

## Las fuerzas sociales y el escenario comunicativo en la educación para la salud: el caso del programa de crecimiento y desarrollo

Social forces and the communicative scenario in health education: the case of the growth and development program

Fernando Peñaranda-Correa<sup>1</sup>

**Abstract** *Objectives:* to understand how the significance of child rearing is construed in the Growth and Development Monitoring Program as a way of studying health education and enhancing its theoretical and pedagogical framework. *Method:* an ethnographic study in four health institutions in Medellín, Colombia, developed through observation of sessions and interviews with actors, namely significant adults and health team members. *Results:* a communicative process based on a behavioral education model is established to modify behavior and to impose cultural values. *Conclusions:* the pedagogical setting or micro-context is influenced by powerful macro-contextual forces, which are a product of uneven distribution of social, cultural and economic capital. Consequently, significant adults and health team members are situated at two different communicative levels for the construction of significance, which affects communication between them. Understanding this social process from a wider theoretical perspective strengthens critical positions, which is required for achieving more pertinent health education from a socio-cultural dimension.

**Key words** *Health education, Communication, Growth and development, Child rearing*

**Resumen** *Objetivos:* comprender la construcción de los significados sobre crianza en el Programa de Monitoreo del Crecimiento y Desarrollo como medio para investigar la educación para la salud y avanzar en su fundamentación teórica y pedagógica. *Método:* etnografía en cuatro instituciones de salud de la ciudad de Medellín basada en observación de las sesiones y entrevistas con los actores: adultos significativos y miembros de los equipos de salud. *Resultados:* se instauro un proceso comunicativo basado en un modelo educativo transmisivista y conductista dirigido a inculcar el cambio en los comportamientos. *Discusión:* el escenario pedagógico o microcontexto se encuentra influenciado por fuerzas del macrocontexto que ejercen poder sobre este, las cuales se configuran como producto de la desigual distribución de los capitales sociales, culturales y económicos. Como consecuencia, el adulto significativo y el miembro del equipo de salud se sitúan en dos planos diferentes para la construcción de significados, lo que afecta seriamente la comunicación entre ellos. La comprensión de dicho proceso social desde una perspectiva teórica más amplia permite el fortalecimiento de una posición crítica, fundamental para lograr una educación para la salud más pertinente desde su dimensión sociocultural.

**Palabras claves** *Educación en salud, Comunicación, Crecimiento y desarrollo, Crianza*

<sup>1</sup> Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Calle 62 n° 52-59. [CEP] Medellín Colombia. fernandopenaranda@gmail.com

## Introducción

La presente investigación se enmarca dentro de una intención por avanzar en la comprensión de la educación que se lleva a cabo en el Programa para el Monitoreo del Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de diez años, en la medida en que este programa, como otros orientados a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, tienen como uno de sus ejes básicos la educación para la salud. Este estudio forma parte de una serie de investigaciones que el investigador, en asoció con otros colegas, han venido desarrollando en los últimos diez años, los cuales han servido para la construcción de un modelo teórico que nos ha servido para progresar en la comprensión del proceso educativo en el seno del programa<sup>1</sup>.

En este sentido, la presente investigación parte de este modelo<sup>1</sup> y pretende progresar en su conceptualización. Dicho modelo propone tres niveles de análisis. Un nivel interno y otro externo al proceso educativo, tal como surge de los trabajos de Bernstein<sup>2-4</sup>. Se introdujo un tercer nivel, entre estos dos, que le dio cabida a las categorías surgidas en los estudios anteriores y a su conceptualización teórica apoyada en los trabajos de Bourdieu y Passeron<sup>5</sup>:

- El primer nivel, externo al proceso pedagógico mismo, lo hemos denominado **contexto**. En él se incluyen la cultura, el conocimiento biomédico y las políticas de salud. Aunque se sitúan en un mismo nivel, es claro que los tres tienen distintos grados de generalidad, con la cultura como el de mayor grado y las políticas de salud, el de menor.

- El segundo nivel, denominado **racionalidad**, se encuentra configurado por la lógica del pensamiento del individuo y su capacidad lingüística, su condición disposicional y atencional, su capital cultural y sus necesidades, intereses y expectativas. Está constituido por el **aporte** de los diferentes actores al proceso educativo y configuran la perspectiva desde donde cada actor se sitúa para establecer la interacción con el otro. En cierta medida, es un puente entre el contexto y el proceso educativo propiamente dicho.

- En el tercer nivel, que denominamos **escenario pedagógico**, se localiza el proceso educativo propiamente dicho, configurado por las prácticas pedagógicas, los discursos pedagógicos y las relaciones entre los actores.

