



Mejora de hábitos de vida saludable y calidad de vida en una comunidad de aprendizaje a través de programas de educación comunitaria sobre salud

Improvement of healthy lifestyles and quality of life in a learning community through community health education programmes

Francisco Javier Domínguez Rodríguez¹, José Raúl Dueñas Fuentes²,
y Ascensión Palomares Ruiz¹

¹Universidad de Castilla La Mancha, España; ²Consejería de Salud y Familias de Andalucía, España

Resumen

En Andalucía se han venido desarrollando durante los últimos años experiencias participativas llevadas a cabo por centros configurados como Comunidades de Aprendizaje que van consiguiendo, paulatinamente, transformar la realidad socioeducativa de la escuela y su entorno, movilizándolo la aportación cultural y educativa de muchas personas implicadas en la mejora de la educación. En este artículo se mostrará si a través de dichas aportaciones, y llevando a cabo programas de educación comunitaria sobre salud, mejora la calidad de vida de un centro transformado en comunidad de aprendizaje, donde el 84% del alumnado es de etnia gitana, durante el curso 2018/19. La metodología de investigación utilizada responde al enfoque comunicativo crítico, buscando la descripción y/o interpretación de la realidad, y además pretende ayudar a transformar esa realidad. Dicha metodología está basada en el diálogo igualitario entre la comunidad científica y las personas cuya realidad sea objeto de investigación. A través de las entrevistas en profundidad de orientación comunicativa y los grupos de discusión comunicativos se vislumbrará que el alumnado ha mejorado sus hábitos de vida saludables, manifestándose también que lo aprendido en la escuela se encuentra, a menudo, en conflicto con lo que adquieren en su entorno familiar.

Palabras clave: Comunidades de Aprendizaje; calidad de vida; etnia gitana; hábitos de vida saludables.

Abstract

Over the last years, participative experiences carried out by educational centres set as Learning Communities have been developed in Andalusia. Those communities are gradually making the socio-educational reality of schools and their environments be transformed through the promotion of cultural and educational contributions from many people involved in the improvement of education. This article will show if the living standards of an educational centre that was transformed into a learning community and where 84% of its students are of gypsy origin improved thanks to the aforementioned contributions and the implementation of community health education programmes during academic year 2018-2019. The research methodology is based on the critical communicative approach in an attempt to find a description and/or interpretation of reality. It also aims to help transform that reality. This methodology relies on the egalitarian dialogue between the scientific community and the people whose reality is subject to study. Throughout the in-depth interviews of communicative nature and the discussion groups, it will be revealed that students have improved their healthy lifestyles, and also that what they learn at school often comes into conflict with what their get from home.

Keywords: Communities, living standards; gypsy origin; healthy lifestyles.

Fecha de recepción: 22/06/2020

Fecha de aceptación: 01/07/2020

Correspondencia: José Raúl Dueñas Fuentes, Consejería de Salud y Familias de Andalucía, España
Email: jose.raul.duenas@hotmail.com

Introducción

La Educación para la Salud (en adelante EpS) ha sido reconocida a nivel internacional en la carta de Ottawa de 1986. Hasta la actualidad han existido otras ocho Asambleas Mundiales de promoción de la salud, cada una de ellas orientaba la concepción de la misma y definía las distintas líneas de trabajo. En la carta de Ottawa se concretaba que la educación para la salud es "el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud" (O.M.S.,1986).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la EpS se puede definir desde dos puntos de vista. En primer lugar, se basa en suministrar a las personas los distintos conocimientos, habilidades y destrezas que se precisan para la promoción y la protección de su salud. En segundo lugar, ayuda a la capacitación de las personas para que éstas sean partícipes de forma activa en la determinación de las necesidades sentidas y en confeccionar intervenciones para lograr los objetivos que se habían marcado en materia de salud. Desde esta concepción podemos definir que los dos grandes lugares donde se va a desarrollar la EpS son los centros educativos y los centros sanitarios (Fortuny y Gallego,1988).

La EpS es un potente instrumento que tiene utilidad para la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades y también un papel protector porque fomenta la promoción de la salud. Tiene la capacidad de suprimir las desigualdades de salud que puedan existir entre las personas y poblaciones como también puede ayudar a resolver las inequidades que puedan existir cuando se va a acceder al sistema sanitario. Por último, reseñar que fomenta la participación de las personas en el cuidado de su propia salud a través de los autocuidados, con el fin de que se empoderen y puedan ser elementos activos que formen parte de su proceso de salud-enfermedad (Perea, 2009).

