interesante lo que dices, que tal si yo les digo que están como el resto de los ciudadanos del país, esperando y quejándose*" "(me piden seguir la sesión al llegar la hora de inglés), *primero no podemos porque tenemos un compromiso con el 5to año, y segundo, a mí particularmente no me gusta que uds. se motivan en este momento y en otro no"*[18], también para avanzar hacia la autogestión, retroalimentar el trabajo y modelar: *"ciertamente estamos retrocediendo a algo que ya habíamos hablado", "si queremos empezar a generar cosas vamos a ver qué podemos hacer nosotros, desde nosotros mismos, no esperando que todo nos lo den..., y entonces cómo seguimos acondicionando?"* [19]. Lo importante ante todo era "construir" en conjunto la propuesta de trabajo en pro de la salud.

Continuamente había que verificar las expectativas, compromisos y definir submetas y tareas, además de crear canales fluídos de comunicación en un ambiente de confianza donde se expresaran las emociones sobre

---

[16] Asesora
[17] Asesora
[18] Asesora
[19] Asesora

todo, la rabia, y luego afianzar la autocrítica: "*cada grupo la semana que viene nos va a traer una información de lo que hizo, yo no sé uds. pero a pesar de todo, a mí me agradó lo que se dió hoy*" "*después del ejercicio, viendo que es un compromiso personal, hacemos una ronda respondiendo si tengo o si quiero hacer este proyecto*"[20].

1. *Descripción del trabajo desarrollado y su relación con el tema Salud con Alumnos del Quinto Año*

Las primeras sesiones ayudaron a definir los tópicos iniciales de interés para la labor social (tarea elegida por el grupo), decidiendo abordar individualmente entre las siguientes actividades: trabajar con los "niños desadaptados" de la escuela con el apoyo de la psicóloga, realizar una campaña ambientalista, acondicionar el salón de teatro como sala de usos múltiples, estructurar una organización política estudiantil, trabajar en un ancianato u orfanato, dictar un taller de serigrafía ó de pintura, apoyar las clases de música y realizar conciertos, charlas o clases de dibujo técnico a los alumnos. Estos primeros temas se revisaron varias veces: su finalidad, impacto en la escuela, las motivaciones y habilidades personales para ello, hasta fundamentar lo mejor posible su elección y centrarse en un miniproyecto de labor social donde finalmente cada alumno (en algún caso por parejas) trabajaría con:

1. Acondicionamiento del salón de teatro como salón de usos múltiples (2 alumnos)
2. Campaña ambientalista y ecológica con los niños de 3er grado (2 alumnas)
3. Cuenta-cuentos, material pedagógico y didáctico para el aula de 2do grado. (2 alumnas)

---

[20] Asesora

4. Títeres y teatrillo o pintura y actividades recreativas con niños de 1ero. (2 alumnas)
5. Taller de Serigrafía con alumnos del 6to grado (1 alumno)
6. Apoyo a las clases de música (1 alumno)
7. Categorizar, ordenar y fichar los libros de la biblioteca (1 alumno).

Tres alumnos cambiaron de tarea varias veces hasta definirse, quizás alguna de las razones de ello, sea inasistencias constantes, evasión del compromiso y desorientación personal: "*¿pudiste hacer la entrevista?*[21], *no tuve tiempo tengo muchas cosas que hacer, hasta no sabía si podía hacer la labor social, esperar después de presentar el examen en la universidad* [22] (lo dice como imponente, luego se le llenan de lágrimas los ojos),...*yo creo que tienes que chequear lo que te dice la Psicóloga, que haces con tu tiempo y porque te sientes así, y a lo mejor tienes que revisar si esa es la labor social que quieres hacer, a lo mejor la tienes que redefinir y hacer otra, pero no puedes dejarla porque es parte de tu labor aquí, aunque no te guste la idea*" [23].

Al conversar con los alumnos sobre la relación entre la labor social elegida y la salud, y su posible impacto en la escuela, se mencionaron asuntos como recreación, esparcimiento para los alumnos de básica, identificación de habilidades y vocaciones propias, mejoramiento de relaciones grupales. A todo esto añado que a través de la labor social se contribuyó a integrar dos sectores de la escuela (básica y diversificado), a propiciar el encuentro y las relaciones interpersonales, a estimular procesos de identificación-diferenciación entre grandes y pequeños, y a transferir situaciones vividas en los grupos a su grupo y a su forma de relacionarse, entre otras cosas.

---

[21] Asesora
[22] Alumno
[23] Asesora

Luego de decidir la labor social a cumplir, se pasó a discutir la importancia de explorar las necesidades entre los beneficiarios de la "intervención" (maestros, niños) a través de encuestas, entrevistas, conversaciones y de promocionar la actividad: "*sí hablar con el director, hacer el sondeo,... esa parte es importante, cómo hacer ese sondeo de necesidades, les sirve a todos, en el caso de uds. piensan que primero hablar con el director, ...después pasar por los salones para ver quien puede traer algo, quien quiera colaborar, preguntar si está de acuerdo con arreglar el salón de teatro, cómo lo haría y si quiere colaborar,... yo creo que esas preguntas están bastante bien, van bien, entrevistarse con el director, también con la subdirectora de Básica y III etapa para presentarle la idea y pedir el permiso para pasar por las aulas, con esas preguntas para el sondeo*"[24]. Así progresivamente nos adentramos en la planificación o diseño de las actividades concretas para darle estructura a la idea particular: "*entonces uds. tienen que hablar más concretamente con la maestra, miren tenemos esta idea, pensar en qué tiempo y en qué momento, en qué horario que les convengan a las dos y los niños también puedan, así como lo hicieron ellas, eso lo tienen que hacer esta semana y traer, eso también lo tienen que hacer uds. el programita*"[25].

2. Proceso Grupal con el Quinto Año

A la par del diseño de actividades, se vivenciaron situaciones dentro del grupo que ameritaron revisión, establecimiento de normas de funcionamiento, en medio de un clima tenso y hasta agresivo en ocasiones: "*escuchamos a J.* [26] *(* R, G y A. cantan una canción*), a tí nadie te quiere, a él nadie lo quiere, porque es cursi,* (se ríen), *... pobrecito. déjenlo en paz, está*

---

[24] Asesora
[25] Asesora
[26] Asesora

dolido![27], (silencio de nuestra parte para vetar la burla a J.)" "*yo había pensado 3ero o 6to, pero como P. me había dicho para trabajar con ella lo dejé y como a ella no le gustaba lo ambientalista está bien*[28], *necesariamente tienes que trabajar con P.?* [29]. *... no, ahora lo hago con G.* [30]., *y tú proyecto?, ya va siento que nos estamos peloteando y no me gusta eso, yo no voy a perder mi tiempo definiendo mil veces que quieren hacer en la labor social, no quiero esto, aquello, no voy a hacerlo con ella, y no empezamos, no está el esquema"* [31].

¿Cómo percibí el proceso vivido en estas primeras de cambio? Se alternaban momentos de cumplimiento de las tareas con la preocupación por el aspecto formal y académico de la labor social: "*qué pasa sí uno no hace la labor social en 5to año, no se gradúa?*" " *no sé como se van a contabilizar las horas que estamos aquí"*[32], y el interés por la actividad como tal: "*a mí me gusta lo que estoy haciendo*". En ocasiones se mostraban renuentes al seguimiento de la labor, con actitudes de reto y crítica a la reunión y a la autoridad (representada en este caso por mí) reflejado en su postura corporal (acostados en el suelo), en la evasión: "*puedo colgar este cuadro?*", retrasos en la hora de llegada, en expresiones directas: "*necesariamente tengo que estar aquí, yo no puedo estar en un salón, me siento encerrado, en otra clase no me queda otro remedio*" " *yo no quiero una clase*".

Esto se complicaba con un conflicto interno en el grupo casi permanente, con agresiones verbales hacia unos miembros, en particular dos: "(al referirse a las charlas que quiere dar el muchacho otro le dice): "*de que vas a hablar de la manzanita, la abejita y...(ríen)*" "*a mi no importa que den*

---

[27] Alumnos
[28] Alumno
[29] Asesora
[30] Asesora
[31] Asesora
[32] Alumnos

ideas, yo lo que no soporto es que digan una brutalidad tan grande, que se calle cuando no sepa, aprende y después habla". Acompañado de conformidad ante este hecho: "*siempre somos así!" "ya nos acostumbramos" "esto es una gallera!" "hay mucho individualismo"*[33].

Además, un alumno que generalmente liderizaba las situaciones, con inteligencia y fuerza en su discurso, propiciaba la dispersión e interrumpía cualquier intento de autoevaluación o de acercamiento emocional entre ellos: "*gordo me caes bien te admiro, eres todo un actor...(ríen)" " tranquilo que no te van a pagar por eso" " gordo ya sabes me metes en la embajada cuti" "¡si tienes un salón de teatro, tienes unas clases de serigrafía gratis, por el módico precio de.. llame al taller de música y viaje a un ancianato!),* hay que reconocer que esta actitud también puede provenir de un muchacho despierto, con otros intereses y creativo, quien no se identifica con el trabajo.

Igualmente, una estrecha relación entre la médico y unos alumnos, que a su vez eran los líderes, retadores y hasta saboteadores del trabajo, sin darse cuenta apoyaba su actitud y podía desviar y desestimar el trabajo de la psicóloga y el mío: "*qué significa la palabra política...vamos a buscarlo en el diccionario* (salió a buscarlo)*"*[34], a diferencia de la psicóloga que siempre estaba muy atenta y a tono de lo que sucedía.

A partir de la experiencia con el grupo, se puede decir que es bastante heterogéneo en cuanto a capacidad intelectual, nivel socioeconómico y manejo emocional, idea compartida con algunos profesores y asesores, y se hace más evidente por una baja tolerancia y poca aceptación de las diferencias individuales: "*somos diferentes, unas son muy estiradotas, unos son demasiados...(*alguien le replica Y.*), eso es problema tuyo, cállate!, claro, demasiado engreídos, odiosos, yo me incluyo*

---

[33] Alumnos
[34] Médico

porque no soy monedita de oro, aquí no hay simpatía, no hay..., hay demasiada desunión, individualidad", "no tanto por eso, nadie piensa igual no hay química, siempre la pagan dos personas K. y J."[35]. A pesar de una débil cohesión y autocrítica, parecen lograr empatía en situaciones donde la comunicación fluye: "*además no todo es negativo, todos somos iguales, nadie se puede escuchar,... yo he tratado, y me he quedado calladito, pero ayer pasó, por ejemplo, llega K. en la tarde y me dice quítate del medio estúpido... y eso me hirvió la sangre".*

El objetivo de estas sesiones era explorar las necesidades reales de los grupos que recibirían el beneficio de la labor social, proyectar su posible impacto y en base a esto diseñar la labor social de cada quien, además de reafirmar los propios intereses, saberes y habilidades.

