

Pilar Moreno Rodríguez

*LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD
EN LOS CICLOS MEDIO Y SUPERIOR
DE EDUCACIÓN PRIMARIA
EN LA COMARCA DEL BAIX CAMP*

TESIS DOCTORAL

Dirigida por Dra Charo Barrios y Dra Carmen Ponce

Departamento
de Pedagogía



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

**Tarragona
2009**

SUMARIO

INTRODUCCIÓN	1
---------------------	----------

PARTE I: MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO I. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

1. EDUCACIÓN, SALUD Y SUS FACTORES DETERMINANTES	9
2. HISTORIA Y CONCEPTO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	16
3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL MARCO DE LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	
3.1. La EpS en el marco de la promoción	22
3.2. La EpS en el marco de la prevención de la enfermedad	24
3.3. La EpS en el marco del tratamiento de los problemas de salud	25
4. LOS ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
4.1. Contexto educativo formal	26
4.2. Contexto educativo no formal	29
4.3. Contexto educativo informal: los medios de comunicación	31
5. RESUMEN	34

CAPÍTULO II. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LAS ESCUELAS DE EDUCACIÓN PRIMARIA.

1. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU IMPLICACIÓN EN LA LOGSE, LOCE Y LOE	39
2. EL DESARROLLO CURRICULAR EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LAS ESCUELAS DE EDUCACIÓN PRIMARIA EN CATALUNYA	
2.1. Objetivos	44

2.2. Contenidos	45
2.3. Estrategias metodológicas y orientaciones didácticas	54
2.4. Evaluación	57
3. EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA (PESE) DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA	59
4. LAS ESCUELAS SALUDABLES	65
5. RESUMEN	71

CAPÍTULO III. AGENTES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

1. LOS AGENTES DE EPS EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA

1.1.El alumno: aspectos evolutivos y psicopedagógicos del niño en la etapa de Educación Primaria (6-12 años).	
1.1.1. Teorías del desarrollo	82
1.1.2. El desarrollo psicomotor	85
1.1.3. El desarrollo cognitivo	86
1.1.4. El desarrollo afectivo-emocional	87
1.1.5. El desarrollo social	89
1.1.6. La EpS y sus implicaciones educativas en los alumnos de CM –CS de la Educación Primaria	90
1.2. La familia.	
1.2.1. La importancia de la familia	91
1.2.2. La relación familia y escuela y su implicación en la Educación para la Salud	97
1.3. El profesorado.	
1.3.1. El profesorado en una sociedad dinámica	102
1.3.2. La función docente	104
1.3.3. El profesor en la Educación para la Salud	107

1.4. La Inspección de Educación y los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP).	
1.4.1. La Inspección de Educación	111
1.4.2. Los Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP)	112
2. LOS AGENTES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD SANITARIA Y SOCIAL.	
2.1. En la Atención Primaria Sanitaria.	
2.1.1. Concepto y funciones	116
2.1.2. El Equipo de Atención Primaria	118
2.2. En la Atención Primaria de los Servicios Sociales.	
2.2.1. Concepto y funciones	121
2.2.2. El equipo de Atención Primaria	123
3. RESUMEN	127

PARTE II: PROCESO DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO IV. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

1. EL PROBLEMA OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN	133
2. EL PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	136
3. CLARIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	138
4. HIPÓTESIS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	140
5. RESUMEN	144

CAPÍTULO V. DISEÑO Y METODOLOGÍA.

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	147
2. FASES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	148

3. LA MUESTRA	152
4. TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA RECOGIDA DE DATOS	
4.1. Cuestionarios	158
4.2. Entrevistas	166
5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	169
6. RESUMEN	172

CAPÍTULO VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

1. RESULTADOS DE LOS DATOS DE LOS CUESTIONARIOS	
1.1. Cuestionario a profesores	178
1.2. Cuestionario a alumnos	202
1.3. Cuestionario a padres	233
2. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS	
2.1. Entrevistas a directores de centros de Educación Primaria	261
2.2. Entrevistas a coordinadores de CM y CS	266
2.3. Entrevistas a la Inspección Educativa y a los Servicios Educativos: Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógico (EAP) y responsable del Programa de Educación para la Salud en la Escuela (PESE)	272
3. RESUMEN	278

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES.	285
------------------------------------	------------

CAPÍTULO VIII. PROPUESTAS, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.	317
---	------------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIBLIOGRAFIA	333
2. FUENTES	346

SIGLAS

LISTADO GRÁFICOS, CUADROS Y TABLAS

- 1. GRÁFICOS.**
- 2. CUADROS.**
- 3. TABLAS.**

ANEXOS: CUESTIONARIOS Y ENTREVISTAS

- 1. Carta de presentación dirigida al director de la escuela de EP.**
- 2. Instrucciones para pasar el cuestionario del alumno.**
- 3. Cuestionario a alumnos de CM-CS.**
- 4. Carta de presentación dirigida a los docentes de CM-CS de la escuela.**
- 5. Cuestionario a profesores de CM-CS.**
- 6. Entrevista al director o responsable del equipo directivo.**
- 7. Entrevista al coordinador de CM o CS.**
- 8. Carta de presentación dirigida a la Inspección Educativa.**
- 9. Entrevista al Inspector de educación.**
- 10. Carta de presentación dirigida al responsable del PESE.**
- 11. Entrevista al responsable del PESE.**
- 12. Carta de presentación dirigida al director del EAP.**
- 13. Entrevista al trabajador social del EAP.**
- 14. Carta de presentación dirigida a los padres de los alumnos de CM-CS**
- 15. Cuestionario a padres.**

INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad, compleja y en continuo cambio, exige a los ciudadanos una capacidad de adaptación constante haciendo necesaria una pluralidad de recursos que facilite la plena integración en ésta. **La escuela es el lugar adecuado dónde se puede ofrecer los recursos básicos, desarrollar la persona y su potencial.** Si consideramos que hoy en día los factores de salud, individual y colectiva, son uno de los componentes importantes de nuestra sociedad actual, podemos decir que la **Educación para la Salud tiene que ser uno de los ejes de la educación integral de la persona.**

Por lo que podemos corroborar el comentario de Serrano (2003:8): *“la salud, como elemento del grado de bienestar y de calidad vital conseguida, resulta un elemento clave en la integración social de las personas, meta a la que tiende la educación. La salud y la educación son, pues, dos conceptos no sólo compatibles sino tan interrelacionados que no puede existir el uno sin el otro. Cuando se habla del pleno desarrollo de las personas se contemplan tanto los aspectos físicos y psíquicos como los sociales y morales. Los objetivos de la educación coinciden en esta perspectiva con las metas de la promoción de la salud”.*

Pero mucha gente se preguntará **¿por qué hay que educar para la salud?** la respuesta argumentada por García Martínez y otros (2000:42) es *“porque el mundo ha cambiado sustancialmente haciéndose cada vez más complejo en su estructuración y funcionamiento y, en segundo lugar, porque también se ha modificado sustancialmente la propia construcción social de la salud. Hoy el principal enemigo de la salud de los seres humanos no son ya las epidemias, sino sus propios hábitos y comportamientos, es decir, sus formas de vida insanas”.*

Cada vez más desde la escuela observamos por ejemplo: el desayuno que toma el alumno no es el correcto ya que puede estar compuesto de bollería industrial, patatas fritas (de bolsa) o golosinas y a veces puede llegar hasta el extremo que el niño no desayuna porque se guarda el dinero para comprar otra cosa, o alumnos que no duermen lo suficiente, que no descansan y que suelen mirar bastante la televisión, ese electrodoméstico que les dice qué han de hacer, qué han de comprar,

El aumento de embarazos de adolescentes que se han duplicado en sólo una década, el fuerte aumento de obesidad y de sobrepeso que está surgiendo en la población catalana (datos constatados en la Evaluación del Plan de Salud en Cataluña en el año 2000), el acceso temprano al consumo de drogas. Todo ello son algunas razones que justifican la necesidad de una Educación para la Salud en la escuela de Educación Primaria.