La escuela, junto con la familia, son los dos lugares esenciales donde los niños y niñas desarrollan su propia conducta, sus valores sociales y, a su vez, adoptan estilos de vida a través de unos hábitos de vida más o menos saludables. Una de las tareas que se le atribuye a la escuela es que el propio alumnado obtenga una serie de habilidades educativas y conocimientos para que pueda vivir de forma creativa en este mundo tan cambiante. Aunque la escuela es el principal lugar donde los alumnos obtienen competencias relacionadas con la salud, no podemos olvidar que existen una serie de factores externos a los centros educativos que también tienen influencia; como pueden ser el propio estado de salud del alumnado, la familia, los medios de comunicación, las presiones del grupo y los determinantes derivados a la biología humana. Es preciso que todas las actuaciones en el campo de la salud escolar se lleven a cabo dentro de este contexto. En los últimos veinte años han ido apareciendo diferentes estudios de investigación que ponen de manifiesto que las intervenciones de EpS en la escuela son eficaces y de gran utilidad cuando difunden los conocimientos necesarios, desarrollan diferentes habilidades y ayudan al alumnado a que adopten conductas saludables. Todo ello, permite que se adquieran unas conductas positivas que sean totalmente saludables (Monsalve, 2013).

Las principales enfermedades y problemas de salud de los países industrializados se encuentran influenciados por las conductas y los estilos de vida poco saludables. Muchos de esos problemas tienen que ver con la mala alimentación, el estado emocional, los accidentes que son prevenibles, el sedentarismo y las conductas adictivas.

Se ha evidenciado que casi el 20% de los menores de edad padecen problemas derivados del desarrollo emocional y de conductas. Se hace necesario que la población adopte o modifique sus conductas hacia otras más saludables para conseguir mejorar la salud y la calidad de vida de las personas. Las actividades de educación y promoción de la salud tienen mayor impacto que las curativas en las personas (O.M.S., 2017).

Si analizamos y comparamos el nivel de salud de la población gitana con la española a través de los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2014, podemos evidenciar que en los indicadores que se analizan la población gitana es la que peores resultados obtiene. Muchos de los indicadores se ven influenciados de forma negativa por los condicionantes sociales en salud, si los comparamos con grupos similares del mismo nivel socioeconómico de la población total (MSSSI, 2016).

La EpS pretende que los individuos sientan el deseo de ir en busca de la salud y encontrarse sanos para que, de forma individual y/o comunitaria, se adopten medidas que contribuyan a mejorar o mantener su nivel de salud. Desde esta visión, se puede evidenciar que la EpS es una herramienta eficaz para adoptar, mantener o configurar los valores, conductas y estilos de vida saludables. La escuela tiene una gran influencia en la adopción y en el mantenimiento de los estilos de vida de los niños y niñas mediante el proceso de socialización secundaria y constituye un lugar donde el alumnado pasa muchas horas a lo largo del día y durante muchos años, al menos diez años en la enseñanza obligatoria (Davó, 2009). La escuela siempre ha sido un lugar elegido para difundir la EpS y así poder influir en el alumnado para que éste adopte unos hábitos de vida más saludables. Si bien siempre ha estado en el currículo escolar mediante los temas relacionados con la higiene, la alimentación y la nutrición humana, desde la aprobación de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), que se aprobó en el año 1990, se vislumbró cuáles iban a ser las enseñanzas mínimas en EpS en los diferentes niveles del sistema educativo y sus objetivos (Gavidia, 2001). Para Educación Primaria (6-12 años), los objetivos serán conocer y apreciar el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo aceptando hábitos de salud y bienestar y valorando las repercusiones de determinadas conductas sobre la salud y la calidad de vida. En el caso de la Educación Secundaria (12-16 años) se plantean como objetivos conocer y comprender los aspectos básicos del funcionamiento del propio cuerpo y las consecuencias que para la salud individual y colectiva tienen los actos y las decisiones personales, así como valorar los beneficios que suponen los hábitos relacionados con el ejercicio físico, la higiene y una alimentación equilibrada, junto con llevar una vida sana.

Como novedad, la EpS se llevará a cabo en la escuela contemplando todas sus dimensiones ya sea la física, la psíquica o la social (Gavidia, 2001).

La Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE), también plantea que la EpS se desarrollará como un tema transversal y que tiene que estar presente en la totalidad de asignaturas.

Como anteriormente hemos explicado, los últimos estudios evidencian la eficacia y la sostenibilidad de las intervenciones de la EpS, pero no podemos esperar que, desde el campo de la educación, se le pueda dar respuesta o solución a la totalidad de problemas que afectan a la salud o al ámbito social sin contemplar otras intervenciones desde el campo de salud pública que son totalmente ajenas al mundo de la educación (Monsalve, 2013).

