

INVESTIGANDO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DISCAPACIDAD MENTAL

Raquel Casado Muñoz
Universidad de Burgos

1.- INTRODUCCIÓN

Partiendo de un concepto de salud dinámico, interaccionista y holístico, la Educación para la Salud (EpS) permite a la persona analizar su entorno, mejorar su capacidad de funcionamiento en el mismo y transformarlo. Esto nos hace pensar que, en el caso de las personas con discapacidad mental, la EpS puede suponer un eficaz apoyo para la mejora en sus habilidades adaptativas. Estas premisas, junto con la propia necesidad de educar en salud puesta de manifiesto por distintos profesionales e investigadores y la escasez de materiales educativos apropiados, nos llevaron a plantear una investigación que, como primer objetivo tenía diseñar un programa de EpS dirigido a jóvenes con discapacidad mental (el Programa Integral de Educación para la Salud, PIEpS), que describimos en otra participación en estas Jornadas. En una segunda fase de nuestro trabajo, aplicamos y evaluamos el PIEpS durante dos cursos académicos (1998-2000) en un grupo de Garantía Social, en la modalidad de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales. En esta comunicación tratamos de desarrollar la información referida a tan reciente investigación (Casado Muñoz, 2000).

2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Además de lo mencionado sobre la capacidad de la persona de adaptación a, funcionamiento en y transformación de su medio, se concibe hoy la salud no como un estado, sino como un proceso permanente y continuo de mejora personal y social. Se ponen de relieve los elementos activos de la persona frente a la pasividad de la simple adaptación, las capacidades frente a las limitaciones. Es pues, la salud, un recurso para la vida (OMS, 1998; WHO, 1986).

En este campo se ha producido el paso de posturas higienistas; de concepciones negativas (ausencia de enfermedad, culpabilizar a la persona por su falta de salud, etc.); de enfoques biomédicos, a puntos de vista ecológicos, interaccionistas que destacan, como decimos, el papel activo y protagonista de la persona en cuanto respecta a su salud y la de los demás, en relación dialéctica con el entorno en el que se desarrolla

(Serrano González, 1990).

Se tiene hoy un concepto multifactorial, holístico de salud que abarca los aspectos cognitivos, sociales, emocionales, espirituales y físicos de la persona (Jensen, 1994; OMS, 1998). En consonancia con ese papel protagonista de la persona y también de la comunidad, se resalta el valor de la participación de ambas en el proceso de salud. La salud y su promoción constituyen un elemento primordial para la mejora de la calidad de vida de las personas. Considerando así la salud, un instrumento básico para su promoción es el uso de estrategias educativas que ayuden a las personas a reconocer todos los factores que influyen en su salud y a adquirir y desarrollar habilidades para actuar sobre ellos. Ese instrumento básico es, en definitiva, la Educación para la Salud, conectada directamente con la Educación para la Vida.

La Educación para la Salud se reclama como una herramienta necesaria y eficaz para la consecución de todos esos objetivos relacionados con la mejora constante e integral de todos los individuos, y particularmente, de aquellos más vulnerables como los niños, los ancianos y las personas con discapacidad (Consejo de Europa, 1992; Domenech y Albiñana, 1999; Lezcano Barbero y Casado Muñoz, 2000; Parlamento Europeo/Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 1996).

Es en el contexto educativo, donde el esfuerzo pedagógico de la práctica profesional e investigadora en todo lo relativo a la detección de necesidades, a la innovación metodológica y a la elaboración de materiales didácticos que apoyen la labor docente en materia de EpS, está resultando particularmente importante hoy en día. La abundante bibliografía sobre estos aspectos está mayoritariamente vinculada a etapas educativas como Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria.

En la educación de jóvenes y adultos con discapacidad mental, educación considerada como necesidad básica de estas personas (Basoco et al., 1997; Cortina et al., 1998) y área prioritaria de atención (UNESCO/MEC, 1995), conocemos muy pocos materiales didácticos en general y particularmente, que traten con amplitud la Educación para la Salud, la ausencia es casi generalizada. En los intentos concretos por trabajar la EpS, se limitan a una visión muy reducida de ésta, tratando casi exclusivamente temas como la higiene personal y el uso de los servicios sanitarios. Y sin embargo, creemos que la Educación para la Salud constituye, además, un excelente recurso educativo para trabajar con los alumnos buena parte de las áreas de habilidades adaptativas (Casado Muñoz, 1999) que se proponen desde los últimos enfoques del campo (Luckasson et al., 1992).