Luego las reuniones consistieron en afinar el esquema de la labor social, es decir, el diseño, planificación, cronograma y seguimiento de las actividades realizadas cada semana, para así apoyar a los jóvenes en su desarrollo: ("y el trabajo ha sido en torno a eso, definir la labor, cómo hacerlo, el programa de intervención, cuál es el aporte y hacer el seguimiento a través de la reunión, y ellos deberían haber traído más formalmente el esquema de la labor social, por escrito, para comenzar a hacerlo en una o dos semanas")[36]. En algunos casos, se hizo necesaria su redefinición y reajustes por diferentes factores personales como la irresponsabilidad, desorganización, inasistencias frecuentes: *"nosotras... sólo hicimos ayer, el martes no pude venir y el lunes tampoco..., ayer leímos un cuento.."* [37], sin embargo, se puede decir que la labor en sí misma permitió asumir algunas responsabilidades, validar expectativas y vocaciones personales y poner a prueba las habilidades y saberes de cada uno: "*yo entiendo que habías pensado en lo del béisbol, que también es interesante, pero si vemos que esto de la labor social es*

---

[35] Alumnos
[36] Notas de la Asesora
[37] Alumnos

contribuir en algo con la escuela, a mí me parece que puede ir más con tu estilo, el trabajo de la biblioteca[38]", además, esta experiencia generó situaciones de intercambio social e integración institucional .

Considero que, en algunas ocasiones y algunas personas, tienen la capacidad de transferir las experiencias vividas en las sesiones a su cotidianidad y profundizar en su contacto emocional, además de disfrutar las oportunidades donde ocurre la aproximación entre ellos: "(en este ejercicio) *todos compartimos ... un pensamiento común que era el espacio..., Mucha creatividad para dar!..., Nos conectamos todos en ese momento..., Ay que Heavy..., Nos enchufamos..., también nos predisponemos, pero luego cuando intentamos como que va fluyendo ¿no?*"[39].

Ahora, para que pudiera fluir el trabajo con el 5to Año y por una historia previa de conflictos internos en el grupo, se decidió, en conjunto con las co-asesoras y el grupo, introducir algunas actividades o ejercicios grupales para trabajar aspectos como la cooperación, cohesión, comunicación, toma de decisiones y negociación, alianzas y metas que permitieran un clima más armonioso y un funcionamiento acorde con la tarea que nos trazamos: "*hubiera sido bueno, hacer este ejercicio cuando llegamos aquí a ver que hubiera pasado*" [40]. Sin embargo, a pesar de la disposición mostrada por las co-asesoras de la escuela, su asistencia se interrumpió en ocasiones por otros compromisos laborales, inasistencias y quizás, evasión por parte de la médico.

En dichos ejercicios, se percibió la posibilidad de la empatía con otros compañeros y la necesidad de un "reencuentro": "*M. expone que con A. fue fácil, no se golpearon, confió en él, de hecho fue llamativo porque ellos no se tratan mucho, pero fueron delicados y parece que disfrutaron el*

---

[38] Asesora
[39] Alumnos
[40] Alumnos

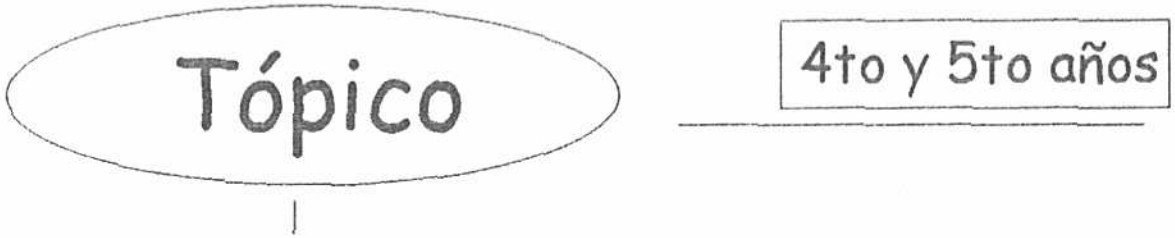
cumpliendo con su trabajo"[51], improvisaban o justificaban horas con actividades poco elaboradas.

La figura 4 representa el proceso grupal y sus principales características dentro de la fase de ejecución del programa.

---

[50] Alumnos
[51] Director

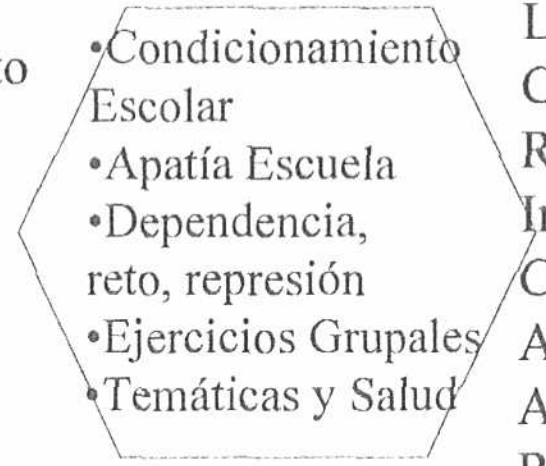
Fig.4 Fase de Ejecución: Desarrollo del Programa



PROCESO GRUPAL

CUARTO

Expresión Catártica
Movilización vs.estancamiento
Apatía y Frustración
Postergación
Autolimitación
Dependencia
Reto Pasivo a la Autoridad
Baja tolerancia hacia el otro



QUINTO

Lo formal vs. compromiso
Cumplimiento vs. postergación
Reto a la autoridad, normas
Inasistencias
Capacidad empática
Antecedentes Grupales:
Agresión, Líderes negativos,
Relación Médico.

3.Asesoramiento, su orientación y papel del asesor e investigador en el Quinto Año.

Mi **rol** como asesora se centró, en principio, en facilitar la reflexión para seleccionar y definir el miniproyecto de cada quien: *"pensar para qué yo quiero hacer eso, para que es importante, que quiero yo lograr con eso, en que va a ayudar...que no puedes anotarte en las cosas sin saber para que lo estás haciendo"*, para luego enfocar, organizar, estructurar y darle seguimiento a lo que iba emergiendo: "*cada uno de nosotros tenía una idea de la labor social que hablamos la vez pasada pero la intención es ver si hay esa necesidad en la gente", "tú también tienes que hablar qué piensas A. porque como que la idea salió más de G., entonces comenzamos por las otras personas y luego tú nos comentas por qué quieres trabajar allí"*[52].

También otro interés mío era vincular su labor social con un propósito general: la salud; y orientar la tarea a partir de ello. "*pasamos a revisar por parejas el esquema para fundamentar su labor social, la psicóloga y yo les damos ideas*, (la doctora caminaba dando vueltas por el salón como fastidiada, luego cada quien leyó el proyecto de labor social a efectuar, según el esquema que previamente habíamos discutido y acordado, responder a las siguientes preguntas: para qué, qué haremos, a quienes beneficiamos, recursos necesarios: con qué y quiénes, sondeo de necesidades, contenido, evaluación de resultados, duración") [53].

Puedo decir que mi papel se concentraba en la reflexión, estructuración y confrontación (mediación) para que el grupo avanzara en su labor, y dar retroalimentación y reflejo de contenido, de sentimientos, sobre todo en las situaciones más conflictivas: "*qué está pasando aquí en este momento?...y cómo te sientes tú?..." "qué podemos hacer, porque a mí esto no me permite trabajar y no sólo eso si no que a mí me incomoda"*.

---

[52] Asesora
[53] Asesora

Las situaciones de agresión y los retos de algunos alumnos, me generaron rabia y deseo de poner límites inmediatos, pero a la vez reconocimiento de su ímpetu, y conciencia de una particular forma de interacción entre ellos, que debía ser atendida para avanzar en el trabajo previsto, por eso decido y comparto la idea con las co-asesoras, de introducir algunos ejercicios que propicien unas mínimas condiciones para un funcionamiento adecuado, decisión compartida con los alumnos .

Además, de desempeñar el mismo papel que en el 4to año, promovía actitudes afectivas, de apoyo, escucha y estimulación, y por otro lado, la definición de límites y normas claras para el trabajo, que permitieran la evaluación del impacto social de su labor y el desarrollo de una mayor autocrítica y compromiso: "*yo siento que te sumas fácilmente a la actividad con otros pero siento que no has pensado nada*"[54].

En ocasiones, se convertía en una asesoría personalizada dentro de un grupo, sin desatender al colectivo: "*yo creo que tienes que pensar mejor (*me interrumpe y dice no sé, como retándome*), ya va escúchame ahora, yo creo que tienes que ver muy bien como tomas decisiones,...desde que comenzamos las actividades te he sentido así, qué has hecho en las reuniones?, nada*[55]*,... no te dice algo Z., te invito a que pienses un poco más en esto, muchas veces te he sentido, como que vas muy despreocupada con las cosas, como si no te importara..*"[56]

Un elemento interesante de resaltar es que ambos grupos mostraban posturas y actitudes de molestia o apatía como consecuencia de situaciones frecuentes en la escuela como inasistencia de profesores, desorganización de clases: "*no sabemos que profesor va a entrar...recuperan clases en el recreo, a cualquier hora*", decisiones arbitrarias, prohibiciones continuas: "*no*

---

[54] Asesora
[55] Alumna
[56] Asesora

podemos estar en ninguna parte y no tenemos un sitio donde estar", así como irregularidades en las fechas de exámenes, entre otros.

Perciben la ausencia de lineamientos claros, compartidos y la necesidad de una figura rectora del proceso educativo en la escuela, por ello fue muy importante modelar actitudes y valores críticos y de responsabilidad, como cuando decidieron, los alumnos de 4to suspender el proyecto, y tuvieron que comunicar la decisión a los implicados (directivo, profesora de arte) a pesar de algunas intervenciones evasivas de algunos."*decidimos no hacer el proyecto porque era difícil conseguir los materiales...daba mucho trabajo y eso influyó en las notas del salón",* se concluyó que era una responsabilidad del grupo y que no están acostumbrados a hacer las cosas, sino a que les den todas las pautas y actividades, además que era necesario revisar las motivaciones ante las actividades diarias, de hecho, pedían los ejercicios grupales para activarse (locus externo) y no quisieron suspender las sesiones, como posibilidad de un "tiempo para ellos".

La psicóloga considera que la actitud del grupo de 4to año puede reflejar su desánimo ante el colegio : "*si el colegio no se involucra con nosotros, porque yo me voy a involucrar con el colegio*"[57].

La médico menciona el alto consumo de alcohol de los alumnos en las fiestas, y de problemas referidos al servicio estudiantil por robo, apuestas de dinero, expulsiones por agresiones o por conductas sexuales "inapropiadas" (exhibicionismo, expresiones de afecto físico entre varones). Opina que el colegio está a la deriva, sin directivo, personal poco cohesionado, sin proyecto común.

De nuevo una herramienta visual (fig.5), permite brindar una panorámica del proceso de asesoramiento, el rol y tareas del asesor dentro de este proceso de desarrollo del programa.