Pues bien, **¿qué entendemos por Educación para la Salud?** podríamos definirla de varias formas pero genéricamente entendemos por Educación para la Salud ***un proceso planificado de comunicación y de enseñanza-aprendizaje que tiene como finalidad la mejora del comportamiento saludable de una persona y comunidad.***

Siguiendo con el desglose del título del presente trabajo nos centraremos en el motivo por el que se fundamenta este estudio en la Educación Primaria. En esta etapa la Educación para la Salud es **partícipe de promover el desarrollo integral de las personas y de transmitir el legado cultural a las nuevas generaciones, fines del sistema educativo;** contribuyendo además, en el **desarrollo de las diferentes**

capacidades en el alumno: cognitivas, motoras, equilibrio personal, de relación interpersonal y de actuación social, finalidades básicas de la etapa de Educación de Primaria.

Consideramos que es apropiado centrarnos en los **ciclos medio y superior de Educación Primaria** porque son edades en que los niños están creando unos hábitos, unas actitudes, y unos valores y que empiezan a tener otras referencias, diferentes a la familia como pueden ser el docente, los amigos, el pediatra, los monitores,

La delimitación geográfica de la investigación se da por interés profesional ya que la investigadora trabaja como docente en esta comarca, y más concretamente en Reus por lo que puede permitirnos una mayor implicación y un mejor conocimiento real de la situación en la que se encuentra actualmente la Educación para la Salud en el Baix Camp.

Nuestra investigación intentará **analizar la Educación para la Salud en los ciclos medio y superior de Educación de Primaria en la comarca del Baix Camp** implicando a todos los **agentes de Educación para la Salud** como son: profesores, alumnos, padres y profesionales socio-sanitarios.

En nuestro estudio analizaremos **la comunidad familiar (padres) y la comunidad escolar formada por docentes, discentes, los servicios educativos** (trabajador social del Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica -EAP-, la responsable del Programa de Educación para la Salud, en adelante, -PESE- del Departament d'Educació y para finalizar contaremos con las opiniones de la temática tratada de dos **inspectores de educación** de la zona del Baix Camp.

Los **objetivos** que pretendemos en este estudio respecto **a los agentes de Educación para la Salud** son:

- Analizar la formación de los docentes, inspectores, trabajadores sociales del EAP y responsable del PESE referente a la Educación para la Salud (en adelante EpS).
- Conocer la atribución que los diferentes agentes hacen sobre la responsabilidad en materia de la EpS entre la familia del alumno y los diferentes profesionales que pueden intervenir.
- Analizar la relación y cooperación entre los profesionales de Inspección y de los servicios educativos y los diferentes agentes/profesionales que intervienen en la EpS (docentes, médicos, enfermeros, padres, ...).
- Averiguar la necesidad de los docentes a incorporar o incrementar el tratamiento de EpS en el currículum de Educación Primaria.
- Averiguar los conocimientos que tienen los alumnos sobre la EpS.
- Analizar los hábitos de higiene personal del alumno.
- Observar los hábitos que pueden influir en la EpS del alumno.

- Analizar los hábitos de salud de los niños en la familia.
- Conocer la EpS que se realiza en la familia.
- Averiguar la opinión de los padres sobre la EpS escolar.

Para abordar estos objetivos partimos de una fundamentación teórica que explica diferentes aspectos que intervienen en el enfoque y desarrollo no solamente de este trabajo en concreto sino de la temática objeto de estudio como es la Educación para la Salud.

Esta **fundamentación teórica** constituye la primera parte del trabajo que presentamos y estructuramos en tres capítulos:

Capítulo I: La Educación para la Salud.

En términos generales la intención de este capítulo es de indagar en la temática de la Educación para la Salud: análisis del concepto, historia, su implicación en la promoción, prevención de la enfermedad y tratamiento de los problemas de salud y sus ámbitos de intervención: formal, no formal e informal.

Capítulo II: La Educación para la Salud en las escuelas de Educación Primaria.

Este capítulo encuentra su justificación sobre la base de dos consideraciones:

- a) Concebir la Educación para la Salud como un principio vehicular del sistema educativo ya que *“los contenidos curriculares de los temas transversales son objeto en la actualidad de una fuerte demanda social, por tratarse de contenidos educativos valiosos que corresponden a un proyecto válido de sociedad y educación”* (MEC, Prólogo a M. Transversales, 1992:3).
- b) La importancia que adquiere la Educación para la Salud, como eje transversal, dentro del currículum escolar. La Educación para la Salud es imprescindible en la escuela ya que es partícipe de la formación integral del alumno.

En este capítulo hemos diferenciado cuatro apartados. En el primero realizamos una descripción comparativa de las legislaciones que han ido pasando por el sistema educativo y su relación con la Educación para la Salud. En el segundo trazamos el desarrollo curricular en Educación para la Salud en las escuelas de EP de Catalunya. En el tercer bloque analizamos el Programa de Educación para la Salud en la Escuela (PESE) de la Generalitat de Catalunya: orígenes, objetivos y líneas de actuación. Y para finalizar el capítulo describimos el concepto de escuela saludable: requisitos, objetivos y comentamos el Proyecto europeo: Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) denominado en Catalunya “Xarxa d’escoles europees promotores de salud” (XEEPS).

Capítulo III: Agentes de Educación para la Salud.

En términos generales la intención de este capítulo es indagar en los agentes que intervienen en la Educación para la Salud, sobre todo en la comunidad educativa, pero

también realizaremos una breve descripción de los agentes de Educación para la Salud que intervienen en la comunidad Sanitaria y Social. Como resalta la comunidad Económica Europea en la definición de la Educación para la Salud “... se trata de un amplio proceso pedagógico que debe ser asumido tanto por la familia, como por la comunidad docente y social” (Resolución 89/C3/01).

En el presente capítulo diferenciamos dos grandes apartados. En el primero describimos los diferentes agentes de Educación para la Salud que intervienen en la comunidad educativa, siendo éstos los grandes protagonistas a la hora de realizar nuestra investigación. Desglosamos este apartado en cuatro partes, según agentes que intervienen en la EpS de la comunidad educativa:

El primer agente a estudiar es el **alumno**: aspectos evolutivos y psicopedagógicos del niño en la etapa de Educación Primaria, concretamente en los ciclos medios y superior (8 a 12 años). En éste hacemos reseña sobre las teorías del desarrollo, y comentamos el desarrollo psicomotor, cognitivo, afectivo, emocional y social del alumno de CM (8-10 años) y CS (10-12). Asimismo realizamos unas indicaciones sobre la Educación para la Salud y sus implicaciones educativas en los alumnos de CM y CS.

El segundo agente a investigar es la **familia**, actor fundamental en la EpS del niño, en el cual abordamos diferentes contenidos: la importancia de la familia, la socialización de los hijos y la relación familia y escuela y su vinculación en la Educación para la Salud.

Seguidamente hacemos mención a un agente fundamental de la EpS en la escuela, el **profesor**, “el profesorado” como colectivo, en él desarrollamos tres aspectos de suma importancia: el profesorado en una sociedad dinámica, la función docente y el profesor en la Educación para la Salud.

Y último describimos el papel que tiene la **inspección educativa y el Servicio Educativo del Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógico (EAP)** en la comunidad educativa y su relación con la temática investigada.

En el segundo apartado analizamos los agentes de Educación para la Salud que pueden haber en la comunidad sanitaria y social. Desglosamos este apartado en dos: la Atención Primaria Sanitaria y la Atención Primaria de los Servicios Sociales, indagando en el concepto, funciones y equipo que los forman y su relación con la Educación para la Salud.

El desarrollo de la investigación constituye la segunda parte del trabajo que presentamos y lo estudiamos en cinco capítulos.

En el capítulo IV describimos el porqué de la temática y su investigación, presentamos los objetivos y las hipótesis de nuestro trabajo, así como la formulación del planteamiento científico de éste. Podemos comentar que es una investigación orientada a la práctica educativa corroborando a Keeves, 1988; Nisbet, 1988 en Arnal y otros (1992: 87) *“la investigación educativa orientada a la práctica es una investigación educativa que se diseña, realiza y comunica con el propósito específico de proporcionar información para la toma de decisiones (a nivel político o dentro de la práctica escolar), de controlar la implantación de una determinada política o de examinar los efectos de la política existente”*.

