

## **Representaciones sobre salud enfermedad atención construidas por docentes y potencialidades para construir un patrón de consumo contextualizado saludable**

Para indagar estos aspectos se realizó un **Grupo Focal** con docentes de la institución, con el propósito de relevar las representaciones del proceso salud-enfermedad-atención de docentes de escolares y sus potencialidades como mediadores de pautas alimentarias saludables en la escuela.

Se registró audio y tomaron notas de campo. Participaron en esta estrategia (14 docentes) de ambos turnos en sesiones de dos horas de duración durante un horario intermedio de finalización del turno mañana e inicio del turno tarde (12hs a 14hs). El grupo fue filmado (previo consentimiento informado) y se reunió en el espacio físico asignado por la institución, un aula con bancos móviles (lo que facilitó la conformación de un círculo). La composición<sup>1</sup> del grupo fue homogénea, por estar constituido por docentes de la misma institución. Al mismo tiempo tuvo una composición heterogénea en lo referente a los roles de los mismos al interior de la institución: directivos, docentes de grado, de educación física, música, integradoras, edad, sexo (mayoritariamente femenino) y antigüedad en la escuela. Participaron además tres miembros del equipo de investigación en roles de: coordinador, registro y documentación de los datos. El coordinador moderó la participación siguiendo un guión temático que incluyó los siguientes ejes de discusión: prácticas y concepciones del proceso salud enfermedad atención (PSEA), rol docente en promoción/educación para la salud y opinión docente en relación a la participación de las familias de los escolares en la salud de sus hijos. Previa desgrabación y transcripción se procedió al análisis y categorización descriptiva e interpretativa de los decires de los docentes

**Resultados:** se arribó a las siguientes categorías sobre las representaciones construidas por los docentes de la escuela sobre PSEA y su relación con pautas alimentarias

### **Representación de salud-enfermedad**

\* Identifican al estado de enfermedad con el stress o malestar, el dolor, la situación límite y refieren a la salud con la buena alimentación, el ejercicio, el entorno laboral agradable, el humor, la distracción.

### **Jerarquización de las prioridades en salud-enfermedad**

\*La presencia o ausencia de prácticas preventivas/curativas en salud de los propios docentes varía de acuerdo al tipo de problemáticas, estableciéndose una jerarquía según se trate de problemas focalizados en lo biológico o en lo socio-emocional.\*A mayor riesgo biológico, mayor es la justificación de prácticas preventivas, mientras que lo que no reviste este carácter se relega a lo curativo o bien se descalifica.\* Cuando se trata de la salud de sus hijos no se observa tal jerarquización, siendo sus prácticas predominantemente preventivas.

---

.

## **Distancia social actuante en las representaciones de los docentes sobre las prácticas de atención en materia de salud.**

\*La referencia de los docentes al proceso salud-enfermedad-atención se vincula con aspectos propios del modelo biomédico imperante en la sociedad, lo que reproduce un modo de relación jerárquico verticalista en donde el poder está concentrado en el poseedor del saber científico-técnico, desconociendo y negando el saber social (popular). A partir de esta representación, el docente toma distancia de “los otros”, los escolares y los padres de los mismos, poniendo de manifiesto “una distancia social” significativa, identificándose ellos, como poseedores de conocimientos y prácticas idóneas en salud. De acuerdo a esto, los docentes se identifican como padres “más preventivos” en cuanto a la salud de sus hijos, que los padres de sus alumnos.

## **Accesibilidad material y cultural a la atención en salud**

\*Los docentes expresan malestar ante la falta de accesibilidad a la salud de los pobladores de la comunidad educativa reconociendo que existen desigualdades territoriales o geográficas en la oferta de servicios de salud entre los diferentes barrios. Sin embargo, atribuyen a desinterés de los pobladores el que no resuelvan los problemas de salud de sus hijos.