De esta manera, la interacción entre estos tres niveles permite analizar el proceso educativo más allá del escenario pedagógico, de tal modo que se puedan visibilizar las fuerzas sociales, culturales

y ontológicas. Este referente es necesario para situar el desarrollo teórico producto de la presente investigación.

Este estudio, que es el producto de una tesis doctoral, constituye un esfuerzo por avanzar en el desarrollo teórico iniciado en las investigaciones anteriores. Se dirigió a comprender la construcción de significados sobre la función de la crianza en el Programa de Monitoreo del Crecimiento y Desarrollo en niños menores de diez años como medio para investigar la educación para la salud. El énfasis de este artículo se centra en presentar la propuesta teórica que explica los resultados encontrados respecto del proceso educativo.

## Materiales y métodos

El estudio se realizó desde una perspectiva etnográfica. Se considera una mezcla de la microetnografía planteada por Rockwell<sup>6</sup>, dada la preeminencia otorgada a la interacción de las personas en los eventos educativos, y la macroetnografía descrita por Ogbu<sup>7</sup>, centrada en un enfoque ecológico cultural, que propone hacer un análisis completo del fenómeno educativo que incluya las fuerzas históricas y sociales.

El Programa de Monitoreo del Crecimiento y Desarrollo hace parte de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social de Colombia. Atiende a los niños y niñas menores de 10 años por medio de sesiones regulares (controles) para la detección precoz de enfermedades y su correspondiente manejo, el monitoreo del crecimiento y desarrollo, y la educación a las madres y otros familiares respecto a la promoción de la salud del niño o la niña y la prevención de enfermedades.

### El diseño

El estudio se efectuó en cuatro grandes instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Medellín, oferentes del Programa de Monitoreo del Crecimiento y Desarrollo en los niños menores de diez años, entre noviembre del 2002 y febrero del 2006. En cada una de estas se seleccionó una experiencia considerada como exitosa, y dentro de estas, se tomó uno de los grupos. Estos oscilaron entre 8 y 12 niños con sus acompañantes, principalmente madres, pero también algunas abuelas, padres y otros familiares, que se denominan adultos significativos (AS). Los niños ingresan al programa por medio de

una historia clínica de medicina general y luego tienen cuatro controles, cada uno de dos horas de duración, durante el primer año de vida, efectuados por equipos de salud cuya conformación varía de dos a cinco miembros, entre los cuales se cuentan médicas y con nutricionistas, psicólogas, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales e higienistas orales.

Se realizaron observaciones de todos los ingresos y de todas las sesiones de control hasta que los niños cumplieron 12 meses de edad. Después de las sesiones de control, se hicieron entrevistas grupales con los adultos significativos (AS) y con los miembros de los equipos de salud (MES). Además, se revisaron documentos institucionales sobre los lineamientos del programa. También se realizaron reuniones con MES y coordinadores de las divisiones de promoción y prevención de las instituciones para analizar los hallazgos de manera participativa.

La presente investigación se realizó de conformidad con los principios expresados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, para lo cual fue evaluada por el Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y se realizó un compromiso de confidencialidad.

## Resultados

Al analizar las prácticas educativas y los discursos de los educadores, se encontró la existencia de un proceso comunicativo basado en un modelo de educación transmisionista y conductista dirigido a inculcar el cambio en los comportamientos (prácticas de crianza) de los educandos, bajo las siguientes características:

- el poder del MES para imponer unos contenidos determinados y, en este sentido, imponer sus intereses sobre los del AS;
- la imposición de valores culturales atados a los contenidos de orden cognitivo disciplinar, sin que los actores se percaten de esta situación, pues los MES y los AS solo evidencian la transmisión de contenidos científico-disciplinares;
- relaciones asimétricas por las cuales el MES tiene la autoridad para juzgar unilateralmente los conocimientos y comportamientos del AS;
- este proceso impositivo no es percibido de la misma manera por todos los AS y, en general, no es percibido como tal por los MES;
- participación restringida de los AS, en la medida en que está dirigida por el MES y en rela-

ción con los contenidos e intereses definidos por este;

- tensión entre un educando activo y participativo - lo que presupone un modelo educativo alternativo que muchos de los MES quieren aplicar - y el educando pasivo, necesario dentro de un modelo educativo orientado hacia la transformación del comportamiento del AS desde los parámetros del MES;

- dificultades para comprender las situaciones y las necesidades del AS, en especial, sus dimensiones afectivas y socioculturales, por lo cual se generan, en ocasiones, mensajes no pertinentes.