Contexto de estudio y origen de la experiencia

El estudio se llevó a cabo en el CEIP Santa Teresa Doctora de Linares (Jaén), centro de titularidad pública y con alumnado perteneciente a barriadas que están consideradas las más pobres de la ciudad. Las familias suelen estar desestructuradas y, a veces, los padres están o han estado en la cárcel, son drogodependientes o han abandonado el hogar. La mayoría de ellos están parados o son pensionistas, y el resto se dedica a la venta ambulante o vive de la recogida de chatarra y de ocupaciones de temporada. Abundan las familias con un nivel cultural bajo con analfabetos funcionales. El 84% de su alumnado es de etnia gitana y presenta fuerte déficit en las materias instrumentales.

Desde el curso 2011/12 el centro es una comunidad de aprendizaje y ha notado una mejoría en cuanto a la bajada de niveles de absentismo, mejora de la convivencia y de los resultados escolares, y conseguir una verdadera inclusión educativa; todo ello gracias a la implicación del conjunto de la comunidad educativa. No obstante, existía en el centro una inquietud por mejorar los hábitos de vida saludables de su alumnado, ya que los docentes observaban hábitos insalubres como el de no lavarse nunca las manos, tener un almuerzo basado en bollería industrial y no lavarse los dientes tras comer en el comedor escolar, entre otros. Todo ello, daba lugar a abundante caries, obesidad infantil o enfermedades infecto-contagiosas (pediculosis). Esto hizo pensar que quizás se podría conseguir mejorar la calidad de vida y estos hábitos a través de la promoción de la salud comunitaria y de programas educativos basados en la comunidad, aspecto que defiende el proyecto de comunidades de aprendizaje.

No es un modelo donde se interviene en un solo sentido, profesorado-alumnado, sino que se facilita además la intervención de otros agentes voluntarios como pueden ser estudiantes de magisterio, familiares, así como otros maestros y maestras ya que "todas las personas poseemos habilidades comunicativas, entendidas como aquellas que nos permiten comunicarnos y actuar en nuestro entorno" (Flecha y Puigvert, 2015, p. 32). Todo ello se conseguirá a través del aprendizaje dialógico y las interacciones entre el conjunto de la comunidad educativa, de manera que, "la orientación bajo esta perspectiva sería la de intervenir educativamente en todos esos contextos y fomentar las interconexiones entre todos ellos, coordinando las acciones educativas que se realizan en cada uno de forma que aumente su impacto" (Aubert, Flecha, García, Flecha y Racionero, 2008, p. 88).

Durante el curso 2018/19, el centro educativo decidió participar en la totalidad de programas de Salud de la escuela que oferta la Consejería de Educación, como son: Programa de Alimentación Saludable en Educación Primaria, Plan de Consumo de Fruta en comedores escolares en Educación Primaria, Programa "Aprende a Sonreír" de Promoción de la Salud Bucodental en Educación Primaria y el Programa "DINO" de prevención de drogodependencias y adicciones en Educación Primaria. Además, toda la comunidad educativa (profesorado, alumnado y familias/voluntariado) participaron en un programa formativo de EpS comunitaria sobre primeros auxilios, hábitos de vida saludable y educación emocional, entre otros, llevado a cabo por el Centro del Profesorado y por especialistas del Distrito Sanitario de la zona.

Objetivos de la investigación

Como objetivo general de la investigación se propuso conocer si el desarrollo de programas de educación comunitaria para la salud que se implantan en la escuela es efectivo en el alumnado y, en definitiva, en toda la comunidad educativa.

También se marcaron unos objetivos específicos, siendo los siguientes:

1. Conocer cuáles son los hábitos saludables del alumnado gitano en las diferentes categorías estudiadas.
2. Descubrir si los conocimientos de la EpS que se han transmitido en los diferentes programas educativos y formación impartidos han modificado hábitos y conductas en el alumnado gitano en las diferentes categorías estudiadas.
3. Saber cómo perciben el alumnado gitano, sus padres y madres, y los docentes del centro educativo la utilidad que tienen los diferentes programas de EpS en la escuela.
4. Destacar cuáles son las barreras que dificultan la consecución de los objetivos de los distintos programas de EpS en el alumnado gitano.

Desarrollo

Método y Participantes

La metodología utilizada en el presente estudio responde al enfoque comunicativo crítico (Gómez, Latorre, Sánchez, y Flecha, 2006). Dicha metodología no solamente busca la descripción y/o interpretación de la realidad, sino que pretende ayudar a transformar esa realidad. La metodología comunicativa crítica está basada en el diálogo igualitario entre la comunidad científica y las personas cuya realidad sea objeto de investigación, de manera que la propia investigación sea el resultado de una pluralidad de voces (Touraine, Wieviorka, y Flecha, 2004). Por todo ello, la investigación se enriquece gracias a las interpretaciones y experiencias de los "protagonistas" de la investigación. Los métodos y técnicas de recogida de datos que se emplearon, así como los participantes del estudio se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1.