---

[57] Psicóloga

Fig.5 Fase de Ejecución: Desarrollo del Programa

Tópico

4to y 5to años

ASESORAMIENTO Y ASESOR

CUARTO

EJERCICIOS

Comunicación
Cooperación
Trabajo en Equipo
Percepción
Pertenencia

Registros Audiograbados
Notas de Campo
Tareas Asesor: Reflejar, escuchar,sintetizar, estructurar,confrontar, confianza, límites vs. afecto, reflexión, respeto proceso, confrontación
Sentimientos: reto, rabia, impotencia, aprendizaje, admiración.

QUINTO

EJERCICIOS

Cooperación
Cohesión
Alianzas
Toma Decisiones
Comunicación

Capítulo III

FASE DE EVALUACIÓN

Tercera Etapa: *Evaluación Cualitativa*

Comprende las sesiones desde el 3 de Junio hasta 16 de Julio: tres sesiones con los grupos de 4to y 5to años, opinión por escrito de maestros y profesores de la escuela que conocían la actividad, reuniones con los niños que recibieron atención a través de labor social (1ero, 2do y 3ero) y finalmente una reunión de evaluación con directivos, coordinadores de 3era etapa y servicio de bienestar estudiantil (esto corresponde a procesos de auto, co y heteroevaluación) (Ver Anexo C)

Se solicitó la opinión escrita de los alumnos, basada en las siguientes preguntas:

Cuarto año: ¿Cómo ha sido para tí la experiencia vivida en las sesiones correspondientes al Proyecto Salud y a las actividades de Grupo? ¿De qué te ha servido participar en estas sesiones? ¿Cómo ha sido tú actuación en las sesiones?

Quinto año: ¿Qué fortalezas y/o debilidades ves en tí para realizar la labor social? ¿Qué se ha logrado con el grupo con el que trabajaste? ¿Qué aprendiste de todo esto?

También se realizó una actividad de cierre: un regalo imaginario para cada uno de los miembros del grupo.

Alumnos de Cuarto Año

En el verbatum de los jóvenes del Cuarto Año resalta lo siguiente: la mayoría opinaba que el "Proyecto de Acondicionamiento de La Pérgola" no tenía esperanzas de consolidarse o realizarse, principalmente por la

motivación de ellos mismos y su dificultad para emprender acciones o cumplir con los compromisos y acuerdos; sólo tres de ellos se sintieron defraudados por interrumpirlo, porque consideraban que tenía utilidad para ellos y la escuela, tenía sentido ó "dirección" y les agradaba la idea, aunque admitían su baja energía o participación para concluirlo: "*fue una experiencia más para darnos cuenta de que todo nos lo hacen y de que a la hora de hacerlo nosotros mismos nos da "ladilla", " la institución me da un cierto aire de apatía y aburrimiento...el proyecto no me gustó porque lo estabamos haciendo obligados y sabía que no lo Íbamos a concretar", " me pareció que iba a funcionar pero vi que el grupo no estaba trabajando porque tenía muchas cosas que hacer...a mí me gustaba investigar y hablar con los profesores".*

Considero que las sesiones siguientes influyeron en distintos niveles en ellos, ya que les permitieron conocerse un poco más a sí mismos, al grupo y su papel en él, era un espacio para relajarse, para aprender a organizarse y comunicarse, aliviar el estrés, por lo que puede decirse que fueron satisfactorias, de hecho, pensaban que podían continuarse con otros grupos y con ellos el año escolar próximo. Hasta los jóvenes más escépticos o retadores, opinan que le sirvió al grupo: *"cada sesión fue muy emotiva, me sirvieron para relajarme de algunas cosas...creo que no participaba con decisión o entusiasmo...si lo hubiera hecho me sentiría mejor", " estoy muy consciente que tuvieron un propósito para el grupo y para algunas personas" "me ayudó un poco a cambiar mi manera de pensar en cuanto a compañerismo...eso es lo que hay que cambiar aquí".*

Es interesante la posibilidad que generó como un espacio de discusión, participación y construcción: "*aunque hayamos tenido ideas frustradas, como el acondicionamiento del espacio, nos hemos dado cuenta de la capacidad que tenemos como grupo para organizarnos en un trabajo creado por nosotros",* también la autocrítica: "*frecuentemente mi problema*

es que nada me importa mucho...que esto no te decepcione o haga que dudes de tu trabajo, pienso que lo haces muy bien" "nos ayudó a vernos internamente como grupo" y a ratificar o probar nuevas experiencias personales: "*me ayudo para llevar el camino que buscaba" "me ha parecido muy introspectivo...me he desenvuelto como he querido y me ha dado seguridad en mí misma" "aprendí mucho de mí misma ya que soy un poco tímida" "me gusto mucho, las experiencias que compartimos, buenas o malas fueron de ayuda...desde lejos se ve que el grupo no es muy unido y usted logra que por lo menos salga el tema".*

Para algunos fue desagradable evidenciar la situación del grupo, sus diferencias, desunión y sentimientos guardados al respecto: *"...esta es una manera de resaltar las diferencias que ya están hechas" "para que de una vez se supiera lo aislados o rechazados que se sienten algunos...pero siempre tuve claro que no me importaba lo suficiente".*

Durante las dos sesiones de evaluación, el grupo se dispersaba como evitando centrarse en la tarea, no sé si por la evaluación ó el cierre, surgieron algunas quejas hacia la institución nuevamente, y un alumno propuso, en ocasiones futuras, subdividirse en grupos, según los intereses para trabajar dos proyectos simultáneos.

La médico expone que la experiencia de trabajar con adolescentes para ella es enriquecedora y difícil a la vez, valorar sus vivencias y dejar que consigan sus propias soluciones, además *"me permitió acercarme no como médico sanador de cuerpos...sino entender sus creencias".*

En la actividad de cierre (el regalo) percibí un contacto más cercano con cada uno, fueron empáticos y comprensivos con la forma de ser de cada quien, e intentando hacerle llegar algo significativo o de ayuda con ese regalo simbólico, el clima fue de armonía, calidez y relajo.

Alumnos de Quinto Año

Se puede decir que en líneas generales, la evaluación permitió partir de ellos mismos, y así fomentar la reflexión sobre su propia actuación, sus características personales reflejadas en el trabajo y los resultados de la labor. Mayormente, resaltan resultados positivos de su labor social en la escuela, sin embargo percibo en algunos casos, a través de un lenguaje del "deber ser", que se quiere cumplir con expectativas externas, por ejemplo: *"...porque sé que esas conversaciones y actividades me servirán en algún momento de mi vida y lo bueno es que las sabré aplicar gracias a ellas", "también aprendí a ser responsable pero no por los demás, sino por mí, por lo que realmente quiero y así alcanzar mis sueños" "debo ser más unido, no debo burlarme de X"*, y llama la atención, en particular que estas dos muchachas fueron inconstantes en su desempeño.

A pesar de tropiezos logísticos (tiempo, disposición de las maestras y los niños a la hora del mediodía) consideran que hubo receptividad suficiente de parte de los niños con los que trabajaron, y en líneas generales también por parte de las maestras, sólo que el tiempo que disponían para hacer la labor era muy reducido (al mediodía después del almuerzo).

La mayoría considera que se obtuvieron progresos en el grupo de niños que atendieron, en cuanto al trato interpersonal entre ellos (menos agresión), la posibilidad de escuchar, atender y motivarse por la actividad a realizar; también se estableció un vínculo afectuoso entre ellos y los niños: *"sentía que se interesaban y cuando me veían por los pasillos me saludaban muy emotivamente"*[58]. Además, opinan que aportaron en un sentido al trabajo pedagógico o a la institución: con la elaboración de material didáctico y lectura de cuentos (2do grado), la propuesta ecológica (3ero), afianzamiento de conocimientos musicales (varios grados), organización de la biblioteca y las actividades de entretenimiento: *"logre enseñarles de manera dinámica, educativa y sencilla" "logré dar un apoyo a las maestras a*

[58] Alumna

la hora de enseñar a sus alumnos" " aprendí a conocerlos...quererlos mucho"[59].

Al mismo tiempo la experiencia permitió que evaluaran sus propias destrezas y vocaciones: *"aprendí que para ser maestro tengo que compartir con el alumno más como amigo...además de tener experiencia como profesor de música, que me sirve para mi curriculum" "aprendí que existen cosas las cuales necesitan concentración y dedicación, ...que hay que hacer una planificación previa si deseas lograr una meta...con mucha responsabilidad...sino ¿para qué comprometerse?" "me encanta trabajar con los niños...hacer trabajos manuales" "me gusta redactar e investigar y me siento capaz, lleno de ganas e ideas".*

Todos opinan que no se dedicaron lo suficiente, por variadas razones (tiempo, sobrecarga de actividades, inconstancia, lugar de trabajo): *"no he sido muy constante con la realización de mi labor" " debo tener más ánimo...dejar mi hostilidad" "no faltar tanto a clases y poner más de mi parte"*, surge ambivalencia, a pesar de haber elegido la labor de cada quien y sentirse agradados por ello, se sentían en ocasiones exigidos o poco animados hacia la labor. Uno de los muchachos más críticos piensa que aprendió que *"antes de realizar cualquier acto hay que concientizar al público"*, en referencia a la exploración de necesidades y comunicación (promoción) de la idea.

En síntesis, las sesiones les ayudaron a organizar y sistematizar su trabajo, además de intercambiar experiencias y unir un poco más al grupo, y visualizar la salud como algo amplio y cotidiano: *"hemos aprendido diversas cosas...el crecimiento como un ser integral, que claro está conectado con salud"*. Esta frase se puede conectar con la opinión de la médico: *"podría calificarlo dentro de lo intangible y poco cuantificable...nos anotamos un triunfo, logramos unidad sin que cada uno renunciara a su individualidad"*.

---

[59] Alumnos

Niños Atendidos en la Labor Social

En cuanto a la evaluación de los niños (de 1°, 2° y 3°), en general indican logros en términos de vínculos afectivos, ya que recordaban a los alumnos que trabajaron con ellos. Describieron algunas actividades realizadas, básicamente manuales o artísticas, donde además creen que aprendieron algo respecto a estas actividades, el primer grado expresó afecto hacia las alumnas: *"se despidieron de nosotros y les rayamos las camisas (*al graduarse*)"*, expresaban quieren repetir la experiencia "y bailar".

En el segundo grado, recordaron las actividades pero los niños se sintieron: "*traicionados, no vinieron más*" y consideraban que el tiempo era corto al mediodía pero les servía para descansar, en este grupo la maestra fue más explícita, expresando agrado por la labor: "*integra a la escuela..., escuchan a los niños porque a veces las maestras no tenemos tiempo de escuchar sus propuestas*", también opina que el tiempo del mediodía y el reducido espacio físico son limitantes y genera angustia en niños y maestros por lo que "*hay que planificar en conjunto con las maestras para estructurar el trabajo*", le pareció interesante la experiencia para definir la vocación de cada quien: *"ojalá no sean educadoras porque eso no da!"*.

En el tercer grado, el clima cambió drásticamente ya que los niños se quejaron dolidos de la actitud de las chicas, por sus inasistencias y en particular de la actitud grosera y descalificadora de una de ellas, que en apariencia se disculpó más tarde: "*que cumplan lo que prometen*", asumen que también fueron retadores con ellas: *"no les hacíamos caso para que se fueran y les perdimos la confianza."* Con la 2da etapa no fue posible hacer la reunión porque no estaban asistiendo al colegio.