Por otro lado, los programas y materiales dirigidos a esta población que hemos revisado (Programas Conductuales Alternativos, Cuadernos de Formación Humana y Maduración Personal, FOADIS, materiales didácticos de los Programas de Garantía Social, etc.), además de no estar contemplados desde un enfoque de Educación en Salud, y pese a que comparten algunos contenidos con los programas de EpS al uso, adolecen de elementos curriculares que consideramos importantes para facilitar la tarea

educativa: material para los alumnos, información para los padres, criterios e instrumentos de evaluación, etc.. O bien, están centrados en modelar la conducta del alumno sin contar con la participación activa de éste, sus pensamientos, emociones, ... O, lo que consideramos importante atajar cuanto antes, siguen tratando a los adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad mental como si fueran niños (expresiones, dibujos, etc.). Y una última apreciación: pensamos que ya es hora también de que nuestros alumnos trabajen en sus clases, en su talleres, donde proceda, con materiales en color. Conviene dejar descansar un poco las fotocopiadoras y los libros de Infantil y Primaria. Pensamos que hay que trabajar también por la *ANormalización Didáctica*: por el derecho de los jóvenes y adultos con discapacidad mental a aprender con recursos didácticos (también a nivel metodológico) apropiados a su edad y necesidades, como cualquier otro joven o adulto.

Por todos los motivos apuntados, pensamos que quedan lagunas en la investigación educativa en estos campos que nosotros tratamos de contribuir a llenar.

3. METODOLOGÍA

a) Marco educativo y sujetos seleccionados.

Encontramos privilegiado el marco de los Programas de Garantía Social, en la Modalidad de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, como escenario para llevar a cabo una experiencia educativa relacionada con la Educación para la Salud por diferentes razones: la edad de los alumnos (16-21 años), muchos de los cuales acaban de dejar la enseñanza obligatoria y comienzan su experiencia de tránsito a la formación en ámbitos prelaborales (Centro Ocupacional); la propia organización de los PGS (duración; componentes formativos que contemplan, especialmente la Formación Básica; flexibilidad curricular general; etc.); la escasez de investigación sobre ellos, al menos en lo referido a aspectos didácticos, tal vez debida al corto periodo de tiempo transcurrido desde su implantación, de manera particular, la relativa a sus elementos curriculares; etc.

b) Hipótesis de trabajo.

Nos planteamos como hipótesis que los alumnos que participan en el PIEpS mejoran sus conocimientos y actitudes, así como su comportamiento en la vida diaria en mayor medida que los alumnos que participan en el programa formativo habitual del centro educativo.

c) Diseño.

Para tratar de corroborar las hipótesis formuladas, nos planteamos un **diseño de investigación cuasi-experimental** (debido a que la muestra no es aleatoria), con un

grupo experimental y un grupo de control no equivalente, con selección y adjudicación incidental a los grupos (incidental porque las personas participantes deben cumplir unas variables relevantes, como son la edad y la adecuación al P.G.S. ajenas a la intervención planteada en la investigación).

Existe diferencia en el tratamiento (es decir, en el Programa Formativo), utilizando el PIEpS, en el caso del grupo experimental, y el habitual en el centro para la Formación Ocupacional, en el caso del grupo de control.

Grupo	Composición	Medida previa al tratamiento	Tratamiento	Medida posterior al tratamiento
Experimental	Incidental	Si	PIEpS	Si
Control	Incidental	Si	Programa formativo habitual del centro	Si

Tabla 1: Diseño de investigación

Respecto al **instrumento de medida** aplicamos el denominado **Cuestionario de Salud**, elaborado por esta misma investigadora y verificada su alta fiabilidad en 1995 (concretamente 0,9224 de coeficiente alfa de Cronbach). Se aplicó en ese año el Cuestionario a una muestra de 124 sujetos que suponían el 86% de los jóvenes que cursaban el primer Programa de Garantía Social para Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, llevado a cabo en nuestro país.

Empleamos igualmente, como complemento a la investigación, métodos y técnicas de investigación cualitativa, como la **observación sistemática** realizada por los padres y profesores y **entrevistas grupales** a profesionales, padres y alumnos.

d) Muestra.