Resumen de las técnicas, códigos y participantes del estudio.

Técnica	Código	Participante/s
<i>Observación</i>	OBS ^a _	Toda la Comunidad de Aprendizaje del CEIP Santa Teresa Doctora de Linares (Jaén)
<i>Entrevista</i>	EPD ^b	Directora CEIP
<i>Entrevista</i>	EPM4 ^c	Maestra 4º Educación Primaria
<i>Grupo de Discusión</i>	GDMV ^d	Diez madres voluntarias
<i>Grupo de Discusión</i>	GDA ^e	Diez alumnos/as de 5º y 6º de Educación Primaria

Nota: ^aOBS_: observaciones; ^bEPD: Entrevista en Profundidad de Directora; ^cEPM4: Entrevista en Profundidad de Maestra de 4º Educación Primaria; ^dGDMV: Grupo de Discusión de Madres Voluntarias; ^eGDA: Grupo de Discusión de Alumnado.

Para el análisis de los datos en la investigación cualitativa es necesario recurrir a la codificación y la segmentación de la información en unidades de análisis, para su posterior categorización en las diferentes categorías que se han definido.

Para De Souza (2003), el concepto de categoría lo define como:

“Un concepto que abarca elementos o aspectos con características comunes o que se relacionan entre sí. Esa palabra está relacionada a la idea de clase o serie. Las categorías son empleadas para establecer clasificaciones. En este sentido trabajar con ellas implica agrupar elementos, ideas y expresiones en torno a un concepto capaz de abarcar todo” (p. 52).

Precisamente, para apoyar este análisis y cumplir todos los criterios de rigor de una investigación de este tipo, realizamos una representación de estas categorías para el análisis de la información en la Tabla 2. La categorización en el estudio de investigación se ha realizado de una forma deductiva.

Tabla 2.

Categorización para el proceso de análisis de nuestro estudio.

Contexto	CEIP Santa Teresa Doctora De Linares (Jaén)					
	Conocimiento y mejora de los hábitos de vida saludable			Promoción de la salud		
<i>Categorías de análisis</i>	<i>Actividad física y alimentación saludable</i>	<i>Hábitos higiénicos y salud bucodental</i>	<i>Educación sobre drogas: alcohol, tabaco y otras drogas</i>	<i>Salud emocional y aceptación social</i>	<i>Seguridad vial y prevención de riesgos y accidentes</i>	<i>Prevención de la enfermedad a través de las vacunas</i>
Perspectiva del Alumnado	A1	A2	A3	A4	A5	A6
Perspectiva del Profesorado	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Perspectiva del Voluntario/ Familiar	VF1	VF2	VF3	VF4	VF5	VF6

Resultados

En la Comunidad de Aprendizaje del CEIP Santa Teresa Doctora de Linares (Jaén) el proceso de enseñanza-aprendizaje no recae exclusivamente en manos del profesorado del centro, sino que depende de la implicación conjunta de diferentes sectores: familias, asociaciones y voluntariado, incluyendo al personal docente de este centro educativo. El centro se encuentra inscrito en el Programa

de Alimentación Saludable en Educación Primaria y en el Plan de Consumo de Fruta en comedores escolares en Educación Primaria, además participa en muchas acciones y programas educativos relacionados con esta temática que han mejorado aspectos como:

Actividad física y alimentación saludable

Casi la totalidad del alumnado antes de acudir al colegio ha desayunado algo en casa, también suele llevarse algo de comida al colegio y durante el recreo suele tomárselo, pero abundan la bollería y los zumos industriales. A ello hay que añadir que, en el grupo de discusión del alumnado, los alumnos reconocen que suelen consumir diariamente dulces, frutos secos, patatas fritas y chucherías, así como que les gusta la fruta, pero no a todos les gusta comer verduras.

En el comedor escolar observamos que los días que existe algún plato de verdura, muchos de los niños/as no suelen terminárselo, y sólo algunos no toman nada y se lo dejan sin tocar, el único postre que se sirve con el menú es la fruta (al menos dos tipos a elegir a diario) y no existe ninguna variedad de postres tipo flan, natillas, etc. El menú escolar es totalmente saludable y equilibrado.

Los niños y niñas de etnia gitana consideran que comer frutas y verduras es importante para su salud, pero, a pesar de ello, comen a menudo hamburguesas y pizzas, que no las consideran sanas. Este mismo hecho es el que Quirós, Torres y Villalobos-Sand (2015) pudieron observar en el desarrollo de su investigación, en la que los niños y niñas tenían los conocimientos y eran conscientes de que llevar a la práctica determinadas acciones en su vida cotidiana les podía servir para mejorar sus hábitos alimentarios y su propia salud, pero, sin embargo, no las aplicaban.