## **Tensión entre el discurso y las prácticas de salud**

\*En los decires de los docentes se identifica una tensión entre lo que se reconoce como “lo que se debe hacer en términos de prácticas de salud”, que incluyen las prácticas preventivas y curativas, y lo que realmente reconocen “hacer”. \*El deber ser en relación al cuidado de la salud, se focaliza para las “prácticas del otro”, pero cuando se refiere a sus propias prácticas preventivas, encuentran racionalizaciones justificantes al no concretarlas.

## **Prácticas de educación para la salud y alimentación como contenido de enseñanza**

\*Las docentes identifican a la problemática de la alimentación como un “contenido teórico” integrador de perspectivas biológicas, actitudinales, comunicacionales. Es quizás el tema, desde la teoría, en el que más ven la importancia de la prevención para mantenerse sanos. Sin embargo esto no se refleja en las prácticas institucionales sobre alimentación.

## **Rol de los docentes en la apropiación y construcción de prácticas saludables**

\*Los docentes, en sus propuestas pedagógicas, manifiestan un enfoque prescriptivo-normativo en el abordaje de la problemática de salud, centrándola en la transmisión de conocimientos. \*Si bien expresan que el mayor impacto se logra cuando trabajan juntos en proyectos, los mismos no son integrados al currículo áulico, permaneciendo paralelos al contenido escolar. \*No se perciben ellos mismos como facilitadores del empoderamiento de la comunidad educativa para garantizar el derecho a la salud.

## **CONCLUSIONES**

Del análisis de la información de la dimensión biológica y sociocultural, se concluye la necesidad de profundizar aspectos que se vinculan con la dificultad de las familias para acceder a la atención y cuidado de la salud, situación que se desprende de los resultados relevados en ambas dimensiones, puesto que la mayor parte de los niños tienen experiencia de caries (82.39%), más de la mitad de los elementos dentarios con caries están en actividad, sin tratamiento restaurador (61.11%), el porcentaje de restauraciones es bajo, presentando mayor índice de restauración el grupo de niños de 10 a 12 años de edad.

La mayor parte de los riesgos de la oclusión presentes en ambos grupos - hábitos deletéreos, pérdida de espacio eruptivo, traba o interferencia dentaria, respiración bucal, deglución disfuncional- son prevenibles con intervenciones de concientización y atención primaria de la salud.

Con respecto al perfil de consumo de alimentos los niños mayoritariamente (96,25%) refieren consumir alimentos durante el recreo escolar; diferenciándose su procedencia en:

kiosco escolar (31,6%), kiosco aledaño a la escuela (17,84%), trae de la casa (14,7 %) y combina opciones (31,6%).

En la oferta de productos de ambos kioscos- escolar y externo- predominan los alimentos dulces de bajo costo (72%) lo que coincide con el consumo observado en los niños, en el cual predominan estos productos (73,9%).

El consumo real observado y explicitado por los niños en las encuestas, no coincide con el perfil de preferencia, el que es más saludable. Por ello consideramos necesario identificar los factores que podrían actuar como condicionantes de la elección alimentaria en el recreo, entre los que se encuentra la oferta del kiosco escolar, cuyos productos a la venta no consideran la preferencia saludable de los niños sino los costos -información obtenida a través del cuestionario iconográfico y de entrevistas al personal a cargo del kiosco- a fin de desarrollar estrategias de intervención tendientes a promover la reflexión sobre aspectos nutricionales relacionados con hábitos alimentarios.

Respecto a la preferencia de alimentos, como el patrón de consumo, expresadas en residuos de lo consumido por los niños, se destaca que los alfajores, caramelos, galletitas duces, chupetines, juguitos y chocolates conforman más del 60% de los alimentos consumidos durante la jornada escolar, todos perteneciente al Grupo 6 del Ovalo alimenticio.

A partir del análisis de distribución proporcional del consumo de alimentos en la jornada escolar para cada grupo del ovalo nutricional, se destaca problemático el aumento significativo en el consumo del Grupo 6 (dulces y azúcares) (82%), siendo el consumo requerido para este grupo, según la proporcionalidad del equilibrio de consumo de alimentos sugerida por Kizlansky, 2011, para lograr en un día de consumo saludable en la jornada escolar, de un 2% diario.