En el capítulo V abordamos el diseño y la metodología de la investigación exponiendo las diferentes fases del trabajo. También concretamos la muestra de los agentes que intervienen en la EpS escolar. En cuanto a las técnicas empleadas en la recogida de datos utilizamos la complementariedad entre dos técnicas: cuestionarios y entrevistas.

En el capítulo VI presentamos por un lado el análisis de los resultados cuestionarios a profesores, alumnos y padres que nos ayudará a conocer y describir el contexto de estudio.

Por otro, el análisis de la información que proviene de las entrevistas realizadas a los directores, coordinadores de ciclo medio y superior de algunas escuelas de la comarca del Baix Camp y a dos Inspectores de Educación, dos trabajadoras sociales del EAP de la misma zona de estudio y por último a la responsable del Programa de Educación para la Salud en la Escuela (PESE).

En el capítulo VII, basándonos en los datos obtenidos, procederemos al establecimiento de conclusiones teniendo en cuenta los objetivos propuestos en la investigación.

Por último en el capítulo VIII hacemos mención a las propuestas, limitaciones y recomendaciones que, a partir del análisis de la Educación para la Salud en las escuelas de Educación Primaria de la comarca del Baix Camp, hemos podido realizar.

Capítulo I: LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. EDUCACIÓN, SALUD Y SUS FACTORES DETERMINANTES	9
2. HISTORIA Y CONCEPTO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	16
3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL MARCO DE LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO:	
3.1. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL MARCO DE LA PROMOCIÓN	22
3.2. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	24
3.3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL MARCO DEL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD	25
4. LOS ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD:	
4.1. CONTEXTO EDUCATIVO FORMAL	26
4.2. CONTEXTO EDUCATIVO NO FORMAL	29
4.3. CONTEXTO EDUCATIVO INFORMAL: LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	31
5. RESUMEN	34

1. EDUCACIÓN, SALUD Y SUS FACTORES DETERMINANTES.

Hemos creído conveniente describir los dos términos de los cuales se compone Educación para la Salud, es decir, educación y salud para concretar mejor el sentido que queremos dar a nuestra investigación.

Etimológicamente la palabra educar procede de dos términos del latín aparentemente opuestos, *educare*, que significa “criar”, “alimentar”, y *ex-ducere*, que quiere decir “extraer”, “conducir desde dentro hacia afuera”.

El primer término, *educare*, supone una influencia externa, lo que tradicionalmente se ha dado a entender por la acción de educar, concepto de educar, concepto intelectualista y con supremacía del educador sobre el educando denominándose modelo directivo o de intervención.

El segundo vocablo mencionado, *ex-ducere*, supone un desarrollo interno y se corresponde con el nuevo concepto de educación o educación progresiva, concepto fundamentado en la actividad, la libertad y la espontaneidad del educando. El punto de referencia en ambos casos es el sujeto que se educa catalogándose como modelo de extracción o de desarrollo.

Por lo tanto, se pueden considerar dos formas de educación según el punto de vista de su dirección. *Educare*, que supone una influencia desde afuera hacia adentro (heteroeducación) y *ex-ducere*, que supone un desarrollo desde dentro hacia fuera, (autoeducación). *“Así pues, si por medio de la heteroeducación, formamos al hombre y mediante la autoeducación el hombre se forma a sí mismo, la auténtica educación será aquella que ayude al hombre a formarse”* Calzada y Heierle en Morón (1995a:29).

No cabe duda que el concepto de educación es amplio y complejo. En sentido amplio es la acción y efecto de educar, formar, instruir a una persona, especialmente los niños. El pedagogo ya en la tradición clásica, conducía o llevaba a los niños y jóvenes a la palestra o al gimnasio. La paideia era conducción hacia el ethos, hacia la vida moral plena y feliz. Ya Platón en su época afirmaba que *“educar es dar al cuerpo y al alma toda la belleza y perfección de que son capaces”*.

Pero la educación puede también presentarse en aspectos parciales, según los objetivos delimitados que le asigne una sociedad cada vez más especializada como puede ser: educación cívica, educación profesional, educación sexual, educación física, educación para la salud, etc.

Con la educación se asegura la continuidad social intergeneracional al transmitir al niño los sentimientos, la manera de ser, la cultura del grupo.

Actualmente se concibe la educación como el medio de transmisión de conocimientos y actitudes por el que el niño se inserta en la sociedad y en la cultura. Nos identificamos con la definición de la educación como *“el proceso por el cual todo humano se incorpora al patrimonio cultural de la comunidad en la que va desarrollándose su existencia, al tiempo que se integra en el grupo y se especifica como individuo singular”* (Sánchez en Medina y otros, 2001:23).

Ya la OMS en 1989 entendía la educación como respuesta a la necesidad de ser, de sentirse y de ser reconocidos como personas libres, felices, útiles, en medio y al lado de los demás, y como parte consciente y activa de toda sociedad y sus tareas; y entre ellas hacer una vida más saludable.

La educación también debe proporcionar un conjunto de modelos funcionales que faciliten el análisis del mundo social en que se vive y las condiciones en las cuales se encuentra el ser humano, crear un sentido del respeto por las capacidades y la humanidad del hombre como especie y transmitir al estudiante la idea de que la evolución humana es un proceso inacabado.

Desde cualquier punto de vista que se adopte para estudiarla no cabe duda de que la educación es un proceso dinámico, en absoluto estático, que se adapta y renueva al ritmo de los tiempos. Enfrentarse a los desafíos de la educación es pensar sobre la cultura, sobre el ser humano. Por eso, la educación es una actividad permanentemente inacabada, en cambio constante, *“un proceso de antropogénesis. Concepto dinámico que se refiere a lo que existe como acción de esa naturaleza, lo que se hace y se aplica buscando el perfeccionamiento.”* (Gil en Medina y otros 2001:25).

Comentado el concepto de Educación nos detendremos en la definición de salud. En principio intentaremos resolver qué entendemos por salud ya que *“la mayoría de las personas suponen lo que es y no ven el caso de comentar este asunto”* (Greene y Simons, 1988:4). Al respecto estos mismos autores citan a Callahan que dice *“extrañamente, tomando en cuenta todos los debates sobre la “salud”, se han hecho pocos intentos para darle al término algún significado más firme; parece que se da por sentado que toda la gente sabe de lo que está hablando”*.

En el transcurso de la historia, y lo mismo que ha sucedido con otros conceptos abstractos, se ha intentado definir la salud, con mayor o menor éxito, dependiendo de quién proponía o argumentaba la definición. Así, hasta la actualidad han llegado definiciones de personajes célebres, poetas, políticos, pensadores, ... que han servido en muchos casos como punto de referencia de las conductas de muchas personas y también como referencia para la aplicación de muchas políticas sanitarias.

El término salud proviene del latín *salus-utis* y significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. El sentido de la salud ha ido modificándose en función del acontecer histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos.

A lo largo de la historia y hasta mediados del siglo XX la idea de salud se había caracterizado por su concepción biologicista y por ser definida a partir de la enfermedad. *“Durante siglos la enfermedad se ha explicado sucesivamente desde las teorías demoníaca, mítica, humoral, miasmática y microbiana”* López y Frías (2000:3).

Durante mucho tiempo se consideró la salud como ausencia de enfermedad implicando *“una visión negativa ya que el núcleo de interés había sido la misma enfermedad”* (Fortuny y Molina, 1998:16).

El concepto de salud ha evolucionado bastante de la concepción de “ausencia de enfermedad” hasta el de nuestros días *“el logro máximo nivel de bienestar físico,*

mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad” (Gil, 1999:2).