El **grupo experimental** ha estado formado por 9 Alumnos de un Programa de Garantía Social en la Modalidad de Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.

El **grupo de control** lo ha constituido 9 Alumnos de un Curso de Formación Ocupacional.

El reducido tamaño de la muestra está relacionado con las características organizativas reales de los propios Programas de Garantía Social que admiten en cada grupo-clase un número que oscila entre ocho y doce alumnos como máximo.

Para intentar evitar la influencia de variables extrañas, así como afianzar el óptimo desarrollo de la investigación, los dos grupos se seleccionaron dentro del mismo centro, que en nuestro caso es el Centro Ocupacional "El Arca" perteneciente a la Asociación ASPRODES de Salamanca.

La intervención educativa se ha llevado a cabo durante aproximadamente 18 meses que corresponden a los dos cursos del Programa de Garantía Social: el primer

curso, de noviembre de 1998 a julio de 1999 y el segundo curso, de septiembre del 99 a mayo de 2000.

Asimismo, el PIEPs ha constituido el currículo del Área de Formación Básica (con una dedicación de 10 horas semanales durante el primer curso y 6 horas a la semana durante el segundo). Y también se ha procurado un trabajo interdisciplinar con algunos contenidos del mismo especialmente idóneos para ser tratados en el Área de Formación Profesional Específica (seguridad y prevención de accidentes en el puesto de trabajo-salud laboral); en el Área de Tutoría (la comunicación y las relaciones interpersonales) o en el componente formativo relativo a las Actividades Complementarias (ocio saludable, etc.).

La aplicación del programa de salud la ha realizado el propio profesorado del Centro Ocupacional tratando así de realizar la experiencia en un contexto educativo natural.

4- RESULTADOS

Analizamos las diferencias existentes utilizando la “*prueba t para muestras relacionadas*”, con el fin de conocer si la evolución de cada uno de los grupos ha sido o no significativa. Consideramos las puntuaciones obtenidas mediante la aplicación del Cuestionario de Salud, en cada una de las variables dependientes (unidades didácticas), al principio y al final de la experiencia, en cada uno de los dos grupos.

Este proceso se ha llevado a cabo elaborando una base de datos con el paquete estadístico SPSS y aplicando el estadístico mencionado.

Los **resultados** reflejan una **diferencia significativa en el grupo experimental**, al **95%**, en las siguientes variables: Nutrición, Prevención de accidentes, Salud Sexual, Salud Mental, Drogas, Salud Ambiental y Puntuación Total en el Cuestionario de Salud.

Este mismo grupo no presenta diferencias significativas, al 95%, en las variables: Higiene personal y Prevención de enfermedades. No obstante pudo observarse que la evolución del grupo experimental es notoriamente positiva también en estas dos últimas variables.

En cambio, en el grupo de control no se producen diferencias significativas, al 95%, en ninguna de dichas variables, ni en el total de las puntuaciones (Tabla 2).

Por otro lado, mediante la información aportada por las observaciones y las **entrevistas grupales semiestructuradas** dirigidas a los padres, madres y profesionales a las que antes hacíamos referencia, tratamos de contrastar la generalización de los comportamientos. Pues bien, tanto los profesionales implicados en el desarrollo del programa, como los padres, expresan la evolución positiva de los alumnos del grupo experimental, mientras que en el grupo de control, los profesionales, no encuentran una evolución tan notoria.

	Diferencia al 95%	
	EXPERIMENTAL	CONTROL
Nutrición	Significativa	No Significativa
Prev. de Accidentes	Significativa	No Significativa
Salud Sexual	Significativa	No Significativa
Salud Mental	Significativa	No Significativa
Drogas	Significativa	No Significativa
Salud Ambiental	Significativa	No Significativa
Higiene Personal	No Significativa	No Significativa
Prev. de Enfermedades	No Significativa	No Significativa
Total	Significativa	No Significativa

Tabla 2: Síntesis de los resultados

Esas mejoras en los comportamientos las asocian a aspectos como: La higiene personal, el cumplimiento de las normas de limpieza del entorno inmediato, la correcta utilización de pasos de peatones y semáforos, la mejora en las relaciones sociales, la demanda de una mayor independencia, la menor valoración del consumo de bebidas alcohólicas, etc.