Encuestas de opinión

En las encuestas de opinión sobre el trabajo, respondidas por la médico, trabajadora social, dos maestras, y las coordinadoras de 1era ,2da y

3era etapas, se observa consenso en que la actividad permitió integrar a los grupos de alumnos y mejorar sus relaciones, vincular a la 3era etapa con el resto de la escuela, y al servicio estudiantil con otras áreas y personas, sólo que algunos creen que la inconstancia de los alumnos en la programación, desmotivaba a los niños de Básica y que debía planificarse con tiempo, así como participarles y comunicarles a las maestras y coordinación de básica de manera más detallada.

Indicaron que este tipo de trabajo y su metodología está en consonancia con los cambios educativos y la reforma curricular en el país, aunque todavía lo asocian en la práctica a las clases magistrales, ó como algo distinto a lo académico, sin restarle importancia: "*planificar los talleres para que no interfieran con las actividades escolares*" y también se les dificultó asociar el trabajo con un proyecto de salud: "*no sé como se relaciona con salud y es importante desarrollarlo*"[60].

La médico expresa la necesidad de revisar los modelos educativos como punto de partida para estas experiencias: "*una revisión profunda del cómo educar y para qué...pensando menos en lo burocrático, administrativo...no obviar la importancia de trabajar lo afectivo como base de la salud...para la persona íntegra que queremos lograr*", también resalta la importancia de los servicios estudiantiles: "*formalizar como parte del curriculum estas actividades y tener mayor participación formal en los procesos educativos*". En síntesis creen que ayudó al grupo a interactuar en condiciones diferentes y a generar sus propias estrategias de trabajo.

Reunión Final de Evaluación

Considero de suma importancia la reunión efectuada al final (16.7.99) donde asistieron la médico, psicóloga, trabajadora social, director (sólo estuvieron presentes un rato la subdirectora, coordinadora y profesora de

[60] Coordinadora

3era etapa), allí surgieron diversos elementos en la discusión, que pudieron influir en la experiencia: situación organizativa en la escuela y clima institucional, desempeño de los grupos y orientación del trabajo, integración en equipos de trabajo, entre otros.

Se partió de la metodología de trabajo y sus implicaciones, en apariencia los alumnos no cumplieron a cabalidad con las disposiciones formales y académicas de la labor social (40 horas de trabajo), entonces las opiniones estaban divididas entre la necesidad de supervisar directamente la labor: *"por eso tuvimos que supervisarlos al final porque no cumplieron las horas o hacían otras actividades y no las pautadas"*[61], y una orientación más autónoma. A la hora de decidir el proyecto de trabajo, unos pensaban que se les podía incorporar en áreas establecidas previamente por la escuela: "*ponemos a los muchachos en instituciones cercanas a la escuela*"[62], y otros que opinaban que debía ser una elección personal en relación con un trabajo de participación comunitaria, que además sea congruente con un proyecto de escuela que fortalezca el vínculo escuela-comunidad.

La psicóloga opinaba que "*se ve la labor social como una asignatura más y no como un espacio para el desarrollo individual y colectivo*", por tanto, el proyecto de escuela debe ser "construído" por consenso y no por las ideas de unos pocos. De allí surge la valoración del trabajo realizado, que a pesar de los esfuerzos de comunicación, no era asumido como institucional sino como parte de un pequeño grupo (Proyecto Tebas y Servicio Estudiantil). Esto desencadenó una larga discusión sobre la situación en la escuela, donde la médico expresó que hay una grave desintegración entre el personal, y también con los padres, evidenciada en los problemas para organizar el acto de grado del 5to año: "*lo de afuera es reflejo de nosotros, si no estamos a gusto lo reflejamos...vivimos a la*

---

[61] Trabajadora Social
[62] Director

defensiva...no se reconoce nuestro trabajo", la psicóloga apoya parte de la idea al opinar que: "*no hay un real trabajo en equipo*", lo que se profundiza por no existir sanciones para los que incumplen con sus labores.

El director manifiesta que se han dado intentos fallidos respecto a la integración, y que no está de acuerdo con la represión: "*cada uno debe asumir sus responsabilidades*". Varios opinan que los padres se interesan más por el trabajo en 1era y 2da etapa: "*3era etapa es otra cosa*"[63], porque se hacen con frecuencia reuniones y comunicaciones (impresiona que el discurso es una queja solapada hacia el director y su indiferencia hacia la escuela)[64]. Opino que hay que propiciar espacios de discusión pedagógica en la escuela, donde se reflexione sobre lo que se hace y cómo se hace, para mejorar el desempeño organizacional, en este sentido, los procesos evaluativos cualitativos pueden ser de ayuda.

El director propone trabajar en pequeños grupos y por proyectos, así como se hizo con los alumnos del 4to y 5to años. En este momento pasamos a compartir impresiones sobre los grupos, el 4to año parece ser el grupo adaptado escolarmente pero: "*son como una olla de presión que puede estallar, son pasivos pero impredecibles*"[65] y el 5to año: "*mejoraron sus relaciones, se comunicaban mejor*".[66] El director propone darle continuidad a la experiencia con los grupos, el año entrante e insertar este tipo de trabajo en el Proyecto Pedagógico de Plantel (P.P.P), aunque paradójicamente inició su conversación con la opinión de que el trabajo de los alumnos en la labor social no tiene repercusión: "*es una mentira, por que no tiene efectos reales y terminamos dándoles las horas, tenemos que mandarlos a las instituciones cercanas a la escuela, porque también la escuela no es querida*

---

[63] Psicóloga
[64] Notas de la Asesora
[65] Médico
[66] Coordinadora 3era etapa

en la comunidad", (uno de los problemas expresados por el personal es la inconsistencia del director).

Ante esta idea y su actitud, la psicóloga y la médico indignadas responden sobre la desintegración y desorganización de la escuela, así como la escasa valoración del trabajo de cada quien y que esto genera mucha insatisfacción y apatía.

Al integrarse a la reunión las profesoras de 3era etapa (una de ellas se fue "*por que no sabe que hace aquí*"), se volvió al ambiente tenso del inicio, donde se reclaman el aislamiento, la toma de decisiones inconsultas referidos al acto de grado. La coordinadora, al hablar de la experiencia con los grupos, mostró una actitud inquisitiva, quizás de reclamo por no participar: "*no tengo nada que decir porque no vengo ese día...me llegaron comentarios...me generaron confusión de que era lo que hacían*", la profesora pregunta porque se habló de inasistencias de la profesora de matemáticas en las sesiones, quizás por sentirse invadida o evaluada, también menciona que había comentarios diversos a favor y en contra del trabajo "*es una pérdida de tiempo" "se pueden canalizar los problemas interpersonales".*

La otra coordinadora de 3era etapa, comentó que la experiencia con los grupos pasó por un proceso de altibajos en la motivación de los alumnos: "*4to año al principio estaba entusiasmado después llegaban retardados...el 5to año al principio seguían igual, inmaduros y en el tercer lapso los ví comprometidos con la actividad, aunque al final del lapso se apuraron por cumplir la labor social".* También habló sobre las características de algunos alumnos: "*trabajar con estos alumnos no es fácil, no es un trabajo de 6 meses*" y consideraba que este tipo de trabajo era de utilidad para ellos por: *"sus problemas familiares, de autoestima, de valores, interpersonales".*

En esto concuerdan la psicóloga y trabajadora social, es un proceso de resultados un tanto intangibles "*es un espacio para hablar...no se ven los*

frutos en 5 meses"[67] *"entendí que era un trabajo preventivo en salud...esos resultados no los vemos ahora, sino en su proyecto de vida"*[68] *" en el 5to año les sirvió para reflexionar, hacer un proyecto darse cuenta de lo que era cada uno"*[69].

La médico personalizó la experiencia: *"los adolescentes me mueven...aprendí mucho de mí y de la escuela a través de ellos...de nuestra responsabilidad como educadores"*, considera que es un espacio necesario porque "*se sienten en libertad de expresarse...esto está ligado a salud, salud emocional, ser persona...me felicito por asumirlo, es necesario reunirnos más".*

El cierre de la reunión apuntó hacia la institucionalización de la experiencia dentro de un proyecto de escuela, planificarlo desde el principio del año y desde 7mo año ó 2da etapa: "*el individuo siempre se está formando*"[70] e incluirlo como parte del horario o trabajo escolar. Les interesa insertar una línea de salud en la escuela *"porque salud es todo"*, donde se involucre a todo el personal.

Considero que se avanzó de un clima tenso, de reclamo a un ambiente de intercambio más fluído, de reflexión sobre el propio trabajo y la realidad escolar, con miras a mejorar internamente el funcionamiento de la escuela.

En síntesis, mirando globalmente la experiencia puedo decir que el asesoramiento desde esta perspectiva teórica y metodológica, implica una constante revisión del sistema de creencias profesionales. En mi caso, estar inmersa en el proceso, representa estar en un entramado complejísimo

---

[67] Psicóloga
[68] Médico
[69] Trabajadora Social
[70] Coordinadora

de relaciones interpersonales, en un contexto sociohistórico particular y en una determinada cultura organizacional, que exige observación, registro y seguimiento permanentes. Además con una responsabilidad ética, consabida en este tipo de "intervención" o trabajo educativo y humano.

Entonces, era primero que nada entender un "mundo" al cual me acercaba por primera vez (esta escuela), luego ayudar a explicitar concepciones y necesidades, claro en una área preestablecida por mí (salud), tratando al máximo de respetar, comprender y aprehender lo emergente, para más tarde, quizás la parte densa del trabajo y hasta más dificultosa, interactuar con dos grupos de jóvenes y con unos asesores con toda una historia previa en su labor y en la escuela.

De esta fase, que considero la más enriquecedora, por contrastarme con experiencias previas como asesora y que afortunadamente mi actual desempeño como "Promotora en un Proyecto como Educación para la Dignidad" ha facilitado, es vital reconocer el reto que representó adentrarme en el trabajo con adolescentes bajo una óptica de participación a partir del acervo de cada quien y su activación como protagonista y sujeto (y no objeto de intervención) de su propio aprendizaje y de su propio proyecto.

Sin embargo, esto significa bajar del pedestal al maestro, al asesor y generar la corresponsabilidad, ser un mediador que facilita las mínimas condiciones que ayuden al sujeto a serlo, enfrentándose a los propios miedos de perder el norte, el control, a ser la sombra, a lidiar entre la estructura y lo inestructurado, entre lo conocido y lo desconocido, los resultados tangibles y lo intangible, pero quizás más trascendente, por ser precisamente un proceso cualitativo, que da fe de un sistema de cualidades particulares, que nunca puede compararse a otro sistema, a otra experiencia.