Los cambios más importantes se produjeron en la segunda mitad del siglo XX y más concretamente a partir de la carta Constitucional de la OMS (1946) dónde se define la salud como *“el estado de completo bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.*

En 1984 la Oficina Regional para Europa de la OMS definió la salud como *“la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”.* Comparando con la anterior definición podemos observar que aparece un nuevo enfoque, el ecológico, refiriéndose a la relación entre la salud y la interacción entre los individuos con el medio físico y social en el que se desarrollan. Por tanto *“son concepciones que otorgan un significado a la realidad social y ambiental de los individuos a la hora de definir su salud, pues no sólo hay que considerar las características personales (lo que somos) o nuestros estilos de vida (lo que hacemos), sino también el entorno global (dónde vivimos)” (Yus, 2000:9).*

Esta definición, a nuestro parecer la más completa, abandona definitivamente la concepción de salud como un estado o situación utópica y abstracta y aporta un proceso dinámico en el cual se desarrollan todas las capacidades individuales. Este carácter dinámico en el concepto de salud hará que vaya variando y no siempre será la misma ya que *“el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones y las ideas de cada época. De aquí que la idea que la gente tiene de su salud no es siempre la correcta; esa idea está siempre limitada por el marco social en que la gente actúa”* San Martín en Sainz (1984:33).

Por lo tanto *“la dificultad de encontrar una definición satisfactoria de la salud no se debe a un problema semántico, sino al hecho de que la salud es un estado polimorfo y cambiante y eso la convierte en una realidad compleja”* (Isla, 2003:34).

A partir de aquí podemos considerar la salud como un recurso para la vida y no como el objeto de la misma *“la salud es una conquista diaria por la cual podemos mejorar nuestra calidad de vida; no se trata de la consecución de un determinado nivel que se tiene o no se tiene, de un proceso acabado, sino que existe la posibilidad de conseguir cada vez mayores cotas, más de salud”* (Gavidia y Rodes, 2000:37).

Desde la antigüedad han preocupado las causas, **condiciones o circunstancias que determinan la salud.** Ya a finales del siglo XVIII diversos autores como Cañs, Castilla, de Miguel, o Lain, manifestaron la importancia de los factores socioambientales como determinantes de la salud. **Estas condiciones o circunstancias se las conoce a partir de los años 70 como determinantes.**

El Glosario de Promoción de Salud de la OMS de (1998:16) define a los determinantes de la salud como *“el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”.*

Entre los factores que más han influido en determinar la situación sanitaria actual cabe destacar:

- La mortalidad de las enfermedades no infecciosas de tendencia crónica se mantiene e incluso se incrementa. No podemos olvidar que más del 70% de las defunciones en los países desarrollados se deben a lo que se denomina las tres C: cardiovasculares, cáncer y circulación
- El cambio a la tipología de las enfermedades más comunes. Existe un retroceso en las enfermedades infecto-contagiosas comunes (viruela, sarampión, ...) un aumento de desórdenes crónico-degenerativos (tumores, reumatismos, ...) y una aparición de nuevas enfermedades infecciosas como el SIDA.
- El descuido del “principio del autocuidado”, la convicción de que los avances tecnológicos, los médicos y los hospitales lo curan todo ha implicado que las personas hayamos trasladado la responsabilidad, que cada uno tenemos con nuestro propio cuerpo, al sistema sanitario o a la Administración Pública.
- Los problemas de salud suponen un gran gasto para la comunidad. Los gobiernos aumentan los presupuestos de Sanidad, llegándose a endeudar ya que se requiere de un gran aporte económico para el mantenimiento de la investigación médica, la aplicación de sofisticada tecnología y la mejora de los servicios asistenciales.

Analizando algunas de las características de la sociedad actual podemos decir que nos encontramos con una sociedad caracterizada por:

- El desplazamiento en gran escala de la población de las zonas rurales hacia las ciudades. En el año 2010, la mayor parte de la gente del planeta vivirá en las ciudades ya sean grandes o medianas por lo que el medio urbano tendrá un papel importantísimo en la determinación de su estado de salud.
- El aumento de la población a nivel mundial y su envejecimiento.
- La movilidad de empleo y el paro laboral. Tanto en jóvenes por no encontrar un empleo estable como en personas mayores por despidos, jubilaciones anticipadas, hace que estas situaciones repercutan muchas veces en la persona y en su salud.
- Una sociedad competitiva y estresante. Podemos decir que vivimos en una sociedad competitiva por excelencia en la que el estrés está inmerso en la mayoría de las personas de la cultura occidental.

La ciencia clásica trató con éxito los hechos observables, los problemas de salud entre dos variables: causa-efecto. Actualmente ha quedado obsoleto y tratamos de comprender los problemas a partir de numerosas variables. Así la salud se explica como resultado de las múltiples y complejas relaciones entre ser humano y el medio ambiente social y cultural.

En la Educación para la Salud partimos del concepto holístico de salud, es decir, que contempla al individuo en su totalidad, en su entorno global pudiendo afectar a éste en cualquiera de sus dimensiones física, psicológica o social.

Durante los años setenta aparecen varios modelos que intentan explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes, entre los que destacan **el modelo holístico de Laframboise (1973), el ecológico de Austin y Werner (1973) y el de bienestar de Travis (1977).**

El esquema de Laframboise fue desarrollado por Marc Lalonde y actualmente es el modelo conceptual de los determinantes de la salud más frecuentemente empleado, por ser más amplio y comprensivo y acomodarse mejor a la multiplicidad de factores que intervienen en la producción de las enfermedades actuales.

En cuanto a los factores determinantes de la salud ya son clásicos los cuatro factores determinantes según Lalonde, Ministro de Sanidad del Canadá en el 1974, que publicó un informe *A New Perspective on the Health of Canadians* donde se trataba de conocer los factores que influían en la salud de los/as canadienses siendo la causa determinante de la salud o de la enfermedad, la interrelación positiva o negativa de éstos.

“Buena salud es el lecho de roca sobre el que se asienta el progreso social. Una nación de gente saludable puede hacer las cosas que hacen la vida digna de ser vivida, y conforme el nivel de salud progresa, lo mismo sucede con el potencial de ser felices. El sistema de asistencia sanitaria, sin embargo, es sólo una forma de mantener y mejorar la salud. Sobre las amenazas contra la salud que son medioambientales o están ligadas a la conducta, el sistema organizado de asistencia sanitaria puede hacer poco más que servir como red para recoger a las víctimas. La meta (del Gobierno de Canadá) continuará siendo no sólo añadir años a la vida, sino también vida a nuestros años” (Lalonde, 1974, en Durán, 2004:17).

Según Lalonde, **el nivel de salud de una comunidad estaba influenciado por cuatro grandes grupos de determinantes:**

1. Biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento).
2. Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
3. Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, violencia, conducción peligrosa, ...).
4. Sistema de asistencia sanitaria (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia).

El informe de Lalonde sostiene que las condiciones ambientales y los estilos de vida eran más importantes para la salud de los canadienses que la asistencia médica; sin embargo, los recursos existentes se dirigían a la asistencia médica y no a los cambios en los determinantes.

Actualmente se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de salud son modificables. Algunos, como la biología humana, que en 1974 se consideraba poco influenciable, pueden modificarse gracias a los nuevos descubrimientos genéticos, diagnósticos y de terapias basadas en la biotecnología.

Los factores que constituyen el grupo 2 (medio ambiente) y el grupo 3 (hábitos de vida y conductas de salud) de Lalonde en ocasiones son difícilmente separables; la pertenencia a uno u otro grupo es confusa.

Dejamos de lado los factores biológicos y sanitarios y profundizaremos en los estilos de vida factor indispensable en la Educación para la Salud. Los estilos de vida son *“el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo y son fruto básicamente de la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y las condiciones de vida de ese individuo o grupo”* (Sáez y otros 2001:28).

Los estilos de vida, por su naturaleza subordinada a los sistemas de control social, están expuestos a influencias de diversa naturaleza, no solo ligadas a las leyes de las relaciones sociales, sino también influidos por otros sistemas, tales como los de la producción y del consumo. Basta considerar la influencia de los medios de comunicación sobre las costumbres, que interfieren de manera constante introduciendo hábitos de vida a los que la población no está acostumbrada, como el consumo de productos alimentarios preparados y comercializados a través de los sistemas de comunicación de masas.