5. CONCLUSIONES

Creemos haber conseguido los objetivos propuestos en la investigación con un elevado nivel de satisfacción debido a que:

- Los alumnos que han participado en el PIEpS han mejorado significativamente sus conocimientos conceptuales y procedimentales y sus actitudes en todas las variables, siendo significativa la diferencia en 7 de las 9 consideradas.
- Las diferencias no significativas en Higiene y Prevención de enfermedades discrepan con las opiniones de padres, madres y profesionales.
- Los alumnos mejoran en los comportamientos cotidianos relacionados con la higiene, la seguridad vial, el consumo de alcohol, etc.
- Los alumnos han demostrado un mayor interés y motivación para trabajar con los materiales del Programa y han generalizado, en buena medida, sus aprendizajes a otros contextos y situaciones.
- Los padres, madres y profesionales valoran positivamente el PIEpS, con-

siderándolo adecuado, novedoso y con unos materiales muy atractivos y motivadores. Los alumnos también lo valoran muy positivamente.

Los alentadores resultados de la investigación confirman nuestras hipótesis y nos animan a seguir investigando en estos campos: EpS y personas con discapacidad mental, haciendo especial incidencia en la elaboración de materiales didácticos para estas personas, hecho este que constituye también una demanda de los profesionales implicados en su educación.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBIÑANA, P. y DOMENECH, F. (1999): Evolución histórica y temática en Educación para la salud dirigida a la Educación Especial. En SÁNCHEZ PALOMINO, A. et al. (Coords.): *Los desafíos de la Educación especial en el umbral del Siglo XXI*. Almería: Universidad de Almería.
- BASOCO, J.L. et al. (1997): La persona con retraso mental y sus necesidades: mejora de su calidad de vida en el siglo XXI. *Siglo Cero*, 28 (1), 169, 5-18.
- CASADO MUÑOZ, R. (2000): *Educación para la Salud de Jóvenes con Discapacidad Mental. Diseño, Aplicación y Evaluación de un Programa Educativo en un Grupo de Garantía Social*. Tesis Doctoral. Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Burgos.
- CASADO MUÑOZ, R (1999): The Education for the Mental Health of the Young with Mental Retardation. Comunicación presentada en el "Second European Congress on Mental Health in Mental Retardation". Londres, 7-10 de septiembre.
- CONSEJO DE EUROPA (1992): *Una política coherente para la rehabilitación de las personas con minusvalía*. Estrasburgo: Ediciones del Consejo de Europa.
- CORTINA, A., et al. (1998): Retraso Mental: integración laboral y calidad de vida. *Revista de Trabajo Social, Servicios Sociales y Política Social*, 42, 41-62.
- DIARIO OFICIAL DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (1996): *Decisión 645/96/CE del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se adopta un Programa de Acción Comunitario de Promoción, Información, Educación y Formación en Materia de Salud en el Marco de la Acción en el Ámbito de la Salud Pública (1996-2000)*. Diario Oficial L 095 de 16-4-1996 P. 0001- 0008.
- JENSEN, B. B.(Coord.) (1994): *Educación para la Salud y Democracia*. Copenhague: Centro de Investigación de Educación para la Salud y Ambiental. Real Escuela Danesa de Estudios Educativos. (Traducción española: Centro de Desarrollo

llo Curricular, MEC, 1995).

LEZCANO BARBERO, F. y CASADO MUÑOZ, R. (2000): *Desarrollo de la independencia: Nuevas necesidades de formación de las personas con retraso mental*. Comunicación presentada en el II Congreso Internacional de Atención a la Diversidad: AComunidad, Escuela y Formación@ Universidad de Murcia. Murcia, 24-26 de febrero.

LUCKASSON, R. et al. (1992): *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation (Trad. al castellano de VERDUGO, M.A. Y JENARO, C. (1997): *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid. Alianza Psicología).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998): *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra: Autor.

SERRANO GONZÁLEZ, M.I. (1990): *Educación para la Salud y Participación Comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos S.A.

UNESCO/MEC (1995): *Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad. Informe Final*. Madrid: Autores.

WORLD HEALTH ORGANISATION (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO/HPR/HEP/95.1.WHQ. Geneve: Author.