Observo que el asesor, en atención individual o grupal, no puede enajenarse de la influencia social que recibe y que emite, y sobre todo de los

sentimientos que esta situación genera en él (en mí). Esta complejidad propia de los fenómenos humanos, es lo que me recuerda que la humildad e inocencia, por ponerle un nombre, y dentro de los límites posibles, son esenciales para la comprensión de los procesos, como quien entra en un templo sagrado para los ritos de iniciación.

Esta experiencia para algunos miembros de la escuela y para mí abre la brecha de una visión renovada del conocimiento, la salud, la relación de "ayuda" y los servicios de bienestar estudiantil, que apenas se está gestando, nunca es acabada y que a pesar de los altibajos es sumamente gratificante en cuanto al encuentro humano se refiere.

Finalmente, el mapa de conceptos (fig.6) a continuación pretende mostrar la evaluación realizada por los participantes en el programa.

Fig.6 Fase de Evaluación Cualitativa

Integración e Interpretación de los Datos

El siguiente apartado pretende, darle continuidad a la evaluación del proceso, con miras de profundizar en el entendimiento de la experiencia con matices interpretativos, al relacionar los referentes teóricos, los datos recabados y la mediación de la asesora investigadora como enlace de estos elementos, por supuesto, desde el propio acervo.

Aproximación a la Concepción de Salud

Partiendo de la exploración inicial acerca de la concepción de salud manejada en la escuela, resalta en el discurso, una concepción dominante de la *salud vista desde la enfermedad*♣: recordamos la salud cuando está en peligro y principalmente con la *enfermedad física*, siendo lo más obvio nuestro cuerpo, como algo palpable; quizás por esta razón, también los entrevistados, al pensar en salud preventiva mencionan la alimentación, el aseo, el ambiente y el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas como condicionantes en la *calidad de vida*.

Si relacionamos esta noción de salud con algunos de los referentes teóricos estudiados, nos damos cuenta de la fragmentación resultante en esta perspectiva, desestimándola como un *proceso cualitativo complejo* reflejo del funcionamiento integrado de lo somático y lo psíquico (González, 1992), y para ser más fieles a su complejidad debe ser entendida como proceso humano y social (Pacheco, 1994) donde además algunas posturas retoman aspectos espirituales (Benaim, 1994, Weil, 1997).

Estos planteamientos se asemejan a los encontrados en una investigación anterior (Golpe,1998), evidenciando la relación entre la concepción de la salud y la evolución del pensamiento en las ciencias, por tanto, "la concepción de la salud en la escuela es resultado de posturas

---

♣ Las frases en itálicas muestran elementos de interés para la interpretación.

filosóficas, ontológicas, que evidencian un dualismo mente cuerpo fuertemente arraigado" (Golpe, 1998, pág. 165)

Risquez (1990) al discutir sobre la situación actual de la medicina y la psiquiatría, expone el basamento filosófico como el problema de fondo no resuelto en estas disciplinas, uno de ellos es el dualismo mente - cuerpo; desde civilizaciones antiguas la tendencia general ha sido dividir al ser humano en lo espiritual y lo somático.

Al profundizar en la exploración inicial con los entrevistados, surge la noción de la *complejidad de la salud*, donde coexisten elementos *físicos, psíquicos y sociales* (en este orden de importancia), y a pesar de asomar la necesidad de revisar los esquemas y concepciones al respecto, es poco lo que se evidencia en el discurso de estas personas sobre el engranaje de estos elementos en un todo integrado, sólo los adolescentes enfatizan la *relación mente – cuerpo,* al adjudicar un peso importante a las emociones y relaciones interpersonales en la enfermedad y en el cuidado de la salud, igualmente presentan la idea de la salud como un *proceso*, un continuum, lo que para alguien puede ser saludable para otro quizás no. Esto me lleva a pensar, en el alejamiento de sí mismo, que puede ocurrir en el adulto, a diferencia del niño o el joven, quienes todavía mantienen la *conciencia* alerta acerca de lo más cercano que tiene: su cuerpo, sus emociones.

Salud, Escuela y Vida Cotidiana

Esta escasa conciencia sobre la propia salud, se acrecienta en la escuela estudiada cuando la salud es vista como una *asignatura* más, donde se "transmite" información en un *lenguaje técnico*, impersonal, escolarizado, y con programas de estudio desactualizados o poco pertinentes a la realidad del sujeto. Entonces cada vez más la salud es ajena, viene desde fuera, es tratada por los *"especialistas"* y desde los diagnósticos, la curación y las medicinas.

Esto último tiene una importante relación con un tipo de trabajo o asesoramiento en salud solicitado en la escuela, de tipo asistencial: charlas, talleres "prefabricados" "preconcebidos", que la gente recibe y aplica, en el mejor de los casos. Sólo una persona por su conocimiento acerca de la reforma educativa que se está desarrollando en educación básica menciona el *trabajo constructivo*, los proyectos de aula como alternativa, sin ahondar mucho en ello.

Los promotores del "Proyecto Educación para la Dignidad", conciben la salud como una *construcción socio cultural* y por ende el trabajo en salud debe entenderse desde el vínculo escuela comunidad, y desde la participación enmarcada en una realidad concreta, por tanto, se introducen elementos éticos en búsqueda de la Dignidad y la Cohesión, conceptos claves en nuestro proyecto.

Tanto Wu (1995) como Pacheco (1994) perciben la participación comunitaria en salud como una vía regia para "apropiarse" y desarrollar los sistemas locales de salud desde lo multicausal, multicultural, la transdisciplinariedad, la autogestión, y sobre todo, desde la comprensión del sujeto de su estar en el mundo.

A pesar de entenderse la salud como un *"estado de equilibrio"* necesario e importante para la vida, se refieren los entrevistados a las condiciones mínimas de salud que se requieren para ser productivo en la escuela y el trabajo, así como para tener un "buen rendimiento académico", por ende esta idea refleja cierta estaticidad. El individuo se define por lo que hace y produce, no por lo que es, y las escuelas han sido reproductoras fieles de estos esquemas sociales y económicos, pero ¿Quién asume el cuidado y la promoción de la salud como parte del desarrollo humano y colectivo?.

La escuela, si tomamos estas ideas como sus premisas, concibe que la salud es responsabilidad de otros: padres, hospitales, estado, y se

genera confusión, impotencia o desesperanza cuando observan el incremento de los problemas de salud que amenazan el rendimiento escolar, entonces en estas circunstancias, le piden al asesor un "paquete" para atender la salud .

Los servicios de bienestar estudiantil, son concebidos como *servicios remediales*, a quienes refieren "casos problema" o les asignan evaluaciones diagnósticas con criterios cuantitativos, que poco tienen que ver con el trabajo pedagógico y el desarrollo humano (Golpe, 1998). En el fondo, nos refleja un modelo predominantemente asistencialista, médico-orgánico y psicológico (Cottone, 1992). De ninguna manera, podemos obviar las consecuencias prácticas que representa la adopción de uno u otro modelo educativo.

Para Esté (1995), la escuela se ha convertido en una transmisora mecanizada de saberes, donde el maestro es fuente única del conocimiento a través del control, una relación de una vía, que ha obviado la diversidad, la pertinencia de los aprendizajes para la vida cotidiana y la cohesión grupal como base de la construcción del saber, esto también implica la democratización de éste y la negociación e intercambio social, maneras de afrontar la deserción y exclusión escolar de quien no alcanza a comprender estas convenciones escolares, y que implica la negación del acervo personal y cultural.

Como parte de la crisis educativa actual y a la enseñanza orientada principalmente por un paradigma positivista, el Ministerio de Educación propone una reforma curricular implementada desde el año escolar 97-98 a través de un modelo curricular con bases filosóficas centradas en el ser humano y concebido desde su ser, hacer, conocer y convivir y entretejidas por una fundamentación constructivista, que valora al niño, su experiencia cotidiana y se aproxima al aprendizaje desde una perspectiva holista, abierta y flexible.

La educación básica pretende ser integral al abarcar todos los aspectos del desarrollo del individuo (afectivo, cognitivo, biológico y social) y en este nuevo modelo curricular, se orienta el proceso pedagógico por "aprender a aprender" y "aprender para la vida", teniendo claras implicaciones en el rescate de la dignidad y desarrollo personal del alumno, no sólo a través de los ejes transversales: lenguaje, desarrollo del pensamiento, valores y trabajo (Curriculum Básico Nacional, 1997), sino al proponer como vía de relación y de conocimiento, la interacción, la construcción y la experiencia, elementos definidos en el concepto de Interacción Constructiva del Proyecto Educación para la Dignidad.

Considero que esta visión tiene importantes consecuencias en cuanto al desarrollo de la salud se refiere, debido a que permite entender al ser humano desde su vivencia, su cuerpo, su contexto y como un ser en relación.

En la escuela, dignificar al niño y al maestro es aceptarlo como persona, respetar sus derechos, exigirle y darle espacio para cumplir sus deberes, es garantizar su condición de ser diverso que participa permanentemente desde su condición y características personales y culturales (Esté, 1996). En la experiencia con la escuela, las quejas de los alumnos, las reuniones y las observaciones de distintas actividades escolares, nos ratifican contradicciones entre el hacer y el ideal de salud expresado, ya que la interacción constructiva nos es una vía de trabajo frecuente en la escuela.

Dignificar a este sujeto es entender que es la resultante de constituyentes históricos, ecológicos, sociales y biológicos que se expresan en la subjetividad, elemento negado en las escuelas a través del dominio y la pasividad en el aula. Cada vez más se hace necesario integrar la noción de sí mismo, del cuerpo como totalidad, como un sistema de relaciones e historias, que es posible a través del ejercicio y el respeto a la diversidad

humana, por tanto, el concepto de dignidad en la escuela, tiene implicaciones éticas importantes.

Es necesario resaltar este elemento ético implícito en el concepto de Dignidad, y su relación con la salud, ya que la negación de la persona como individuo, y de los procesos constructivos - interactivos en la individuación, se corresponden con la enfermedad, con "síntomas" de una cultura del desmentido del ser.

En nuestro caso, a pesar de ser una escuela que valora las artes y la música, no se utiliza esto como medio de realización personal sino como una clase tradicional, enfocada en el rendimiento, y escasamente el alumno puede encontrarse, crear, interactuar, reconocer su acervo.

La escuela, el trabajo interactivo-constructivo y la salud

Unida a esta visión de la salud se muestra una *escuela poco saludable* tal cual está concebida, porque cada vez menos tiene espacio la vida misma, las artes, la música, los deportes, la interacción social, que se agrava con la escasez de recursos, la deteriorada calidad de vida del maestro, la apatía y la desvinculación con su escuela. Panorama frecuentemente encontrado en las escuelas y en esta institución también, por sus problemas organizacionales, la desmotivación y baja cohesión del personal, los modelos educativos utilizados.

Bajo esta situación, se nos abren varios caminos para trabajar el proceso de salud en esta escuela, y nos alerta ante lo complejo y a la vez lo cotidiano del trabajo en salud. a) desde lo macro, lo organizacional, cohesión y motivación del personal, y b) en pequeños grupos, en las aulas, con niños o padres. La pretensión de que se formen multiplicadores del trabajo o de la propuesta de salud, nos lleva a atender a los grupos de adolescentes, además por la referencia del servicio de bienestar estudiantil, quienes comentan algunas dificultades en los grupos de 4to y 5to años.