El entorno es también un factor que determina el estilo de vida de una persona, por ello se requiere de éste que promueva salud y ofrezca oportunidades para que las personas opten por conductas beneficiosas para su salud y la de los que le rodean. Por ello, en la actualidad, se reconoce la necesidad de situar a la persona en su contexto social, ambiental y político para comprender la complejidad de influencias que ayudan a determinar los estilos de vida y que nos proporciona el panorama donde la Promoción de la salud y Educación para la Salud deber ser desarrollada.

Basándonos en Sáez y otros (2001) diremos que el **estilo de vida de una persona está determinado por cuatro factores que interaccionan entre sí:**

1. Características individuales.

La determinación de la conducta del individuo viene marcada por la personalidad y carácter de la persona.

2. Entorno microsociaL.

Es en este entorno, más próximo al individuo, donde la influencia de personas o instituciones colaboran al establecimiento de pautas de conducta que ejercen de forma determinante una influencia sobre el estilo de vida. Estos factores pueden ser: la familia, los amigos, el ambiente laboral o escolar, los vecinos,

3. Factores macrosociales.

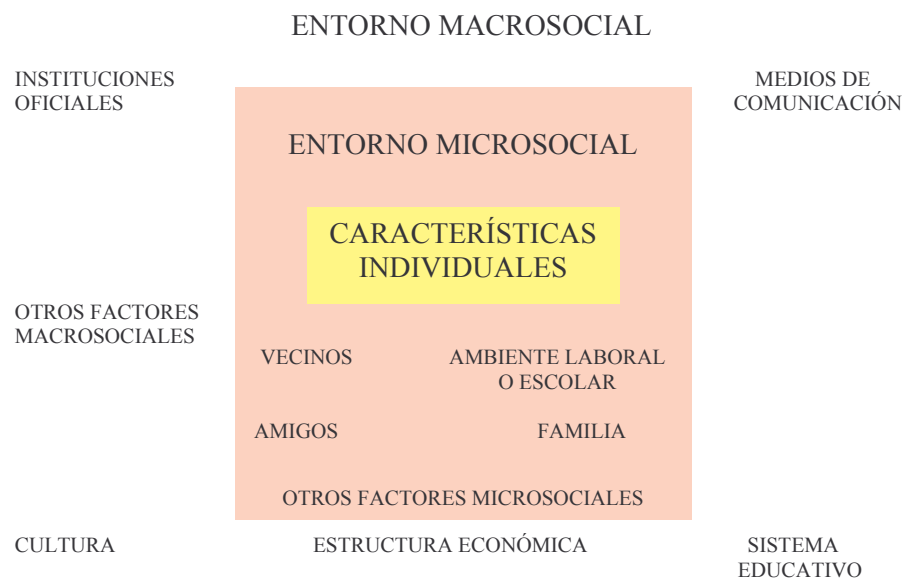
Este contexto es menos próximo pero no menos determinante, ejerce una influencia que en muchas circunstancias escapa a nuestra percepción como individuos, pero que promueve o dificulta conductas relacionadas con estilos de vida saludables. Estos factores pueden ser: el sistema educativo, los medios de comunicación, la cultura, las instituciones oficiales, la estructura económica y

como comenta Gonzalo (2005): Epidemiología política disponible desde internet a <http://www.doyma.es> :Mail@lert Doyma. Noticias 3.1.05 “*está surgiendo una incipiente epidemiología social y política que empieza a sacar a la luz otros determinantes de la salud más insospechados, desde la vivienda a la propia democracia*”.

4. Medio físico geográfico.

Es el entorno dónde nos ubicamos físicamente, dependiendo de las condiciones climáticas, de las aglomeraciones de población, ciudad o pueblo, de las condiciones geográficas dónde vive el individuo, interior o costa,

En el cuadro siguiente observamos los factores determinantes de los estilos de vida anteriormente descritos.



Cuadro 1: Factores determinantes de los estilos de vida (Fuente: Fernando Marqués en Saez y otros, 2001:29)

En nuestra tesis son objeto de estudio estos cuatro factores ya que partimos del estudio del individuo de edad comprendida entre 8 y 12 años a partir de cuestionarios. Valoramos el entorno microsocial a partir de entrevistas a: familias, equipos directivos y coordinadores de centros educativos y cuestionarios al profesorado.

Tenemos en cuenta el entorno macrosocial:

- El sistema educativo, estudiado en el capítulo siguiente.
- Las instituciones oficiales basándonos fundamentalmente en las relacionadas con nuestra temática como pueden ser: la Educación en la etapa obligatoria de Primaria -escuela, profesores, EAPs, Inspección, PESE (Programa de Educación para la Salud en la escuela), ...-

- La Sanidad (centros de atención primaria, CAP, pediatras, enfermeras), temática a estudiar en futuras investigaciones.
- Los Medios de Comunicación tan importantes e influyentes en este momento.
- La cultura que ya no sólo es un medio de adaptación del hombre a la realidad física y ambiental sino que es un recurso para mejorar su adaptación.
- El medio físico geográfico ya que nuestro estudio se realiza en una comarca, Baix Camp y en unas determinadas poblaciones, ciudades y pueblos ya sean de interior y de la costa.

Dada la importancia que tienen los estilos o formas de vida en la sociedad actual y para la salud en general, parece necesaria y urgente la capacitación del alumno como agente de su propia salud, al igual que el desarrollo de programas educativos y su integración dentro del currículum escolar desde los primeros años de escolarización, dado que en estas edades es donde empiezan a configurarse las conductas insanas.

Asistimos en el campo de la salud a la emergencia de nuevas representaciones y orientaciones que demandan nuevas modalidades de intervención educativa para la salud, esto es, que tiendan a considerar al sujeto en su globalidad y lo sitúen en el contexto sociocultural donde se desarrolla.

Se propone contribuir educativamente a dotar a los individuos y grupos sociales de los recursos personales y comunitarios, que son necesarios para afrontar tales situaciones, a través, fundamentalmente, de la inserción en la comunidad a la que pertenecen. *“La tarea educativa para la salud debe dejar de presentarse como inculcación para convertirse en un modo de creación de espacios donde los individuos pueden desarrollarse, encontrando o creando por sí mismos los recursos necesarios”* (García y Martínez, 2002:556).

2. HISTORIA Y CONCEPTO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Con frecuencia se piensa que la Educación para la Salud y sus contenidos son planteamientos novedosos, de reciente incorporación al mundo educativo, pero la realidad es bien distinta: *“el primer código de higiene escrito, el Levítico, escrito hacia el año 1.500 a.C. se mencionaba una extensa variedad de deberes personales y comunitarios ...”* (Salleras, 1985:31). En éste los hebreos comentaban diferentes aspectos personales y comunitarios como: mantener el aseo de sus cuerpos, aislar a los leprosos, proteger el agua y los alimentos, eliminar las materias fecales,

Los egipcios tenían un sentido muy profundo de la limpieza personal, conocían numerosas fórmulas farmacéuticas y construían aljibes para almacenar el agua potable y canales de desagüe para las aguas residuales.

La civilización griega desarrolló la higiene en un grado nunca alcanzado hasta ese momento. Sin embargo, se le daba más atención a la limpieza personal, al ejercicio y a las dietas que a los problemas del saneamiento del medio. En aquella época la higiene

tenía una connotación más amplia, a **Hygea** (da origen a la palabra higiene), se la reconocía como diosa del arte de estar sano, entendido éste, como la moderación en el vivir, o “el orden natural de las cosas”.

“En los siglos VI y V a. c. abundaron los valores dados a la salud y estar “saludable”. Los filósofos griegos consideraban que ser saludable era un altísimo don de los dioses” (Málaga y Restrepo, 2001:16).

Con la llegada del Imperio romano se empezó a tener una visión más realista de la salud, menos contemplativa, pero se conservaron principios higiénicos tomados de los griegos y egipcios. En este período aparece una concepción más amplia de salud ya que incorpora la mente consagrando el célebre aforismo “mente sana en cuerpo sano”.