En la preferencia expresada por los escolares y sus familiares, de alimentos para consumir en el recreo, se observa la opción por cereales, lácteos y frutas y en último lugar las golosinas.

Esta diferencia que existe entre lo que desean consumir (saludable) y lo que realmente consumen durante la permanencia en la escuela (dulces de bajo costo), nos lleva a problematizar sobre la oferta y la demanda de los productos ofrecidos en el kiosco escolar, como condicionante del consumo, lo que deberá ser tenido en cuenta en el momento de diseño de la estrategia de promoción de salud.

Con respecto a las opiniones y concepciones de los padres sobre la alimentación saludable, se observa acuerdo en los alimentos señalados por ellos como saludables y los identificados por los niños en esta categoría. No obstante a partir de la lectura de estos resultados, obtenidos mediante la técnica de entrevista con guión, es posible inferir la necesidad de recurrir a un grupo focal como medio de indagación más profunda de las representaciones y comportamientos de los padres respecto de las relaciones entre salud y alimentación.

Referente a las concepciones de salud-enfermedad de los escolares, estos refieren una concepción integral de salud, focalizan el impedimento físico y social que genera la enfermedad y destacan el contacto social y la alimentación como práctica saludable. Por ello son necesarias acciones colectivas que fortalezcan las redes vinculares entre los niños tanto en

contexto escolar como barrial a favor de la salud.

En relación a las representaciones de salud de los docentes y la potencialidad para implementar actividades de promoción de salud en el contexto escolar, se destaca como problemático, la reiteración en el discurso docente de descalificación de actitudes de los padres de sus alumnos, connotando negativamente a sus prácticas de salud. No obstante algunos docentes, aunque en menor número pueden, desde una mirada comprensiva, explicar que no se trata de una actitud cultural de indiferencia o comodidad sino que la atribuyen a la interacción cultural con lo estructural de la pobreza y vulnerabilidad de los pobladores de esa comunidad educativa. Otro aspecto relevante es que consideran una carga extracurricular el tener que ocuparse de proyectos de salud, expresando impotencia ante la escasa o nula respuesta colaborativa de los padres, no evidenciando una mirada crítica y global de la situación, la que permitiría analizar la propia responsabilidad en las estrategias comunicacionales que desde la escuela se implementan para convocar a los pobladores a participar.

Las representaciones negativas que los docentes tienen sobre la participación de los padres de sus alumnos en prácticas de salud, plantea la estrategia de generar espacios de reflexión y de resignificación de miradas a fin de lograr acciones colaborativas de estos mediadores de salud. Sin esta resignificación de representaciones de salud naturalizadas pueden darse repercusiones en la implementación de estrategias de promoción de la salud en la escuela. Con estos resultados se visualiza que queda pendiente para una nueva etapa de investigación, el rescatar, en grupos focales con padres las representaciones por ellos construidas sobre PSEA.

Numerosos autores han planteado el problema de la enseñanza de la educación para la salud en el contexto escolar, sin embargo no suelen enfocarlo a partir del componente simbólico-experiencial de las representaciones que sobre el proceso salud-enfermedad-atención, han construido sus actores (alumnos, padres, personal de la escuela) potenciales mediadores en la construcción de conductas saludables.

Nuestro equipo de investigación busca *“trabajar con el proceso de producción de significados que apuntan a la indagación e interpretación de fenómenos ocultos a la observación del sentido común. Se busca interpretar en profundidad y detalle para dar cuenta de comportamientos sociales y prácticas cotidianas”*, como en este caso las prácticas de salud (Vasilachis de Gialdino I, 1993).

Por lo expuesto se recurre al estudio de la Fenomenología y Representaciones Sociales, asumiendo que la realidad se construye y significa desde múltiples perspectivas, tales como las comunicaciones e interacciones entre las personas que son moldeadas y moldean la manera de percibir, significar y actuar en las prácticas de salud.