Los padres y madres de los niños y niñas de etnia gitana, así como sus hijos e hijas, y el profesorado del centro, consideran de gran importancia y utilidad que se expliquen temas de alimentación en la escuela.

Comen mejor ahora la fruta, antes no comían apenas y ahora parece que sí están comiendo (GDMV, M1).

Mis hijas siempre han comido muy bien la fruta, pero si he visto que come menos dulces, chucherías y toma más verdura (GDMV, M2).

Sabemos que aquí en el cole comer fruta se lo inculcan desde muy pequeños, porque desde los tres años que llevan en el cole le están inculcando los buenos hábitos de la alimentación. La verdad que come mucho mejor (GDMV, M3).

En cuanto a la actividad física, los niños y niñas de etnia gitana la practican fuera del horario escolar. Suelen ser poco sedentarios y les gusta mucho moverse. El profesorado considera que se ha mejorado la actividad física del alumnado gitano a través de las diferentes actividades de EpS relacionadas con este tipo de actividad y el deporte, pero que ya este alumnado realizaba previamente mucha actividad física dentro y fuera del centro. Conviene considerar en esta categoría "la materia de Educación Física como medio idóneo para el trabajo con jóvenes desfavorecidos, ya que [...] todos muestran alto interés por la materia" (Lamonedá, 2020, p. 61).

Hábitos higiénicos y salud bucodental

El CEIP Santa Teresa Doctora se encuentra inscrito en el Programa "Aprende a Sonreír" de Promoción de la Salud Bucodental en Educación Primaria y realiza un taller de prevención de piojos.

El alumnado del centro se suele lavar las manos antes de comer, para ello el profesorado y los monitores escolares del centro recuerdan a los niños y niñas si se han lavado las manos antes de entrar al comedor escolar de manera rutinaria. Casi la totalidad del alumnado gitano del CEIP se suele duchar o bañar todos los días, aunque todavía hay niños que no lo hacen diariamente. Hemos observado en varias clases el estado de higiene de los niños y niñas, en algunos casos aislados se notaba falta de higiene (pelo sucio, ropa con algunas manchas, olor corporal, entre otros) pero, en general, se observa buena higiene. Cuando se pregunta a los niños y niñas de etnia gitana sobre los hábitos que tienen relacionados con el sueño, muchos de ellos suelen dormir siesta. Sobre el número de horas que duermen por la noche hay disparidad de opiniones, algunos niños o niñas no tienen la rutina de dormirse siempre a la misma hora porque se distraen con el móvil o viendo ciertos programas en la televisión.

Cuando se pregunta a los niños y niñas gitanas sobre la frecuencia con la que se cepillan los dientes a diario, la mayoría tienen malos hábitos porque, o no se los cepillan, o se los cepillan pocas veces. Las madres del alumnado de etnia gitana lo corroboran.

Montenegro, Sarralde y Lamby (2013) señalan que las actuaciones educativas que promocionan la salud bucodental de los escolares resultan ser el mejor método para lograr o mejorar los conocimientos que tienen los niños y niñas sobre este tema, también permite que el alumnado sea un agente que promueva la salud bucodental cuando comparte sus conocimientos con su familia y con la sociedad. Moreno, Ruzafa, Ramos, Gómez y Hernández (2015) afirman que para la adquisición a edades tempranas de los conocimientos y el aprendizaje de hábitos relacionados con la higiene corporal son determinantes tanto el entorno familiar como el escolar.

Yo me lavo las manos cuando me ducho y antes de comer, eso me han enseñado en el cole (GDA, N1).

Yo tres veces, cuando me despierto, cuando como y cuando llego a la casa después de haber jugado (GDA, N3).

Yo me acuesto a las 11:30 o a las 12, otros días más tarde, según lo que echen en la tele (GDA, N6).

Yo me lavo los dientes cuando me duelen las muelas (GDA, N5).

Mis hijas no se los cepillan, siempre estoy detrás de ellas y no consigo nada (GDMV, M1).

Sí, las maestras le inculcan que deben asearse y bañarse por la mañana (GDMV, M2).

Educación sobre drogas: alcohol, tabaco y otras drogas

El alumnado tiene conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaco a través de la escuela y los consideran de gran utilidad. Algunos de los alumnos de 6º de Educación Primaria reconocen que ya han fumado y han consumido alcohol. En las entrevistas de las profesoras se corrobora este hecho, suelen fumar por imitar a sus padres y familiares. Reconocen que tienen los conocimientos sobre las repercusiones del consumo de drogas ya que en determinadas familias se encuentra presente. Las madres, el profesorado y el alumnado del centro valoran positivamente las charlas y los talleres que reciben sobre esta temática, pero consideran que se tenían que hacer más y tratar más los temas sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas. Por otro lado, una madre puntualiza que dichos talleres se deberían impartir en los institutos y no en la escuela porque considera que es la edad más propicia para ello.