AS: ***En mi opinión, es falta de respeto por los que estamos ahí manifestando nuestras experiencias. Porque tendría que interrogarse: ¿por qué razón se llega a elegir darle chocolate en vez de darle cereal?***

AS: [...] ***creo que ellos brindan todas las charlas como científicos, no como seres sociales ya inmiscuidos en el rol de madre, sino exclusivamente como profesional de la salud [...]***.

MES: [...] ***uno no pone su parte personal ahí [en el programa]...***

MES: ***Pero yo digo que de todo esto [la cultura], es muy poquito lo que uno toma. Si yo le hiciera caso a mi mamá, todavía les estuviera dando coladas a mis hijos.***

La instauración de este modelo educativo se encuentra acompañada de un esfuerzo constante del MES por defender su legitimidad y la de su mensaje. Así, cuando se presentan posiciones contrarias a las suyas, las desvirtúa de plano. Si los planteamientos divergentes proceden de los AS, en especial las abuelas, esgrime los estudios científicos y los saberes disciplinares como respaldo. Esta situación se hace más crítica cuando el MES detecta que el AS no transforma su comportamiento. Pero también ocurre que el MES encuentra divergencias con las posiciones de otros profesionales de la salud, las cuales también son desvirtuadas con diversos argumentos, tales como la especificidad profesional (por ejemplo, es más competente un nutricionista que un médico respecto de los asuntos de la nutrición) o la falta de conocimientos actualizados.

MES: ***Nosotros cumplimos con decirles lo que debe ser y lo que no debe ser; esto es producto de una experiencia, de investigaciones, de intercambios que se han dado. Los conocimientos en medicina cambian constantemente [...]***.

En este orden de ideas, los MES tienden a homogenizar los discursos sobre crianza como medio para fortalecer su legitimidad y, por ende,

facilitar el cambio de comportamiento, lo cual, a su vez, remite a una propuesta *normalizadora* de la crianza. Se pretende que todos los MES **hablen el mismo lenguaje** para evitar confusiones en los AS, pero sobre todo, que se generen dudas sobre los comportamientos considerados como adecuados o convenientes.

MES (nutricionista): *¿Será que si hablamos en el mismo idioma? Porque me preocupa cuando una mamá me dice eso [el médico le da una indicación distinta], y yo digo: 'A esta mamá la confundimos, y ya no le va a hacer caso a nadie' [...].*

En consecuencia con lo anterior, los MES tienden a rotular los conocimientos y prácticas de los AS que no son concordantes con sus parámetros, como arraigos culturales que constituyen barreras para el aprendizaje. Esta situación es más notoria con aquellas personas a las cuales los MES identifican con una *pobre educación formal*. Así, el fracaso del proceso educativo se atribuye, fundamentalmente, a las condiciones y características del educando, y el éxito se entiende básicamente como cambio de conductas en los AS.

MES: *El nivel educativo es bajo, pues la mayoría tienen primaria y algunos empiezan algunos años de bachillerato [...]. Eso para la parte educativa influye, porque son personas donde pesa mucho la tradición: lo que dice la abuela, lo que dice la suegra, donde ellas tienen todavía muchas creencias, sobre todo acerca de la salud y de la educación de los hijos.*

MES: [...] *en términos generales, mientras más nivel [educativo], más aceptan esos cambios, los ven menos difíciles de realizar [...] y de hecho vienen también con conductas de menos riesgo.*

Pero el AS no es un sujeto pasivo en el proceso educativo, pues posee conocimientos, necesidades, intereses y expectativas sobre la crianza y el programa, los cuales no siempre coinciden con los del MES, y por lo tanto, se convierten en fuente de encuentros y desencuentros. El AS no asume un papel pasivo ante los mensajes recibidos, resignificándolos dentro de una racionalidad particular y una concepción de verdad no siempre coherentes con las del MES.

AS: *Pues yo hasta ahora he estado de acuerdo con todo, pero [...] a uno a veces el presupuesto no le alcanza [para comprar leche de fórmula], y uno tiene que hacer lo que el bolsillo [aguante...].*

AS: *Con las orientaciones de la profesional, he sentido que considera como fundamental que el hijo se duerma solo, y yo no.*

Finalmente, el modelo educativo descrito se lleva a cabo a pesar de una clara intención de los MES por cambiarlo, ante las dudas que tienen

sobre sus resultados, y por la influencia de una propuesta para la reestructuración del Programa, denominada Salud Integral para la Infancia (SIPI), que propone un modelo educativo basado en el diálogo de saberes.