La gran contribución del imperio romano es sin duda, el sistema sanitario y las conducciones de agua (acueductos). Las casas romanas eran construidas con cañerías y desagües y magníficos baños públicos con cuartos para vestirse, roperos, agua caliente y fría, y piscinas de natación.

Durante la Edad Media se produjo una reacción contra todo lo que significaba la cultura grecorromana. El desprecio a las cosas mundanas y físicas y la exaltación a lo espiritual eran las normas preferidas de conducta. El cambio marcado de actitud en relación con el saneamiento y la higiene personal unido a los importantes movimientos de masas de población ya sea por motivos bélicos o religiosos y las bajas condiciones socioeconómicas hace que se manifiesten las epidemias más aterradoras que registra la historia de la humanidad.

La lucha que la sociedad realizó contra las epidemias mediante la segregación de los leprosos, las medidas de cuarentena marítima (que se llevó a cabo por primera vez en Venecia en 1349) y el establecimiento en tierra de cordones sanitarios son consideradas como las primeras acciones de salud pública puesto que iban dirigidas expresamente a la protección de la salud de la colectividad.

El renacimiento, contrario a lo que se podía esperar, no se caracterizó por grandes avances en la conceptualización de la salud, ni por innovaciones en salud pública.

El siglo XVIII se caracterizó por grandes cambios volviéndose a dar importancia tanto a la salud física como a la mental, tanto para el individuo como para la sociedad, realizándose grandes esfuerzos para promoverlas.

Luís Salleras (1985) considera a **Johan Peter Frank como el padre de la “higiene pública”** ya que realizó una obra de 18 volúmenes “Un Sistema Completo de Política Médica” publicados entre 1779 y 1817 dónde deja sentados claramente los principios que deben regir la acción de la protección de la salud.

También podemos nombrar a Jhon Locke que a través de la educación formuló un programa de salud física y mental para las acciones de salud en esta época (Málaga y Restrepo, 2001).

Según Salleras no fue hasta comienzos del siglo XX cuando los gobiernos incluyeron la educación sanitaria entre las acciones de la salud pública. **El gran precursor fue**

Winslow (1920) quien en su definición de salud pública incluyó la educación sanitaria como una de las acciones fundamentales para el fomento y protección de la salud de la población.

La Educación para la Salud se constituye formalmente como materia autónoma en 1921 con el primer programa que se impartió en el Instituto de Massachussets, aunque esta terminología ya había sido empleada por primera vez en 1919 en una conferencia sobre ayuda a la salud infantil.

La primera organización profesional tiene su origen en el año 1922, The Public Health Education, sección de la American Public Health Association (Rosen, 1958).

En nuestro país la primera disposición ministerial que incluye la Higiene en los programas escolares, con textos contradictorios y de escaso valor fue en 1857, *hasta “el Tratado de Higiene Escolar (1886) de Pedro de Alcántara García, no existe en nuestro territorio un tratamiento relativamente moderno de la higiene escolar”* (De Francisco López, 2003:328).

En el marco del IX Congreso Internacional de Higiene, en el año 1898 aproximadamente, se hizo un planteamiento de Educación Integral con importantes repercusiones en la Institución Libre de Enseñanza, aunque tuvo serias dificultades de desarrollo e implantación.

Posteriormente y siempre vinculados a los regímenes políticos del momento tuvieron una importancia destacada la Sección Femenina, que participó en la elaboración de los libros de texto obligatorios de bachillerato elemental, y abastecimiento de profesorado donde se daba la Higiene con un fuerte contenido higiénico-moral; las Agencias de Extensión Agraria siendo el Ministerio de Agricultura el creador en 1963 de los llamados Agentes de Economía Doméstica que tenía como objetivo ayudar a las familias a utilizar mejor sus recursos en relación con la salud; la Iglesia que desarrolló un extenso abanico de actividades cuajadas de aspectos al servicio de la salud, como campamentos, campañas,...

En todos los casos se parte de la idea de que hay que “mejorar”, “modificar”, “reformular”, “modernizar”, más como un intento de integrar la población en la vida económica para producir con mejor calidad, que como un elemento de desarrollo personal y participativo en torno a la salud de forma integral.

Así pues, esta situación se mantiene hasta la llegada de la democracia y las primeras reformas, tanto en el ámbito sanitario como en el educativo, que viene a coincidir con la Declaración de Alma Ata de la OMS (1978).

Respecto al **concepto de la Educación para la Salud** encontrar una definición totalmente satisfactoria posiblemente jamás la encontremos ya que *“hay casi tantas definiciones de la educación para la salud como educadores de ésta”* (Greene, 1988: 27).

A pesar de todo, cuando se analizan las diferentes concepciones propuestas se puede observar que en todas ellas hay un objetivo común: la modificación, en sentido

favorable, de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades.

Podemos distinguir **dos etapas en la evolución del concepto y contenido**:

- **La etapa clásica**: que va desde principios siglo XX hasta mediados de la década de los 70. En esa época **el concepto de educación sanitaria sólo se incluían las acciones educativas dirigidas a la persona y que tendían a responsabilizarse de su propia salud siendo el objetivo la modificación de las conductas insanas a partir de conductas relacionadas con el fomento y la protección de la salud.**

En las definiciones de esta etapa encontramos un objetivo común: el de modificar positivamente los conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud. El objetivo era adquirido a partir de acciones educativas dirigidas al individuo sin incidir para nada en el medio ambiente físico y social.

Algunos ejemplos de definiciones de este periodo son:

“La Educación para la Salud o Educación sanitaria es la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad” (Wood 1926 en Gavidia y Rodes, 2000:39).

“La educación sanitaria es fundamentalmente un proceso de aprendizaje encaminado a modificar de manera favorable las actitudes y a influir en los hábitos higiénicos de la población” (Derryberry 1943 en Morón, 2000:293).

“La Educación para la Salud consiste en instruir a la gente en materia de higiene, de tal forma que se puedan aplicar los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de la respectiva salud” (Gilbert 1959 en Gavidia, y Rodes, 2000:39).

“La Educación Sanitaria es una intervención social que tiende a modificar conscientemente y de forma duradera los comportamientos relacionados con la salud” (Seppilli 1974 en Salleras, 1985:55).

- **La etapa actual**: que se inicia a mediados de los 70 hasta nuestros días. En esta época **la Educación para la Salud no incide solamente en el individuo sino también en el entorno pudiendo promover cambios ambientales y sociales que faciliten el cambio de conducta.** Pudiendo afirmar que *“los estilos de vida y sus consecuencias de salud no pueden ser tratados separadamente de las condiciones de vida, por lo que el trabajo de la Educación para la Salud debe ir dirigido hacia donde los estilos de vida y las condiciones de vida estén íntimamente relacionados”* (Gavidia y Rodes, 2000:39).

Es a partir de aquella época cuando se empieza a poner énfasis en la modificación de conductas ya que aparece un problema nuevo la elevada morbilidad y mortalidad asociada a estilos de vida no saludables. La Educación para la Salud buscó sus fundamentos teóricos y metodológicos en teorías procedentes de la antropología, sociología, pedagogía-andragogía y psicología y ciencias de la comunicación (Rochon, 1991).

Es también en este período cuando en la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS celebrada a principios de 1974, el Presidente de la Unión Internacional de Educación para la Salud sugirió que fuera utilizado preferentemente el término “Educación para la Salud” en detrimento del de “Educación Sanitaria” por considerarse que el significado de este último era más limitado (Berthet, 1983).

Definiciones de este periodo pueden ser:

“La Educación Sanitaria del consumidor (beneficiario de cualquier tipo de acción de salud) es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos” IV Grupo de Trabajo de la “National Conference on Preventive Medicine, 1975 en Salleras, 1985:58).

“La Educación Sanitaria es uno de los instrumentos de la promoción de la Salud y de la acción preventiva, considerándola como un método de trabajo en la actividad de los educadores y de los profesionales de la Salud, método que tiene como finalidad implicar responsablemente al individuo y al grupo en las acciones de defensa de la salud” (Modolo, 1987:39).