Ellos el tema del tabaco lo ven algo normal en su familia y siempre hablamos de esto, ellos en principio te dicen que no fumarán y los ves como concienciados, todos conocen los efectos nocivos del tabaco, pero sí que es verdad que este año estamos observando en sexto de primaria, que son más grandes, la moda de la cachimba y que están fumando. Yo tuve a un niño de 7 u 8 años y me contaba que su padre le daba tabaco para fumar (EPD, 32).

En el paquete dice que fumar mata y en la escuela nos dicen que si fumas te puedes morir, es importante saber lo que nos puede generar en el futuro (GDA, N2).

Mis hijos son pequeños y hasta ahí no han llegado a darle charlas. Yo voy a los institutos a dar charlas de prevención. Creo que las charlas se deberían de dar más los institutos porque allí es donde se hace más el tonto, en el colegio todavía son niños, pero no veo mal que se toque en la escuela (GDMV, M2).

Salud emocional y aceptación social

Los niños y niñas de etnia gitana del CEIP Santa Teresa Doctora se encuentran contentos en esta escuela y sus madres y profesores lo corroboran. Se relacionan bien con sus compañeros y compañeras de clase, y el profesorado afirma que no suele haber conflictos en el aula, que hay buen clima y que los problemas de convivencia suelen ocurrir en el patio cuando coinciden todos los niños y niñas. La Comunidad de Aprendizaje del CEIP Santa Teresa Doctora se basa en el modelo dialógico de resolución de conflictos. Este modelo aboga por resolver los diferentes conflictos que puedan aparecer mediante el diálogo y la comunicación de todos los agentes afectados y obliga a la comunidad educativa a cumplir una serie de reglas de convivencia totalmente consensuadas y que sirvan a sus miembros para resolver posibles conflictos que puedan aparecer, empleando el principio de validez y no el de autoridad (Grañeras, Díaz-Caneja y Gil, 2011).

Adicionalmente, para abordar los problemas de convivencia en esta comunidad educativa se elaboró el Plan de Convivencia del centro. Dentro de este plan se establece que se constituirá una Comisión Mixta de Convivencia y que ésta se reunirá cada vez que haya un problema de convivencia en el centro con la finalidad de que se adopten medidas correctoras y así evitar que vuelva a ocurrir.

La interacción en grupo conlleva a que estén juntos y unidos. También hacen que compartan entre ellos, se expliquen los ejercicios y por tanto, los acerca más a cada uno de ellos (GDMV, M2).

Mis hijas son muy abiertas, se sienten integradas y no tienen problemas (GDMV, M3).

Sí, porque trabajamos mucho en grupo... Si no tienes comunidad de aprendizaje no haces tantas actividades grupales (EPM4, 18).

Las relaciones las llevan bien, a lo mejor se enfada con algún amigo, pero luego a los diez minutos se arreglan y si no para eso están los maestros que entre ellos hablan y todo lo arreglan (GDMV, M3).

Entre los alumnos el clima no es malo, pero sí que es verdad que algunos niños son mucho más impulsivos y tienen más agresividad en determinadas situaciones. A veces tenemos que recurrir a nuestro plan de convivencia para resolver ciertos problemas (EPD, 16).

Seguridad vial y prevención de riesgos, lesiones no intencionadas y accidentes

Hemos observado que el centro dispone de un Plan de Emergencias y Evacuación en caso de que sea necesaria su aplicación y que tiene toda la señalización de seguridad, que las instalaciones del centro se encuentran en buen estado de conservación y que existen elementos que previenen diferentes accidentes. También hay un botiquín para primeros auxilios con todo lo recomendado para un centro escolar. Los primeros días del curso escolar se notifica a los padres que, en caso que sus hijos presenten algún problema de salud importante, deberán informar sobre ello, para que los docentes sepan cómo actuar.

Las profesoras consideran que la gran mayoría de alumnos y alumnas no son capaces de ver los riesgos y así poder evitar accidentes que puedan ocurrir en la escuela o en sus casas. Por tanto, están constantemente expuestos. También apuntan que las familias no les dan importancia a los aspectos preventivos para evitar accidentes. Por ello, el alumnado se encuentra a menudo en conflicto entre lo que aprende en la escuela y lo que aprende en sus familias. Entre los 7 y 10 años, es la edad más adecuada para conseguir desarrollar diferentes habilidades, actitudes y comportamientos relacionados con la prevención de accidentes que pueden disminuir las conductas de riesgo de los escolares y optar por otras más saludables (Gabari y Sáenz, 2018). Por todo lo anteriormente expuesto, se hace necesario abordar en profundidad estos temas y así poder atender a las demandas de algunas madres.