MES: *Educar no es tanto hablar como escuchar [...] es [...] percibir sus motivaciones, sus intereses, qué es aquello que los mueve a tener ciertas actitudes.*

MES: *Educar al adulto tiene su dificultad. Yo creo que no puedo llegar a imponer; a decirle: 'No haga esto y haga esto'.*

## Discusión

La fundamentación teórica para el análisis del fenómeno descrito se basó en las siguientes propuestas:

- la sociología del conocimiento sobre socialización e institucionalización de Berger y Luckmann<sup>8</sup>;
- la sociología del discurso pedagógico desde una perspectiva de control simbólico de Bernstein<sup>2-4</sup>;
- el análisis sociológico del sistema educativo como instrumento de reproducción cultural realizado por Bourdieu y Passeron<sup>5</sup>;
- las teorías de Moscovici recogidas por Jodellet sobre las representaciones sociales, provenientes de la psicología social<sup>9</sup>.

Se construyó, así, una ruta teórica desde la cual se concibe el programa como un escenario de socialización secundaria en el cual entran en contacto el conocimiento biomédico del MES y el conocimiento cotidiano del AS para la producción y transformación de las representaciones sociales sobre crianza. Este espacio pedagógico también es una instancia de control, mediada por las relaciones, las prácticas y los discursos pedagógicos que se establecen dentro del dispositivo pedagógico<sup>3-4</sup>. En este espacio comunicativo se producen los significados sobre crianza. El escenario pedagógico o microcontexto se encuentra influenciado por fuerzas del macrocontexto que ejercen poder sobre este, las cuales se configuran como producto de la desigual distribución de los capitales sociales, culturales y económicos<sup>2-4, 8</sup>.

Para una mejor comprensión de este proceso, puede asumirse la existencia de dos órdenes en la producción de significados sobre crianza. El primero de ellos corresponde a la conformación de significados sobre la crianza, por parte de los actores (AS y MES), previos al escenario educativo del programa. El segundo corresponde al es-

pacio educativo propiamente dicho, donde MES y AS, en su interacción, avanzan hacia la construcción de nuevos significados sobre la crianza. Ahora bien, la producción de significados en el espacio educativo del programa está mediada por un ambiente comunicativo determinado. A continuación se analizan estos tres elementos que concurren en la construcción de significados sobre la crianza.

### Significados de primer orden

¿Cómo aprende cualquier AS el significado de crianza? Este aprendizaje constituye un proceso socio-histórico y ontológico atado a la construcción de un rol específico, dentro de un proceso más amplio de individuación: se es AS en el marco de una identidad personal concreta.

En la socialización primaria, el individuo interioriza el *otro generalizado* sobre la crianza, esto es, los conocimientos, conductas, valores y sentimientos en relación con el rol de madre/padre,<sup>10</sup> que le posibilitan ser parte de su grupo social, estructurándose como *patrón* desde el cual se apropian los aprendizajes subsiguientes<sup>7</sup>. La socialización primaria responde a una condición de clase, que a su vez, condiciona en el individuo las disposiciones e intereses (*habitus*, en términos de Bourdieu)<sup>11</sup>, así como la habilidad lingüística (manejo de códigos restringidos y elaborados en términos de Bernstein)<sup>2,3</sup>.

En el marco de la socialización secundaria, las instituciones construyen el orden social por medio del control sobre determinados roles<sup>7</sup>. Así, la familia, la escuela, la iglesia, el hospital, los medios masivos de comunicación y hasta los partidos políticos ejercen influencias sobre la construcción del significado del rol del AS y, en consecuencia, sobre la crianza. Según Bernstein<sup>3</sup>, estas instituciones funcionan como *campo de control simbólico*, que transmiten modos de relacionar, pensar y sentir.

La experiencia vital constituye la tercera fuente de análisis. Una dimensión importante son las vivencias de la persona como hijo/hija y como miembro de familia. La otra se produce como resultado de su experiencia al convertirse en madre/padre, la cual produce una transformación trascendental y profunda de la estructura psicológica, afectiva y relacional, ante las demandas de orden individual, familiar y social que implica la atención del bebé<sup>12</sup>.

Así, pues, el AS llega al programa con una noción concreta sobre crianza y lo que significan un *adecuado* AS y el bienestar del niño, en medio de la

necesidad de armonizar sus deseos, las presiones externas y las posibilidades que su situación le permiten<sup>12</sup>. Por lo tanto, son significados que se producen en medio de la necesidad de tomar decisiones que abarcan dimensiones cognitivas, morales y emotivas no escindibles, en el marco de una racionalidad propia de la vida cotidiana.