“La educación para la Salud es cualquier combinación de experiencias educativas diseñadas para predisponer, capacitar y reforzar adopciones voluntarias de comportamientos individuales o colectivos que conducen a la salud” (Green, 1992 en Sáez y otros 2001:36).

“Un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de si mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva” (Perea, 1992 en Perea, 2004:17).

“Es un proceso de información, de responsabilización del individuo para que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva” (Generalitat de Catalunya, 1995: 9).

“La Educación para la Salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo” (Costa y López, 1996:29).

“La Educación para la Salud es una actividad intencional que requiere un programa con el análisis de la realidad o definición del problema, objetivos, actividades, contenidos, evaluación y definición de un método de trabajo... y que también es una realidad que responde a las necesidades de Salud de las poblaciones, grupos o comunidades, y la posibilidad objetiva de adquirir comportamientos positivos en lo relativo a la Salud” (Serrano, 1998:26).

“La Educación para la Salud es un conjunto de estrategias de enseñanza que faculta a las personas para analizar su entorno, desarrolla las actitudes y habilidades necesarias para mejorar sus condiciones de vida, y aumenta sus capacidades de funcionamiento” (Gavidia y Rodes, 2000:40).

El objetivo de la Educación para la Salud no es sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos sino un cambio cualitativo en las actitudes que lleve a un cambio real de las conductas. *“No se trata de disponer de muchos conocimientos, sino de disponer de capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera diferente” (Sáez y otros, 2001:35).*

Hoy en día la definición más completa es la realizada por la Organización Mundial de la Salud en su Glosario (1998:13) *“La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”.*

Por todo podemos decir que **la Educación para la Salud no es solamente aquella que trata de transmitir una información sino que va más allá fomentando habilidades personales, autoestima y motivación, elementos imprescindibles para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.**

“La Educación para la Salud atañe no sólo a la calidad de vida, sino también a la promoción del bienestar físico, social y mental del individuo (concepción integral de la persona). Esto implica no sólo impartir conocimientos sobre lo que es beneficioso y perjudicial para la salud, sino que sobre todo el desarrollo de habilidades que ayuden al individuo a aplicar sus conocimientos con efectividad” (Moreno, 2008:17).

Este nuevo enfoque perfila uno de los principales objetivos de la Educación para la Salud: el de formar personalidades autónomas, capaces de construir su propio estilo y transformar su entorno para conseguir un equilibrio que les proporcione bienestar.

En este recorrido podemos definir Educación para la Salud como **un proceso planificado de comunicación y de enseñanza-aprendizaje que tiene como finalidad la mejora del comportamiento saludable de una persona y comunidad.** Si nos detenemos en esta definición podemos decir:

- Es un **proceso planificado de comunicación y enseñanza-aprendizaje:** La comunicación es el proceso por el que una persona influye en el comportamiento de otra, ya sea en los conocimientos, las habilidades, los valores. Como podemos observar toda comunicación puede llevar implícito un acto de

enseñanza-aprendizaje, aunque en estos tiempos que corren la comunicación también puede ser distorsión.

- **Mejora del comportamiento saludable de una persona y comunidad:** Modificación de la conducta a partir de la información (conocimientos), la formación de las capacidades personales (desarrollo integral) y la interrelación con los demás (sociedad), teniendo siempre en cuenta el entorno.

La Educación para la Salud también tiene relación con el hecho de llevar, en el mundo actual, una vida saludable; en cierta medida es saber hacer elecciones correctas, es decir, ser críticos. Los alumnos necesitan la oportunidad de desarrollar actitudes y valores que les permiten tomar decisiones necesarias tanto para el presente como para el futuro. Se han de formar personas con una conciencia crítica para que puedan renunciar a adoptar estilos de vida no saludable. Ser crítico en estos momentos cuesta de asumir, los medios de comunicación, los valores perdidos, las malas influencias, hacen que el saber discernir cada vez cueste más implicando una Educación para la Salud a la carta.

3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL MARCO DE LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

En la actualidad ha quedado obsoleto hablar de salud y de su causa-efecto ubicándonos principalmente en el origen multifactorial del problema y teniendo como resorte el estudio de las variables del problema como son el contexto en el que este problema está teniendo lugar y la repercusión en el entorno inmediato.

Como comenta Corral (Serrano, 1998:271) *“de este análisis inferirá que existen factores determinantes de la presentación del problema cuyo control impediría que este problema debutara (prevención); asimismo, de la investigación y modificación de las variables que determinan la salud/enfermedad obtendremos una mejoría global del estado de salud (promoción)”*.

Nos adentramos a analizar estos términos que están inmersos en la Educación para la Salud.

3.1. LA EPS EN EL MARCO DE LA PROMOCIÓN.

Se puede considerar que la promoción de la salud ha sido una preocupación constante del ser humano a lo largo de su historia. En el transcurso de ésta se encuentran multitud de hechos y situaciones que manifiestan las actividades que las diferentes civilizaciones han llevado a cabo con el objetivo de mejorar su nivel de salud y su calidad de vida.

En cuanto al concepto original de promoción de la salud como indica Terris en Organización Panamericana de Salud -OPS-, (1996:38) *“hasta donde yo sé el término de promoción de la salud se utilizó por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist, el gran historiador médico, definió cuatro tareas esenciales de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación”*.

Estudios como el de Lalonde en 1974, ya comentado anteriormente y el de Dever en 1976, juntamente con los movimientos sociales y la constatación epidemiológica de una mejora en la calidad de vida de las personas mediante la intervención sobre los estilos de vida y el medio ambiente provocaron la aparición a mediados de los ochenta una nueva disciplina dentro de la salud pública, **la promoción de la salud**.

Como gran impulsor de la promoción para la salud puede citarse la respuesta de la Organización Mundial de la Salud a la situación generada por la escasa incidencia en la salud de la población, de los factores asociados a la asistencia sanitaria, elaborándose en 1977 la “Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000”, en el cual se reflejaban una serie de objetivos cuya orientación iba destinada a elaborar planes nacionales, regionales y locales en la consecución del objetivo Salud par todos los pueblos y naciones (Najera, 1996).

Un acontecimiento muy significativo en el acaecer y puesta en marcha de la Promoción para la Salud lo constituye la Conferencia de Otawa celebrada en 1986, en la que se discutieron diversas estrategias para llevar a cabo la promoción de la Salud, concluyendo con la presentación de un **esquema de acción global de promoción de la Salud** denominada “**Carta de Otawa**”.

La carta de Otawa define ampliamente la promoción de la salud como el proceso “*que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*”. Es contundente afirmando que la promoción de la salud “*transciende la idea de formas de vida sanas*” para incluir “*las condiciones y requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad*” (OPS, 1996:40).

Otra definición sería “*la promoción de la salud es el proceso de capacitar a la gente para aumentar el control de su salud y así mejorarla. Representa una estrategia mediadora entre la población y su entorno, que sintetiza la elección personal y la responsabilidad social en la creación de un futuro más sano*” (Marqués en Páez y otros, 2001:32).

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que comprende no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el objetivo de mitigar su impacto en la salud pública e individual (OMS, 1998).

Terris en OPS (1999) nos revela a partir del concepto los tres componentes entrelazados de la estrategia de promoción de la salud:

- Acción intersectorial, para lograr políticas saludables, además de políticas de salud pública.
- Afirmación de la función activa de la población en el uso de sus conocimientos sobre la salud para hacer elecciones saludables y para obtener mayor control sobre su propia salud y sobre su ambiente.

- Acción comunitaria por los ciudadanos a nivel local. El fortalecimiento de la participación de la población y de la dirección de los temas relacionados con la salud, es el meollo de la estrategia de promoción de la salud.

Para finalizar podemos decir que la **promoción de la Salud y la Educación para la Salud son dos concepciones bastante entrelazadas** ya que la promoción, depende en esencia de la participación activa de una población bien informada en el proceso de cambio. Por lo tanto **la Educación para la Salud es una herramienta esencial en la Promoción de la Salud.**

3.2. LA EPS EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Uno de los autores legendarios en el área de la prevención, conocido por los estudiosos del tema como “el padre de la prevención” es Jhon Last que nos define la prevención como *“acciones orientadas a la erradicación, eliminación del impacto de la enfermedad y la discapacidad. El concepto de prevención es definido en el contexto de niveles, tradicionalmente llamados prevención primaria, secundaria, y terciaria”* (Last, 2001:32).