A mí me han enseñado que tengo que ir por el paso de cebra, por la acera y respetar las señales de tráfico, todo esto es interesante para que no nos pille ningún coche (GDA, N3).

Sí, aquí se han hecho muchos estudios de educación vial y sé que los niños participan todos los años en un concurso de seguridad vial del Ayuntamiento, creo que tratar este tema es muy útil para evitar atropellos (GDMV, M1).

En el momento que tenemos salidas intentan ser respetuosos. Nosotros solemos hacer varias salidas y yo con ellos no tengo problemas, vamos controlando los pasos de cebra y respetando las cosas. Algunos alumnos, esporádicamente intentan salirse, no controlan. Pero yo creo que en general, no llevan muy mal el tema de la educación vial (EPM4, 26).

Prevención de la enfermedad a través de las vacunas

El centro ha participado en el Programa de Salud Escolar y se ha vacunado al alumnado del primer y sexto cursos de Educación Primaria. La enfermera ha acudido en varias ocasiones al centro escolar para vacunar a los niños a los cuales les faltaban vacunas o que no habían acudido el día que les correspondía.

Los niños y niñas de etnia gitana del centro conocen la utilidad que tienen las vacunas para la prevención de enfermedades y para evitar el contagio de dichas enfermedades hacia personas que no se encuentren vacunadas.

Las maestras del centro corroboran el miedo que tienen sus alumnos y alumnas a vacunarse, incluso que el día que les tocaba vacunarse no asistían a clase. Añaden que en algunas ocasiones existe en las familias un cierto grado de dejadez sobre el tema de la vacunación y que las enfermeras del centro de salud tienen que insistir para que sus hijos se vacunen. Existen estudios de investigación, que apoyan estas opiniones, donde los padres consideran que la actual forma de administrar las vacunas no es la más adecuada para los niños y niñas porque les genera dolor, miedo y la perciben como una medida impuesta por sus padres (Véliz, Campos y Vega, 2016).

Hacen falta las vacunas porque si tú tienes enfermedades las puede pegar a los demás. GDA, N6

Nada más ver la aguja me tiembla el cuerpo, le tengo pánico a las agujas y luego a que me duela el brazo mucho (GDA, N3).

La gran mayoría de familias están concienciadas y otras que hay estar encima. Muchas veces no se vacunan los niños por su cabezonería y por los miedos que les tienen a pincharse con una aguja. Yo ahora mismo soy profesora de sexto y he llamado dos veces a los padres, algunos me dicen que sus niños no tienen todavía los 12 años y piensan que hasta que no los cumplan no se la pueden poner. Un padre me preguntaba que a ver si le iba a pasar algo a su hijo poniéndosela antes de los 12 años. La enfermera vino el otro día enfadada porque había 4 o 5 niños que eran incapaces de ponérsela. En este tema hay que estar encima (EPD, 36).

Conclusiones

Tanto los niños y niñas de etnia gitana del CEIP Santa Teresa Doctora, como sus madres y el profesorado del centro escolar, consideran que todos los contenidos de la EpS que se han impartido son de gran utilidad y tienen repercusión para la salud del alumnado.

Los alumnos y alumnas de etnia gitana del centro han mejorado sus conocimientos sobre dichos contenidos e identifican todas las ventajas que aportan las conductas saludables a su persona. Esta afirmación es corroborada por los testimonios de sus madres y del profesorado del centro.

Han mejorado sus hábitos, salvo los relativos a la salud bucodental, que es la asignatura pendiente que tiene esta comunidad escolar.

El centro, desde el año 2012 cuando se constituyó como Comunidad de Aprendizaje, ha mejorado el clima de convivencia y la salud emocional de los niños y niñas de etnia gitana. Destacan que se trabaja de forma grupal, que existe respeto hacia el resto de personas y que se ha fomentado el diálogo como método para solucionar los conflictos. La dinámica del trabajo es a través de grupos interactivos, allí se genera un buen clima de trabajo, de cooperación, de trabajo en equipo entre todos los alumnos y alumnas y se respetan a las madres voluntarias que participan en ellos. Los centros Comunidades de Aprendizaje son verdaderos centros inclusivos gracias a la participación democrática de la comunidad, las agrupaciones del alumnado, el trabajo colaborativo del profesorado y la realización de apoyos y refuerzos dentro del aula (Domínguez, 2018).

Las barreras que dificultan la consecución de los objetivos de los distintos programas de EpS en el alumnado gitano son las relacionadas con el profesorado, la familia, la influencia de los medios de comunicación y la publicidad, los propios programas educativos y la infraestructura de la que dispone el centro. Las barreras que más peso tienen en esta comunidad educativa son las relacionadas con la familia por su escasa implicación en los contenidos de la EpS y en la generación de las conductas saludables. Los niños y niñas gitanas se encuentran a menudo en conflicto entre lo que aprenden en la escuela y lo que aprenden de sus familias.