También el MES, como cualquier persona, ha construido un significado sobre la crianza, pero además, ha recibido la influencia poderosa del modelo biomédico, producto de su formación como profesional y su vinculación al sistema de salud. El modelo biomédico, fundado en la ciencia positiva, en una orientación morbicéntrica, en una relación asimétrica profesional de la salud-paciente y en su poder para actuar sobre la sociedad y modificar la vida cotidiana<sup>13,14</sup>, se constituye en un *universo simbólico* particular, desde donde el MES interpreta la realidad, en este caso, la crianza. Siguiendo a Berger y Luckmann, el *universo simbólico* se levanta por encima del mundo de la vida, del cual ha surgido, por lo cual el MES interpreta la realidad desde una racionalidad formal y un campo de significación por fuera del sentido común. Se entiende así la visión biomédica y homogenizadora sobre la crianza por parte del MES, configurando una perspectiva reduccionista, causalista y parcelada de esta, que restringe el trámite de sus condiciones emocionales y socioculturales<sup>14</sup>.

### Construcción de significados de segundo orden

Los hallazgos evidencian la existencia de un ambiente en el cual un actor, el MES, tiene el poder para imponer unos significados con respecto a la crianza. Estos significados abarcan, tanto contenidos provenientes de la ciencia biomédica, como de arbitrios culturales particulares<sup>8</sup>. Sin embargo, la imposición o el control simbólico no se da sobre un sujeto pasivo, el AS. Todo lo contrario, este reacciona a dicha imposición de maneras diversas según sus características, así que en el espacio comunicativo en que ocurre la educación en el programa, se produce una interacción entre intereses, necesidades y formas de ser diversas, según los actores, con lo cual se configura así un escenario conflictivo<sup>4</sup>.

¿Cómo se produce este ambiente de imposición? Para responder es necesario mostrar cómo este proceso impositivo o de control simbólico<sup>2-4,8,11</sup> es producto de las relaciones entre el escenario pedagógico y las condicionantes sociales, provenientes de las estructuras de poder<sup>8</sup>.

Según Bourdieu y Passeron, el sistema educativo tiene una doble función, una interna y otra externa. La interna se refiere a la imposición de un contenido (un arbitrio cultural) y de una forma de imponerlo (el modelo pedagógico tradicional). Para el caso del programa, no sería solo el arbitrio cultural, como lo plantean Bourdieu y Passeron, sino también la visión biomédica de la crianza. La función externa se refiere al mantenimiento de un orden social, o sea, la imposición de una estructura de clases. La relación entre estas dos funciones está enmascarada, y por esto se da una imposición de la cual no son conscientes ni el educador ni el educando<sup>8</sup>.

Para comprender mejor la dinámica de este proceso impositivo, se articularán las propuestas teóricas de Berger y Luckmann<sup>7</sup>, Bernstein<sup>2-4</sup> y Bourdieu y Passeron<sup>8</sup> en cuatro procesos concatenados.

### El discurso biomédico pedagógico

El primer proceso constituye la configuración del discurso biomédico como discurso pedagógico. Según Bernstein<sup>4</sup>, el discurso pedagógico constituye la inserción de un discurso instructivo (la ciencia biomédica) en uno regulativo: de orden, relación e identidad. En consecuencia, el discurso científico sufre un proceso de recontextualización, primero en un ámbito oficial (las políticas de salud e instancias de formación profesional) y luego en el ámbito pedagógico (institución prestadora de servicios de salud y el MES). En este proceso recontextualizador, el discurso original se transforma al ser organizado y adaptado para fines pedagógicos: selección de los asuntos relevantes y relación con otros temas para construir una estructura de contenidos, secuencia, ritmo, etc. Pero, además, se *tiene* un discurso identitario, que inculca una identidad particular sobre la crianza y el rol del AS<sup>2</sup>.

Así, en la formación del MES, no solo se transmiten contenidos sobre la ciencia biomédica, sino también valores, normas y modos de ser propios de las clases dominantes. De manera semejante, el MES, en el ámbito reproductor, en su práctica pedagógica, también le *imprime* su sello personal y sociocultural. Se produce entonces un *reposicionamiento* ideológico.

### Control del potencial de significados por el MES

Siguiendo a Bernstein<sup>4</sup>, se podría decir que, en el programa, el control sobre el potencial de

significados acerca de la crianza, del cual se hace la selección para definir los legítimos, es producto de la participación de fuerzas externas (clasificación) e internas (enmarcamiento) con respecto al escenario pedagógico.