Como se plantea en el Proyecto "Educación para la Dignidad", el cambio educativo se genera desde las aulas, desde un trabajo interactivo constructivo que dignifique al sujeto como actor y protagonista. Esto fundamenta la idea de trabajar con los grupos focales (4to y 5to años) con esta perspectiva.

La interacción constructiva se refiere a que el saber y la comprensión del mundo externo e interno son el resultado de procesos constructivos del sujeto, quien al interactuar con los otros sujetos, las cosas y consigo mismo, negocia y establece puentes de comunicación. Por tanto, el saber no viene dado desde fuera, es el logro de los conocimientos no la adquisición de los mismos, producto del juego interactivo que incita a la búsqueda, la creatividad, la duda y la deliberación (Esté, 1996).

Basada en esta concepción del aprendizaje, que se traduce en una relación distinta entre el asesor y los jóvenes; en la escuela, se puede decir que se comienza a delimitar una "fase de intervención", término que poco se ajusta a la metodología cualitativa, pero se refiere a la definición y concreción de un proyecto por parte de los miembros del grupo. Durante este tiempo, considero que el proceso como tal, se vincula con un *proyecto de salud* vivenciado en los asesores y los jóvenes mismos, al avanzar en la reflexión de quien soy, hacia donde voy, preguntas fundamentales tácitas en cada sesión, en cada labor social, en cada reunión con el grupo asesor, ya que el proceso nos permitió con sus naturales altibajos, iniciar otro tipo de participación, más autogestionaria, autocrítica y reflexiva; así mismo, en los miniproyectos de cada grupo o joven, se tocaba la temática salud desde la integración, la cohesión, el respeto a la diversidad de criterios, intereses, etc.

Por ser una metodología poco estructurada, centrada en la observación y análisis de los procesos, que se va conformando con la experiencia, pienso en el papel central del Asesor, como conductor del trabajo, como *mediador*, que además de registrar e investigar el proceso en

un sentido estricto (con las notas, audiograbaciones), facilita procesos de negociación social para propiciar la reflexión y la activación del sujeto desde su acervo y la potenciación de sus características personales (en las sesiones, con los ejercicios grupales y las asignaciones, con un tipo de conversación). Este concepto de mediación es de suma importancia en el trabajo y en la perspectiva constructivista.

El proceso de mediación guiado por el adulto, el grupo de pares, los medios de comunicación, entre otros, permite al individuo apropiarse y disponer de una conciencia ajena, unas categorías, las cuales suplen y conforman gradualmente su imagen del mundo y construyen paulatinamente su estructura mental. Se refiere a una continua construcción y reconstrucción de significados de los participantes, de la escuela y de la comunidad (Ríos,1996).

La mediación se evidencia en la experiencia con los jóvenes, en principio, cuando se discute la concepción de salud, permitiendo contrastar y consolidar diversidad de esquemas a través de la interacción luego en el diseño y desarrollo de la propuesta, ya que los individuos "construyen" sus proyectos, los validan y evalúan con intermediación del asesor, con sus reflejos, confrontaciones, estructuraciones, siempre dándoles oportunidad de ser los creadores.

La experiencia en esta escuela me permitió reflexionar acerca de la aplicación de esta metodología participativa, en particular con adolescentes. En primer lugar, requiere del convencimiento y la revisión de esquemas pedagógicos por parte de los adultos (asesores y educadores), en segundo lugar, de la toma de conciencia de los jóvenes del "condicionamiento" al cual se han sometido a lo largo de su historia escolar. Esto me hace pensar que la autonomía y la autogestión no se decretan, se asimilan día a día, en una práctica educativa diferente que sienta las bases de un individuo más crítico,

participativo y responsable de su proceso, y de un asesor educativo más flexible, investigador, mediador de procesos.

Lo importante es generar unos lineamientos mínimos que permitan la autogeneración del proyecto a través de la participación, siendo el asesor uno más del grupo, con ideas, acciones y sentimientos a compartir, este díficil y sutil camino entre la apertura, el respeto al otro, la observación, así como la confrontación y la estructuración, lleva al asesor a una revisión permanente del proceso, de sí y del grupo, recordando que estamos parados en el paradigma consensual (Cottone, 1992) o constructivista siendo su foco la interacción humana (social) y donde la responsabilidad está plenamente en el grupo al promover su autonomía.

Traducido en términos prácticos, en la experiencia con los jóvenes y los asesores del servicio de bienestar estudiantil, continuamente me encontraba en el dilema de "dejar hacer" a los alumnos, en el sentido, de que se responsabilizaran por el desarrollo de las actividades acordadas en las sesiones y de la escogencia y diseño de los proyectos, y por otro lado, estar muy atenta al propio proceso para no entramparme en situaciones de la escuela, del servicio o de los grupos. Es mostrar o modelar un tipo de relación de compromiso y participación mutuos.

Educación para la Vida, Asesoramiento y Constructivismo

Me parece pertinente la idea que plantean Claiborn y Lichtenberg (1989 c.p Steenbarger, 1991) para quienes en el Asesoramiento Interactivo, la tarea del asesor es "saltar" las trampas, saboteos o controles del individuo en la relación de asesoramiento, y más específicamente, significa que "la relación no es simplemente el contexto de intervención, *es la intervención*".

El asesor propone la relación estratégicamente para evidenciar y experienciar los patrones sociales de interacción y así acercarse al objetivo

de trabajo con y por el grupo. La cercanía en la relación del asesor-grupo y la flexibilidad, no deben confundirse con la falta de lineamientos y dirección, sobre todo si se trabaja con niños y adolescentes, lo que puede desvirtuar el sentido del asesoramiento, por ejemplo como se veía en la relación amistosa de la médico con algunos jóvenes, y en el otro extremo, unos directivos inconsistentes que no brindaban seguridad a los jóvenes.

Esto no niega cualidades del asesor propuestas por otros modelos, como la calidez, sensibilidad, pero sí tiene implicaciones éticas (vistos desde la psicología social crítica) mas allá de lo individual al enfatizar aspectos sociales y comunitarios (la escuela como sistema), porque cuando trabajamos en esta escuela, con un tipo de relación interactiva y autogestionaria desde el aula, esto a la larga, tiene incidencia en la escuela que se quiere tener, en el individuo que se quiere formar, en el vínculo de la escuela con su comunidad cercana.

Concuerdo con Steenbarger (1991) al contraponer modelos de asesoramiento (tradicionales) que evidencian una visión lineal y organísmica/desarrollista del mundo y del sujeto, con respecto el contextualismo, donde el desarrollo "es una función de las complejas interacciones persona-situación, donde individuos y sus contextos de vida se determinan recíprocamente en un continuo proceso de cambio" (Lyddon, 1989 c.p Steenbarger, pág. 289). En la escuela, se evidencia en los comentarios de profesores acerca de problemas de indisciplina, a su vez, el maltrato de profesores expresado por alumnos y la queja del personal por la desorientación de la escuela como institución.

En consecuencia, exige una revisión constante y sincera de los basamentos epistemológicos y ontológicos, y nuestra filosofía de vida, no sólo en cuanto a técnicas sino en cuanto a actitudes, esquemas de trabajo. Desde esta perspectiva, el asesoramiento es un proceso de influencia social, en un contexto socio histórico particular y si lo relacionamos con el ambiente

escolar que nos compete en este momento, implica además una postura ideológica, democratizadora, acercándonos a Paulo Freire y su modelo educativo transformador o liberador. Quien concibe la educación como un proceso de acción-reflexión-acción permanente, en que el sujeto se apropia de su realidad, desde la práctica social.

Esto no se pone en práctica, en el registro de clases en la escuela estudiada, clases donde lo que interesa es impartir objetivos por muy dinámicas que quieran ser, alumnos y personal sin espacios y momentos para compartir socialmente, intelectualmente, una escuela orientada por una supuesta misión desde su creación que no se traduce en un proyecto institucional ajustado a su realidad, entre otras cosas.

Es una **educación problematizadora, para aprender a aprender,** y en este sentido, considero que se cumplió parte del cometido del asesoramiento y de los objetivos del programa (quizás en pequeña escala, si queremos "estimar" el impacto de la intervención) al trabajar con los procesos grupales, pero más que eso al enfocar la Salud desde sí mismo, desde la cotidianidad, desde la discusión problematizadora, desde la confrontación con la experiencia, desde la integración con otras personas y grupos, pero no podemos aún saberlo hablando en términos de la conciencia de cada uno de los jóvenes y educadores, asesores partícipes del proyecto.

Como expone Freire (1977 c.p Leis, 1990), en esta búsqueda, el conflicto es parte del proceso, es fuerza generadora, de crecimiento, entonces los momentos de confrontación con el grupo y entre los adolescentes (y con nosotros mismos) son oportunidades y no amenazas, como así lo asumimos al detener el Proyecto del 4to año por propia voluntad, y tantos otros momentos de angustia, impotencia o rabia por las respuestas de los jóvenes o de la escuela hacia el proyecto.

Además, considero saludable en sí mismo la existencia de un espacio de encuentro que se corrobora a través de las quejas de los alumnos y de

las evaluaciones de los adultos sobre la institución, siendo éste último un elemento que no se puede menospreciar en cuanto a su influencia en la motivación general y la desesperanza. Este aspecto organizacional repercute considerablemente en el clima de la escuela y los posibles proyectos de trabajo .

Cuando se analiza el conjunto de información en la fase evaluativa, creo justo decir que la experiencia fue positiva tanto para mí como asesora, como para los jóvenes, asesores y la institución, siempre atendiendo a una visión del Proceso Global.

En primer lugar, por las razones antes expuestas, para *los alumnos*: como una vía de revisión personal, de obtener sentido y compromiso con lo que hacen, de enfrentar situaciones cotidianas de interacción social, de establecer vínculos afectivos y crecer a partir de ellas, además de organizarse, gestionarse desde otra perspectiva, menos academicista.

Coincido en este punto, con Esté (1996) quien plantea en su investigación en 57 escuelas venezolanas del Distrito Federal y Estado Miranda, hallazgos sintetizados como "*El Aula Punitiva*", ya que la escuela es expresión de una cultura occidental convencional por su carácter "civilizador", tendiente a la represión del niño, al control del docente en el aula a través de rituales, sanciones y normas que cada vez alejan más al niño y al docente de su condición humana, con la consecuente ruptura ética y social, atados a programaciones, textos y actividades mecanizadas o con poco sentido para la vida actual.

Encontró este investigador, que la mayoría de las actividades que constituyen el hecho educativo común y abarcan el tiempo escolar tienen que ver con evaluaciones, copias, dictados, sanciones orales y escritas, rituales de control, de orden, de higiene o de recompensa (hallazgo observado en la escuela estudiada). Estas actividades nos muestran reiteradamente el tipo de relación social que se establece en el aula y más aún nos lleva a

preguntarnos: ¿Cómo se relaciona esto con un concepto de salud integral? ¿ Cómo influye en el desarrollo de la salud individual y grupal? Y entonces, ¿Cómo introducir estos otros modelos educativos constructivos?.