Podemos concluir que el desarrollo de programas de educación comunitaria para la salud que se implantan en la escuela es efectivo en el alumnado y, en definitiva, en toda la comunidad educativa. Muchos estudios denotan la necesidad de comprender la situación actual del alumnado extranjero y de otras etnias y abordar el tema a través de programas de prevención, sensibilización y actuación para mejorar los estilos de vida desde las competencias de las instituciones sanitarias y educativas, y además amparar el proceso de plena integración en la sociedad (Jiménez, Dalmau, Gargallo y Arriscado, 2019).

Referencias

- Alcaraz-Ibáñez, M. (2017). Comparación social de la apariencia en contextos de ejercicio físico como variable predictora de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, 10(21), 80-89. doi: 10.25115/ecp.v10i21
- Aubert, A., Flecha, A., García, C., Flecha, R., y Racionero, S. (2008). *Aprendizaje dialógico en la sociedad de la información*. Hipatia.
- Davó, C. (2009). *La cultura de salud en las aulas de educación primaria y la incorporación de la escuela promotora de la salud a la salud escolar en España*. Universidad de Alicante.
- De Souza, M. C. (2003). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Lugar Editorial.
- Domínguez, F. J. (2018). Fundamentos y características de un modelo inclusivo y de calidad educativa: Comunidades de Aprendizaje. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, 11(22), 28-39. doi: 10.25115/ecp.v11i21
- Flecha, R. y Puigvert, L. (2015). Las comunidades de aprendizaje: una apuesta por la igualdad educativa. *Cultura para la esperanza: instrumento de análisis de la realidad*, 99, 29-35.
- Fortuny, M. y Gallego, J. (1988). Educación para la Salud. *Revista de Educación*, 287, 287–306.
- Gabari, M. I. y Sáenz, R. (2018). Claves infantiles para prevenir la siniestralidad en el contexto escolar. *Gaceta Sanitaria*, 2(5), 405–410.
- Gavidia, V. (2001). La transversalidad y la Escuela Promotora de Salud. *Revista Española de Salud Pública*, 75, 505-516.
- Gómez, J., Latorre, A., Sánchez, M., y Flecha, R. (2006). *Metodología comunicativa crítica*. El Roure.
- Grañeras, M., Díaz-Caneja, P., y Gil, N. (2011). *Actuaciones de éxito en las escuelas europeas*. IFIIE- CREA- Ministerio de Educación.
- Jiménez, R., Dalmau, J. M., Gargallo, E., y Arriscado D. (2019). Diferencias en los estilos de vida de escolares españoles y migrantes. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, 12(25), 40-48. doi: 10.25115/ecp.v12i25
- Lamoneda, J. (2020). Repercusiones de un programa bioecológico en la responsabilidad y satisfacción en educación física: un estudio de caso en contextos de exclusión social. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, 13(26), 54-63. doi: 10.25115/ecp.v13i26
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) (2016). *Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014*. Madrid: MSSSI.
- Monsalve, L. (2013). La Educación para la Salud en la Escuela en la adquisición de estilos de vida saludables. *Revista Internacional de Educación y Aprendizaje*, 1, 107-122.
- Montenegro, G., Sarralde, A. L. y Lamby, C.P. (2013). La educación como determinante de la salud oral. *Universitas Odontologica*, 32(69), 115-121.
- Moreno, F. J., Ruzafa, M., Ramos, A. J., Gómez, C. I. y Hernández, A. M. (2015). Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil (HICORIN). *Atención Primaria*, 47(7), 419-427.
- O.M.S. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. En *Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. Fondo de publicaciones de la OMS.
- O.M.S. (2017). *Declaración de Shanghai. La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Fondo de publicaciones de la OMS.
- Perea, R. (2009) *Promoción y Educación para la Salud: Tendencias Innovadoras*. Díaz de Santos.
- Quirós, J. F., Torres, M. I. y Villalobos-Sand, N. (2015). La enseñanza de la nutrición a nivel de secundaria utilizando el tema transversal “educación para la salud” desde un enfoque útil para la vida. *Revista Educare*, 19(2), 1-20.
- Touraine, A., Wieviorka, M. y Flecha, R. (2004). *Conocimiento e identidad. Voces de grupos culturales en la investigación social*. El Roure Ciencia.
- Véliz, L., Campos, C. y Vega, P. (2016). Conocimiento y actitudes de los padres en relación a la vacunación de sus hijos. *Revista Chilena de Infectología*, 33(19), 30-37.