Las fuerzas de clasificación (externas) hacen referencia a la separación entre quienes construyen el discurso biomédico pedagógico y quienes sufren su imposición. Según Bernstein<sup>2-4</sup> y Bourdieu y Passeron<sup>5</sup>, dicha separación es producto de una distribución desigual del capital cultural, de los códigos elaborados (habilidad lingüística) y, en general, de los *habitus*, como consecuencia de la socialización y de las diferentes variables sociales que en esta participan. Por consiguiente, algunos grupos tienen mayor opción de llegar a las altas esferas de control simbólico donde se produce el discurso biomédico (profesores universitarios y directores de las políticas de salud), como consecuencia de un mejor *equipamiento* para ser exitoso en el sistema educativo formal.

Las fuerzas de control internas en el ámbito pedagógico, o de emarcamiento, se configuran como producto del modelo educativo. El sistema de enseñanza impone un modelo educativo determinado, denominado por Bourdieu y Passeron<sup>8</sup> *tradicional* y por Bernstein<sup>3</sup> como *pedagogía conservadora*. Ello es así porque constituye el modelo apropiado para imponer un arbitrio cultural determinado o, en palabras de Bourdieu y Passeron, reproducir la cultura. El MES reproduce este modelo educativo por dos razones fundamentales: la primera, por el conservadurismo del modelo y la segunda, porque encaja perfectamente dentro del discurso biomédico. La propuesta de conservadurismo del sistema educativo de Bourdieu y Passeron es pertinente para explicar lo encontrado en la investigación. Este modelo educativo se reproduce de manera automática, y la expresión de que el educador enseña *al mínimo coste* esto es, como le enseñaron a él en el sistema educativo formal, ilustra bien la situación<sup>8</sup>.

### Legitimación de la arbitrariedad: enmascaramiento

Según Bourdieu y Passeron, el enmascaramiento de la arbitrariedad es producto de una aparente neutralidad —para el caso del programa, la neutralidad de la ciencia—. El discurso biomédico pedagógico se presenta con carácter de *científico* en términos de la ciencia positiva. O sea, como un discurso *verdadero*, sin sesgos culturales o sociales, porque está basado en datos empíricos. Así, el educador se sitúa dentro de una

lógica científica, considerando que sus recomendaciones y argumentos están enmarcados dentro de esta órbita.

Más aún, es su condición de agente de salud referido a una disciplina concreta —y por lo tanto, en el marco del conocimiento biomédico— la que le confiere su legitimidad como autoridad pedagógica. Naturalmente, esta autoridad y poder se refuerzan por su posición de educador.

El enmascaramiento de la arbitrariedad cultural corre parejo con la deslegitimación de aquellos *habitus* distanciados del *habitus* propuesto en el programa. Se configura un escenario en el cual el MES juzga como inconveniente, inadecuado, patológico o anormal el saber o el comportamiento del AS que no concuerda con sus cánones de normalidad, adecuación o corrección, por lo cual rotula como *arraigos culturales* aquellas conductas y prácticas desviadas de sus parámetros.

La legitimidad de la autoridad pedagógica se acompaña de un *refuerzo simbólico*, esto es, su reconocimiento por parte del AS, lo cual también incluye el autorreconocimiento de su *indignidad cultural*, como lo encontraron Bourdieu y Passeron en sus estudios<sup>8</sup>.

### Legitimación de un orden desigual

Es claro que para el MES existe un público legítimo y otro que no lo es, división no detectada por el AS. Para el MES hay un público que aprende mejor, que toma más fácilmente sus recomendaciones y entiende mejor sus mensajes; un público con un mejor grado de educación formal y con unas prácticas culturales más parecidas a las suyas. Se genera así una discriminación no detectada por ninguno de los actores en cuanto a la utilidad y pertinencia del mensaje, tanto por las diferencias en la construcción de sentido que hacen los AS como en las condiciones socioeconómicas de estos. Así, los mensajes del MES tienden a tener una mejor utilidad y pertinencia para los AS con un *habitus* más cercanos a este. Por esto, el MES finalmente atribuye el fracaso educativo al AS y a su capital cultural, a pesar de las grandes dudas que le suscita la educación que lleva a cabo.

### El ambiente comunicativo

La construcción de significados de segundo orden sobre crianza se efectúa dentro de un *dispositivo pedagógico* limitado para cumplir con sus funciones de reproducción cultural, como lo plantea Bernstein<sup>2-4</sup>, así que se convierte también en

un escenario de producción y transformación cultural, en la medida en que afloran tensiones entre lógicas de pensamientos, intereses, necesidades, disposiciones, conocimientos, experiencias y expectativas, esto es, racionalidades que no siempre son concordantes, por lo cual el dispositivo pedagógico se convierte en objeto de lucha.