¡Salud es todo!

Una aproximación interesante a la noción de Salud Integral, es la reflexión de algunos de los adolescentes de la escuela, de que este tipo de trabajo tenía que ver con salud de manera implícita, porque salud es todo, es lo que hacemos todos los días, soy yo y los otros, es el ambiente, es la recreación, quizás esto habría que trabajarlo más, ya que la mayoría necesitaba hacer explícita la temática de la salud, sobre todo algunas maestras, quizás porque sólo lo asocian con los programas y contenidos académicos, formales, y lamentablemente sólo la médico expone la necesidad imperiosa de revisar los modelos educativos vigentes.

A pesar de algunos conflictos entre las jóvenes y los niños atendidos en 1era etapa de Básica, la experiencia fue gratificante y de ello considero que lo más importante para ambas partes es la posibilidad de integración, empatía y vínculo afectivo.

Las entrevistas con los adultos de la escuela, me confirman que se abre una brecha en la institución en cuanto al trabajo en Salud, al asesoramiento y a su propia situación. Aunque es una primera experiencia piloto si se quiere, abre paso tímidamente a la institucionalización de la *Línea de Salud* dentro del proyecto de escuela, que involucre el *asesoramiento interactivo constructivo*, el trabajo por *proyectos,* y la revisión de una situación de la escuela como sistema/ organización.

Considero que esta información se sintetiza en la posterior figura (#7) al brindar una imagen integrada de los hallazgos en el desarrollo del programa y su interpretación.

Fig.7 Integración e Interpretación de Resultados

Consideraciones Finales

- Se plantean estas primeras consideraciones, ya que el estudio de los hechos sociales y humanos es un proceso, por tanto, progresivo, inacabado, perfectible por su complejidad y cambiante, que se retroalimenta continuamente. Amerita desde esta perspectiva cualitativa de la investigación, no sólo claridad de propósitos, sino respeto, humildad y autocrítica en lo posible.
- Aunque parezca simple, considero que la primera y más importante consideración es recordar que hay una relación directa entre la concepción de salud, del asesoramiento y la *historia de evolución del pensamiento* en las ciencias, siendo resultado de *posturas filosóficas*.
- El constructivismo como paradigma ha influenciado mucho más a la psicología social comunitaria y aún queda mucho por revisar en las implicaciones que tiene para el asesoramiento, en particular en el ámbito educativo.
- Fundamentados en la evaluación cualitativa del proceso registrado y analizado en la U.E. "C" (realizada en la sección anterior), se puede decir que se cumplió el objetivo general del programa de asesoramiento como primera fase de un Proyecto de Promoción de la Salud Escolar.
- Los objetivos específicos propuestos en el programa se cumplieron parcialmente:

a) El primer momento de exploración de necesidades habría que intensificarlo con los padres y el resto del personal para complementar la información obtenida, sobre todo, conformar grupos reflexivos con los adultos al igual que se hizo con los jóvenes. Ciertamente, se inició la propuesta luego de varias conversaciones con el equipo promotor de la idea, sólo que sería conveniente extenderlo a los profesores, quizás algunas limitantes son el tiempo, la apertura y disponibilidad de ellos.

b) Considero que el servicio de bienestar estudiantil estuvo dedicado a la tarea, con la mayor motivación y apertura a la propuesta, sin embargo en ocasiones, se mantiene (inconscientemente) la actitud de que el asesor externo es el responsable y conductor total del trabajo. Quizás uno de los tropiezos mayores es el nivel de compromiso asumido, por jóvenes y adultos, no sólo porque pueda no sentirse como necesidad sino por la arraigada idea de que el experto es el que resuelve. Habría que seguir profundizando, a partir de la experiencia cómo se replantea su trabajo el servicio de bienestar estudiantil, ya que el seguimiento fue mínimo al finalizar la evaluación.

c) Quizás, se observan ciertos cambios a nivel de los integrantes del servicio de bienestar estudiantil y de algunos docentes al revisar la concepción de salud manejada por ellos, así como los modelos educativos utilizados.

d) La formación de los jóvenes como multiplicadores y gestores, es un elemento innovador en la escuela, y que se pretende mantener a través de la labor social que deben cumplir en el 5to año. Sólo que considero que la introducción de modelos interactivos constructivos debe promocionarse en el resto de la escuela, para que alumnos y docentes, entiendan y vivencien sus planteamientos, y progresivamente se validen y legitimen experiencias como estas, y no sea algo ajeno a la dinámica escolar.

e) El mayor impacto es de tipo social, al contribuir a la integración de grupos de alumnos de la escuela, de dos etapas de básica, siendo sólo un comienzo, el cual debe consolidarse en una segunda fase del Proyecto Salud. Por otro lado, también hay aportes puntuales en las estrategias, metodologías y filosofías de aprendizaje por parte del personal que participó directamente en el programa.

f) Finalmente, uno de los objetivos abordados plenamente, fue el trabajo interno con los grupos de jóvenes, ya que las reuniones continuas con la psicóloga y la médico, el registro de las sesiones y su análisis permitieron acompañar su proceso.

- Se evidencia con este programa que la salud puede ser atendida desde lo cotidiano, no amerita de sofisticados programas de intervención ni de especialistas en el área. En este caso particular, se intentó fundamentar el programa desde las necesidades sentidas e intereses de los miembros del grupo, con sus recursos personales y propiciando la participación.
- Se recomienda involucrar, de manera formal, a maestras y otro personal en este tipo de trabajo en pro de la integración, igualmente a los padres.
- Desde mi aproximación a la metodología cualitativa, como investigadora, me ha tocado vivenciar y reflexionar personalmente sobre el mito de la "objetividad científica" en la recolección y la interpretación de los datos, con la pretensión de alcanzar el máximo de fidelidad al dato, para contribuir a la validez del estudio y por tanto, a la utilidad teórica y práctica del mismo. Así mismo, en cuanto a programas o talleres preconcebidos por los "especialistas" que con la mejor intención, olvida que los sujetos pueden ser partícipes de todo el trabajo desde su delimitación hasta su evaluación, es decir democratizar y autogestionar este tipo de trabajo, con sus respectivas consecuencias éticas y sociopolíticas.
- Para la promoción de la salud desde lo cotidiano y con responsabilidad, las escuelas (basada en mi experiencia como promotora educativa) y esta institución particular, necesitan redefinirse en espacios interactivos, participativos, con un lenguaje diverso (artístico, plástico, no verbal), de reflexión grupal y en contacto con la vida.

- El maestro requiere rescatar su condición humana y de mediador de la experiencia pedagógica y la escuela como sistema, necesita diseñar un proyecto institucional que enfrente las exigencias comunitarias y responda al acervo de los niños, familias y personal que integran su comunidad educativa, y esto tiene que ver directamente con la salud.
- Considero que las actividades interactivas y los conceptos - propósitos del "Proyecto Educación para la Dignidad": Dignidad, Interacción Constructiva, Cohesión y Pertinencia de los Aprendizajes, aunque no se lo proponen en un inicio, tienen una repercusión positiva en la salud y en el desarrollo individual, grupal y colectivo. Igualmente, el nuevo diseño curricular de educación básica, da cabida a una concepción del hombre distinta, actor y constructor, lo que se refiere de nuevo a la salud y al desarrollo.
- Con este programa y un trabajo de investigación anterior (Golpe, 1998), los servicios de bienestar estudiantil y comunitarios, pueden tener algunos insumos útiles para redimensionar su trabajo de apoyo al aula y al maestro, ya que la salud se ha abordado, frecuentemente, desde acciones burocráticas y macropolíticas unidas a un discurso técnico que alienan al individuo y minimizan su conciencia sobre su propia salud, su co-responsabilidad y la posibilidad de participación. La transdisciplinariedad, los saberes comunitarios y el acervo personal y cultural, se convierten en elementos para promover la salud y entender los procesos humanos.
- En cuanto a los aspectos formales y metodológicos del estudio, se aprecia en los resultados, la posibilidad de enriquecer su alcance y cobertura en próximas investigaciones, al utilizar otras técnicas de recolección de información, como los registros etnográficos. Igualmente contrastarlo con otras escuelas y comunidades que permitan profundizar en otras realidades cercanas, además de validar los resultados con otros

jueces. Se recomienda continuar la investigación, de manera extensiva, con otros sujetos, por ejemplo, los maestros, creando grupos reflexivos y de apoyo con ellos para probar experiencias en sus aulas.

- Definitivamente, ésta ha sido una experiencia enriquecedora para mí como investigadora, profesional de la salud y como persona, no sólo por la disciplina y esfuerzo que exige un trabajo de esta naturaleza, por la continua necesidad de revisión y crítica, además de enfrentarme a mis propios conceptos en salud, en metodología, en asesoramiento y en participación comunitaria.

Referencias Bibliográficas

Arión, A., Toledo, A. (1997, May - Jun). Algunos Aspectos Relacionados con la Salud y con la Creación de una Escuela para la Salud. Caso Urbanización Cruz Verde. En Resúmenes de Ponencias del 4to Congreso Mundial de Investigación - Acción, Aprendizaje - Acción y Gestión de Procesos (págs. 187-188). Cartagena.

Attias, A. (1993) El Muñeco de Trapo Reflexiones sobre la Adolescencia. Caracas: Psicoanalítica.

Benaim, M. (1994). Sanación y Mente. Revista Argos, 20, Nov. - Dic. 71 - 107.

Calventus, J. (1995). Participación Comunitaria en Salud. Un estudio etnográfico en el sector O´Higgins de La Florida (Chile). En Montero, M. (coordinadora) (1997). Psicología y Comunidad. Memorias de Psicología Comunitaria, XXV Congreso Interamericano de Psicología (págs.314-326). Caracas : Universidad Central de Venezuela.

Cottone, R. (1992). Theories and Paradigms of Counseling and Psycotherapy. Massachusett : Allyn and Bacon.

Chopra, D. (1996). Las Siete Leyes Espirituales del Exito. (8va reimpresión). Colombia : Norma.

Dryfoos, J. (1993). Schools as Places for Health, Mental Health and Social Services. Teachers College Record, 94 - 3. 540-565.

Educación Básica: La Orientación. (1985). Serie : La Educación en Venezuela, 20. Caracas : Publicaciones Cerpe.

Esté, A. (1996, Octubre). Educación para la Dignidad. Proyecto Cambio Educativo. Folleto Resumen. Caracas : Fundatebas - U.C.V.

Esté, A. (1995). Educación para la Dignidad. El Cambio Educativo en Venezuela. Caracas : Tebas - Fondo Editorial Tropykos.

Giorgi, A (1997). The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. Journal of Phenomenological Psychology. 28 -2. 235-260.

Ginger, S. y Ginger, A. (1993). La Gestalt: Una Terapia de Contacto. México : Manual Moderno.