El MES y el AS se sitúan en dos planos diferentes para la construcción de significados que afectan seriamente la comunicación entre estos. Así, el AS se sitúa en un plano comunicativo desde el cual aborda el discurso del MES sobre crianza en el marco de un proceso de producción y transformación de representaciones sociales, considerando su utilidad para la solución de problemas concretos. El AS *deforma* el discurso biomédico pedagógico para poderlo integrar en un marco de referencia cognitivo, afectivo y normativo<sup>15</sup>. Tal como lo plantea la teoría de las representaciones sociales<sup>9, 15-17</sup>, en esencia es un proceso recontextualizador por medio del cual el discurso biomédico pedagógico sobre la crianza sufre un proceso de selección (se descontextualiza y se selecciona un núcleo figurativo), traducción (se tiñe de significados al enraizarse en un marco de referencia) e incorporación<sup>9, 16-17</sup>. Así, en respuesta a su disposición atencional, el AS selecciona fragmentos, tanto de los conocimientos como de las demandas provenientes del MES, las separa del discurso originario y las integra dentro de su sistema cognitivo, emotivo y perceptivo. De esta manera las transforma, las recrea, les da un nuevo sentido.

Desde una racionalidad práctica, propia de la vida cotidiana<sup>18</sup>, el AS evalúa los éxitos educativos teniendo en cuenta el progreso en sus capacidades para llevar a cabo una crianza más productiva y satisfactoria, en función tanto del niño como del suyo propio, y que requiere la consolidación de su criterio y autonomía. En consecuencia, en términos de Bernstein<sup>3</sup>, el éxito educativo está en función de la *competencia*. Por eso, su frustración se produce cuando no recogen sus necesidades e intereses, cuando no se siente reconocido como sujeto, lo cual tiene que ver con su percepción sobre el trato y el respeto recibidos.

Situado en otro plano de comunicación, el MES recoge el discurso del AS desde el universo simbólico constituido por el conocimiento biomédico recontextualizado. El MES construye significados, como transmisor institucional, con una fuerte orientación hacia la legitimación del universo simbólico. Desde este plano se entiende la férrea defensa que hace de sus planteamientos y recomendaciones cuando se le plantean posicio-

nes discrepantes por parte de representantes de otras instituciones (por ejemplo las abuelas) o en el seno de la misma institución (profesionales de otras disciplinas). Este comportamiento se constituye en una fuente más de homogenización del discurso sobre crianza. En este escenario, el MES percibe las posiciones distintas a su pensamiento como un ataque y no como fuente de alternativas para encontrar solución a los problemas del AS. Por esto, el MES aprende del AS lo referente a este proceso legitimador: cuáles son las dificultades comunes de los grupos para aprender los contenidos pedagógicos, la forma de *llegarle* mejor con el mensaje, cómo lograr su participación en aras de lograr una mayor motivación hacia el cambio de comportamientos sugeridos, etc, pero tiene dificultad para comprender los significados que el AS construye con respecto a la crianza en el escenario pedagógico.

Los resultados los evalúa el MES de acuerdo con los productos o, en términos de Bernstein<sup>3</sup>, a la *performance* con respecto a la transmisión, o sea, al cumplimiento de las recomendaciones identificadas como cambio de comportamientos, así que su satisfacción o frustración se produce conforme a la distancia entre el producto y las expectativas prefijadas por él y por el programa.

## Conclusiones

El fortalecimiento teórico de la educación para la salud en el ámbito de la salud como institución precisa una perspectiva transdisciplinar. De esta manera, puede observarse la complejidad de este fenómeno en el cual participan fuerzas externas e internas al escenario educativo y donde entran en juego múltiples intereses, valores y relaciones de poder. Estas fuerzas que van más allá del educador y lo influyen poderosamente solo son percibidas por éste de manera parcial. Por esto plantea Bourdieu<sup>11</sup> la necesidad de que el educador pueda hacer conscientes los *mecanismos* sociales que operan en la educación y así reconocer que más allá de juzgar a una persona, se juzgan individuos sociales.

Así, una perspectiva teórica más amplia permite el fortalecimiento de una posición crítica, fundamental para lograr una educación para la

salud más pertinente desde su dimensión socio-cultural y enmarcada dentro de una perspectiva de justicia social. En este sentido, se debe avanzar en la comprensión de los fracasos de la educación para la salud, para lo cual se hace necesario enfrentar la preeminencia del modelo biomédico<sup>19</sup> y las dificultades correspondientes para llevar a la práctica los avances teóricos y las propuestas alternativas de educación para la salud<sup>20</sup>. Más aún, sin una comprensión más amplia de la educación para la salud, se puede creer que se está llevando a cabo una propuesta progresista cuando en realidad se continúa con posiciones impositivas<sup>1</sup>.

En este punto es necesario reconocer el trabajo de otros pedagogos que aportan de manera importante al desarrollo de una perspectiva crítica de la educación que pueden ser de utilidad para comprender la educación en el campo de la salud. Entre otros vale la pena destacar los trabajos de Paulo Freire y su crítica a la educación bancaria, en la cual tanto el educador, como el educando, se encuentran presos de una relación de opresión<sup>21</sup>. Su propuesta de educación liberadora, fundada en el diálogo<sup>21</sup>, constituye un referente valioso para pensar en una educación que supere la contradicción opresores – oprimidos<sup>21</sup>, en la medida en que la educación promueve una conciencia transitiva y crítica necesaria para un cambio en la comprensión del mundo y en la acción para transformarlo<sup>21,22</sup>.

El Programa de Crecimiento y Desarrollo constituye un escenario adecuado para impulsar perspectivas alternativas sobre la concepción convencional de salud centrada en la enfermedad. Pensar en la crianza, más allá de las alteraciones del crecimiento y desarrollo como enfermedades, plantea un horizonte diferente para abordar la práctica educativa. Es más claro, desde un referente como este, abrir el camino para construir visiones de salud fundadas en categorías referidas a la vida, la autopoiesis, la ontología<sup>23</sup>, las capacidades<sup>24</sup> y el desarrollo humano. En este contexto, otras corrientes pedagógicas, diferentes a las provenientes de las ciencias del comportamiento, están ganando terreno, entre las cuales se cuentan la educación popular y la educación crítica. Se plantea así un campo más amplio para la educación para la salud que provee interesantes retos y alternativas por explorar.



## Referencias

1. Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Torres JN, Arango A. Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia. *Salud Pública Méx* 2006; 48(3):229-235.
2. Bernstein B. *Poder, educación y conciencia: sociología de la transmisión cultural*. Barcelona: El Roure Editorial; 1990.
3. Bernstein B. *La estructura del discurso pedagógico. Clases, códigos y control*. Madrid: Ediciones Morata; 1993.
4. Bernstein B. *Hacia una sociología del discurso pedagógico*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 2000.
5. Bourdieu P, Passeron JC. *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. 3ª ed. México D. F.: Distribuciones Fontamara; 1998.
6. Rockwell E. *Etnografía y teoría en la investigación educativa*. México D. F.: Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, Departamento de Investigaciones Educativas; 1980.
7. Ogbu J. *School ethnography, a multilevel approach*. California: Department of Anthropology, University of California; 1980.
8. Berger P, Luckmann T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1968.
9. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici S, organizador. *Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós; 1988. p. 469-494.
10. Burin M. Ámbito familiar y construcción de género. En: Burin M, Meler I, organizadores. *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Argentina: Paidós; 1998. p. 71-86.
11. Bourdieu P. *Capital cultural, escuela y espacio social*. México D. F.: Siglo XXI; 1998.
12. Stern D. *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1997.
13. Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica; 1967.
14. Lolas F. *Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello; 1997.
15. Viveros M. La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. *Revista de Antropología* 1993; 30:239-260.
16. Banchs M. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on Social Representations* 2000; 9(3):3-15.
17. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digita* [serie en internet] 2002 [acceso 2010 mayo 5]; 2:[25 p.]. Disponible en: <http://antalya.uab.es/athenea/num2/mora.pdf>
18. Heller A. *Sociología de la vida cotidiana*. 4ª ed. Barcelona: Ediciones Península; 1994.
19. Organización Panamericana de la Salud (OPAS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS). *Promoción de la salud: logros y enseñanza extraída entre la carta de Ottawa y la carta de Bangkok y perspectivas para el futuro*. Washington D. C.: Comité Ejecutivo de la OPS; 2006.
20. Gazzinelli MF. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saude Pública* 2005; 27(1):200-206.
21. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI editores; 1975.
22. Freire P. *Pedagogía de la Esperanza*. México: Siglo XXI Editores; 1996.
23. Granda E. El saber en salud pública en un ámbito de pérdida del antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2008; 26(5):65-90.
24. Sen A. Capacidad y bienestar. En: Nussbaum M, Sen A, organizadores. *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica; 1996. p. 54-83.

---

Artigo apresentado em 21/07/2010

Aprovado em 15/02/2011

Versão final apresentada em 15/03/2011