Golpe L., M. (1998, Diciembre) "El Significado de la Salud Mental en la Escuela Básica en Relación a la Promoción Comunitaria de la Salud". Tesis de Maestría en Educación. Universidad Nacional Experimental "Simón Rodríguez", Caracas.

González, F. (1992). Personalidad, Salud y Modo de Vida. Caracas : Fondo Editorial de Humanidades y Educación de la U.C.V.

Guba, E. (1990).The Paradigms Dialog. Sage Publications.

Health Promotion Services (1998, Feb). School Health Promotion Program. (8 hojas). (página Web en Internet). Health Department of Western Australia. En http :/ www. public health. wa.gov.au.

Juhnke, G.(1998, marzo). Mental Health Counseling Assessment. (5 hojas).(página web en Internet). Eric Digest. En http// www.ed.gov /eric_digest

Leis, R. (1990) ."El Arco y la Flecha". Caracas: Ediciones Acción Ecuménica.

Marcelli, D. y Braconnier, A, (1986). Manual de Psicopatología del Adolescente. México: Masson.

Martínez, M. (1997). El Paradigma Emergente: hacia una nueva teoría de la racionalidad científica. (2da edición). México: Trillas.

Martínez, M. (1995). Enfoques Metodológicos en las Ciencias Sociales. Revista Avepso, Vol.XVIII, 1. 39-47.

Martínez, M. (1996). La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación. Manual Teórico-Práctico. (1era reimpresión). México: Trillas.

Merchant, N. y Dupuy, P. (1996). Multicultural Counseling and Qualitative Research: Shared Worldview and Skills. Journal of Counseling and Development.74, 6. 537-541.

Montero, M.(1990) Perspectiva de la Psicología Comunitaria en América Latina. Revista de Psicología U.C.V. XV, 1-2. 91-108.

Montero, M. (1995). El Sentido y la Medida : Reflexiones sobre el Método. Revista Comportamiento, 4-1. 65-81.

Montero, M. (1997). Entre el deseo individual y la necesidad colectiva. En Montero, M. (coordinadora) (1997). Psicología y Comunidad. Memorias de Psicología Comunitaria, XXV Congreso Interamericano de Psicología (págs.314-326). Caracas: Universidad Central de Venezuela.

Omizo, M, Omizo, S. y D´Andrea, M. (1992). Promoting Wellness Among Elementary Scholl Children. Journal of Counseling and Developmet, 71 - 2. 194-198.

Organización Mundial de la Salud (1995). Orientación de la Atención Psiquiátrica en Sudamérica. Perú, Instituto Nacional de Salud Mental.

Organización Mundial de la Salud (1999, Febrero).Promoción de la Salud mediante las escuelas. (3 hojas). (página Web en Internet).. En http :/ww.ssa.gob.mx/dgps/adovol.htm

Organización Mundial de la Salud (1997, Octubre). 5- Year Plan Of Action. (5 hojas). (página Web en Internet). Division of Health Promotion, Education and Communication. En http : // www.who.ch

Organización Mundial de la Salud (1995). Salud Mental en el Mundo : problemas y prioridades en poblaciones de bajos recursos. Universidad de Harvard, Departamento de Medicina Social.

Organización Panamericana de la Salud (s/f). Programa de Salud Mental. División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Estilos Sanos de Vida y Salud Mental. Washington, D.C : Autor.

Ortiz, A. (1997). Proyecto de Adolescentes: una experiencia de promoción comunitaria en zonas rurales de la provincia de Tucumán, Argentina. En Montero, M. (coordinadora) (1997). Psicología y Comunidad. Memorias de Psicología Comunitaria, XXV Congreso Interamericano de Psicología (págs.314-326). Caracas : Universidad Central de Venezuela.

Osho. (1999). El Libro de la Nada (Hsin Hsin Ming). (Cuarta Edición). España: Neo Person.

Pacheco, E. (1994). La Salud como Proceso Humano, Psiquismo, Salud Mental, Prevención y Terapia Social en Salud Mental. En Salud y Sociedad. Cuadernos de Postgrado, 6. Fondo editorial Tropykos. 65-97.

Paris Spink, M. (1992). " Psicologia da Saúde: a estructuracao de un novo campo do saber", págs. 11 a 23. En Coelho, F. (1992) " Psicologia e Saude". Sao Paulo: Hucitec.

Park, P.(1993). Voices of Change. Participatory Research in the United States and Canada. U.S.A: Park, Brydon-Miller, Hall and Jackson.

Patton,M. (1988).Qualitative Evaluation Methods. (Novena Edición). California: Sage Publications.

Peavy, R. (2000, Enero).Constructivist Career Counseling. (4 hojas). (página Web en Internet). En http ://www.ed.gov./databases/ERIC_ Digests/ed401504.html

Price, R., Cioci, M. Penner, W., Trautlein, B. (1993). Webs of Influence : School and Community Programs that Enhance Adolescent Health and Education. Teachers College Record, 94-3. 487-517.

Schwandt, R. (1994). Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry. En Denzin, N. y Lincoln, Y. (Eds.), Handbook of Qualitative Research (pp. 118-128). California : Sage Publications.

Shye, D. (1996). Autocuidados en Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. División de Promoción y Protección de la Salud.

Steenbarger, B. (1991). All the World is not a Stage: Emerging Contextualist Themes in Counseling and Development. Journal of Counseling and Development. 70, 2, 288-296.

Stewart, D. y Shamdasani, P. (1990). Focus Group Theory and Practice. California: Sage Publications.

Texier, E. (1995). "Redes de Comprensión: Antropología y Hermenéutica". Tesis de Doctorado en Antropología. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Wu, L. (1995, Mayo). La Salud , la Medicina y el Poder : participación, comunidad y transdisciplinariedad (integración en una red de salud). Papel

de trabajo presentado al CENDES- Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Yin, R. (1984). Case Study Research. Beverly Hills : Sage Publications.

Programa de Asesoramiento para la Promoción de la Salud Integral en la Escuela: formación de promotores de la salud con alumnos del Ciclo Diversificado.

Lic. Maripili Golpe López

Abril,2000

ANEXOS

A. GUION DEL SONDEO DE NECESIDADES

Proyecto "Educación para la Dignidad"
Centro de Investigaciones Tebas - U.C.V.
Promotora : Lic. Maripili Golpe López.

Sondeo de Opinión : **"La Salud en la Escuela Básica".**

- ¿ Qué es la salud ? ¿ Cómo la concibes ?, y la salud en la escuela, ¿ Cómo la defines ?
- ¿ Qué áreas o factores tienen que ver con la salud de una persona ? ¿ y de un grupo ?
- ¿ Qué afecta la salud ? ¿ Qué es enfermedad ?
- ¿ Cuáles problemáticas relacionadas con la salud - enfermedad tienen que afrontar con más frecuencia en la escuela ?
- ¿ Cuál es el papel de la escuela y sus miembros en el desarrollo y preservación de la salud ?
- ¿ Qué limitaciones observas en tí y en la escuela respecto a la atención de la salud ?
- ¿ Qué fortalezas/ potencialidades observas en tí y en la escuela respecto a la atención de la salud ?
- ¿ Qué has hecho con relación a estos dos aspectos anteriores ?
- ¿ Qué aportes y experiencias previas pueden ayudar a trabajar sobre la salud en la escuela ? ¿ De quiénes y qué necesitarías para mejorarlas ?
- ¿ Cuál crees que sería mi participación ? ¿ En qué y cómo quieres mi apoyo y asesoría ?
- ¿ Qué crees que deba contener un programa intensivo de atención y prevención en salud en la escuela ? ¿ Cómo te gustaría que se llevara a cabo ?
- ¿Cómo lo relacionas con el nuevo diseño curricular para I etapa y con el Proyecto Educación para la Dignidad ?, es decir, ¿ con tu trabajo diario en aula y en la escuela ?

julio 27, 1998

B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cuarto Año

Objetivo: Rescatar y acondicionar un espacio físico de la escuela para la recreación y esparcimiento de los miembros de la institución, en particular los alumnos del bachillerato.

Fecha	Actividades
25/2/99	▪ Entrega por cada participante de un punto asignado del proyecto para discutirlo y ensayar su promoción. ▪ Ejercicio: Yo supongo que..., expectaciones, exigencias. ▪ Asignación :
4/3/99	▪ Reunión con Directivos para hablar del proyecto y buscar apoyo. ▪ Ejercicio: Dibujo Colectivo ▪ Asignación :
11/3/99	▪ Promoción con alumnos y Profesores. ▪ Ejercicio: Frases nosotros, yo, porqué, pero... ▪ Asignación :
18/3/99	▪ Promoción con la Comunidad Educativa ▪ Ejercicio: Perdidos en el espacio ▪ Asignación :
25/3/99	▪ Inventario y búsqueda de recursos materiales y humanos ▪ Ejercicio: Un grupo ayudando a otro ▪ Asignación :
8/4/99	▪ Acondicionamiento del lugar ▪ Ejercicio: Elección de un líder ▪ Asignación :
15/4/99	▪ Acondicionamiento del lugar ▪ Ejercicio: creciendo ▪ Asignación :
22/4/99	▪ Acondicionamiento del lugar ▪ Ejercicio: conexión u organismo submarino ▪ Asignación :
29/4/99	▪ Acondicionamiento del lugar ▪ Ejercicio: ronda de confianza
6/5/99	▪ Diseño del funcionamiento y actividades para el uso del lugar. ▪ Ejercicio: frases incompletas
13/5/99	▪ Seguimiento/ normas de mantenimiento ▪ Ejercicio: rumor / somos mandarinas

Fecha	Actividades
20/5/99	▪ Evaluación de logros ▪ Ejercicio: lo que más y menos me gusta de una actividad común
27/5/99	▪ Cierre: ▪ Ejercicio: ensartar lápiz en la botella/ red pabilo.

MGL

QUINTO AÑO

Objetivo: Promoción de la salud de los miembros de la institución, a través de actividades elegidas para desarrollar la labor social asignada en el programa de estudios del curso.

Fecha	Actividades
25/2/99	▪ Entrega por cada participante de un esquema asignado del proyecto para discutirlo y estructurar el sondeo de las necesidades del grupo a atender. Discusión por parejas ▪ Ejercicio: Historia de Burros, Espaciograma ▪ Asignación :
4/3/99	▪ Revisión diagnóstico realizado por parejas. ▪ Ejercicio: formar una máquina ▪ Asignación :
11/3/99	▪ Diseño del programa concreto ▪ Ejercicio: Lazarillo/ Arcilla imaginaria ▪ Asignación :
18/3/99	▪ Seguimiento de la labor realizada en la semana: autoevaluación ▪ Ejercicio: Perdidos en el espacio/Jerigonza/ Deberías ▪ Asignación :
25/3/99	▪ Seguimiento de la labor realizada en la semana: coevaluación ▪ Ejercicio: formando grupos ▪ Asignación :
8/4/99	▪ Seguimiento de la labor realizada en la semana: ▪ Ejercicio: Necesidades, deseos, carencias ▪ Asignación :
15/4/99	▪ Seguimiento de la labor realizada en la semana: ▪ Ejercicio: conversación con las manos ▪ Asignación :