En el glosario de Promoción de la Salud de la OMS (1998:13) se nos define la prevención de la enfermedad aquello que *“abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”*.

Flores (2001:64) define prevención como la *“función del sistema sanitario que agrupa todos los servicios dirigidos a la persona para evitar la aparición de las enfermedades o la evolución de las mismas”*.

Tal como se ha visto en las líneas precedentes la prevención es una actividad compleja que comprende tareas variadas y numerosas, lo que hace desglosarla en tres niveles distintos e interrelacionados (Rochon, 1991):

- La **Prevención Primaria**, la OMS la define como *“todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos”* (1986:5).

Este grupo de actividades se desarrolla en el periodo prepatogénico, antes del inicio de la enfermedad.

Dentro de las actividades de prevención primaria se incluyen generalmente las de promoción de la salud (dirigidas a personas) y las de protección de la salud (realizadas sobre el medio ambiente).

El papel de la Educación para la Salud, en este nivel consiste en facilitar el aprendizaje de conductas destinadas a disminuir los factores de riesgo o a aumentar los factores de protección.

- La **prevención Secundaria**, la OMS la define como *“todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo la evolución y la duración de la enfermedad”* (1986:5).

Agrupar un conjunto de actividades y técnicas pretendiendo detener la evolución de la enfermedad mediante actuaciones desarrolladas en la fase preclínica, cuando aún los síntomas y signos no son aparentes, pero biológicamente la enfermedad ya ha comenzado.

El núcleo fundamental de las actividades en este nivel de prevención son los programas de cribado o detección.

Para el autor *“el rol de la Educación para la Salud en esta actividad consiste en facilitar el aprendizaje de conductas destinadas a detectar los problemas de Salud (enfermedades cardiovasculares, depresión, violencia familiar, ...)”*(1991:19).

- La **Prevención Terciaria**, la OMS la define como *“todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población reduciendo al mínimo las invalideces funcionales consecutivas a la enfermedad”*(1986:5).

Comprende aquellas actividades que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida, enlenteciendo su progresión. Su objetivo es retrasar la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces, intentando mejorar la calidad de vida los pacientes.

Siguiendo a Rochon (1991), en este tercer nivel de prevención el rol de la Educación para la Salud consiste en facilitar el aprendizaje de conductas que conduzcan a la prevención de una recaída de un problema de salud.

3.3. LA EPS EN EL MARCO DEL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD.

Una de las funciones más básicas e importantes del sistema sanitario es la asistencia o curación de las personas, a diferencia de los marcos anteriores, la población es la que se encuentra enferma y por lo tanto, sin pasar por alto la importancia de las funciones de promoción y prevención, se ha de recaer en la importancia de introducir parámetros que mejoren la calidad de la asistencia. El objetivo de esta función es la recuperación de la salud en los individuos pero señalando ciertos matices que son particulares de cada persona.

El rol de la Educación para la Salud se basa en facilitar el aprendizaje de cambios de conducta que permita el tratamiento de los problemas de salud y su recuperación posterior (Rochon, 1991).

Autores como Marqués, Sáez y Guayta (2004:33) denominan este marco como **educación terapéutica** definiéndola: *“como todo proceso educativo que, dirigido a una población enferma, pretende mejorar su calidad de vida y su bienestar social, a través*

de una modificación de actitudes, aptitudes y hábitos, en sentido positivo, y mejorando el cumplimiento terapéutico”.

Se puede hablar de educación terapéutica cuando la intervención educativa se lleva a cabo en pacientes y familias respectivas.

Para finalizar este apartado citaremos a Qeral que sintetiza la idea principal que queremos transmitir *“la EpS es una herramienta fundamental de promoción de la salud, es decir, una estrategia política y social que ha de posibilitar la participación de la población para lograr la salud positiva. Este hecho implica cambios culturales importantes, supone pasar de una cultura curativa a una cultura de prevención. Por lo tanto, cuando hablamos de educación para salud estamos hablando de asumir la educación global de los individuos y de la comunidad, contemplando los factores ambientales, biológicos y de comportamiento que influyen por igual peso en su estado de salud y que se tienen que ver de forma global con la finalidad de lograr una relación armoniosa”* (2000:617).

4. LOS ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

El informe extraído del Ministerio de Salud y Consumo (2003:16) nos señala que *“los escenarios o ámbitos de intervención identifican los lugares donde distintos grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan puesto que, para actuar con eficacia, las intervenciones de promoción de salud se deben desarrollar e integrarse en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos”.*

Como escenarios más importantes tenemos: la familia, el núcleo familiar, padres, hermanos, abuelos, el medio escolar (centros de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, de personas adultas, Universidades y otros), los servicios sanitarios (atención primaria y especializada, salud mental y otros), los servicios sociales (Ayuntamientos, entidades sociales, tejido asociativo,...) y el ámbito laboral.

4.1. CONTEXTO EDUCATIVO FORMAL.

Estamos de acuerdo con la opinión que Juvinyà (1997:14) *“la escuela se puede considerar el ámbito más apropiado para la Educación para la Salud ya que acoge el grupo de edad y de población, los escolares, más apto para asimilar los comportamientos de protección de la salud”.*

La escuela ha de tener en cuenta estos cuatro aspectos para desarrollar la función educativa en relación con la salud (Fortuny y Molina, 1998):

- Vigilancia y control del medio tanto material como social.

Antes de iniciar una actuación en Educación para la Salud es imprescindible que la institución educativa sea saludable vigilando el medio material o físico (la arquitectura escolar, las instalaciones, los equipamientos, los materiales, ...). Las escuelas tienen que ser seguras e higiénicas, es decir, han de ser saludables. Esto significa que nuestros centros tienen que disponer de una adecuada iluminación, ventilación y que por lo tanto nos tenemos que

asegurar el cumplimiento de las medidas de seguridad de las instalaciones ya sean de gas, eléctricas,

Desde hace pocos años se han incorporado en las escuelas la figura del coordinador de prevención de riesgos. Tiene su origen en el Decreto 183/2000 que crea el Servicio de Prevención de Riesgos laborales. En el artículo 12 define la designación de esta figura en todos los centros de trabajo dependientes del Departamento de Educación: *“A cada centro de trabajo del Departament de Ensenyament se designará un trabajador/a con las funciones de promover y coordinar las actuaciones en materia de salud y prevención de riesgos laborales, supervisar las condiciones del lugar de trabajo y potenciar la formación de los trabajadores/as del centro dentro de este campo.”*. Las funciones que han de realizar los coordinadores/as de prevención riesgos laborales están definidas en las Instrucciones de Inicio de cada curso escolar.

Desde el Servicio de Prevención de Riesgos laborales (Subdirecció General de Seguretat i Salut) y como propuesta para el primer trimestre del curso 07-08 podemos observar que en las escuelas de Educación Primaria se realizarán evaluación de riesgo de lugar de trabajo respecto a la ergonomía tanto a la auxiliar administrativa como a los educadores de centros ordinarios. Y a nivel psicosociológico se evaluará a los centros de trabajo del Departament d’Educació.

También nos tenemos que asegurar que la escuela sea saludable a nivel psicológico y social de manera que garantice la salud mental y emocional del personal del centro, tanto profesores como alumnos. El clima o ambiente social que el docente provoque en su clase será importante para el equilibrio mental y emocional del discente.

En el Informe sobre el Estado y Situación del Sistema Educativo Español del curso 1999/2000 se considera que *“teniendo en cuenta el derecho a la salud integral del personal docente y no docente, la relación existente entre salud laboral y calidad de la enseñanza y todo la legislación vigente en materia de salud laboral se hace necesario establecer los servicios de prevención en todo el ámbito educativo de tal manera que a través de ellos se realicen las evaluaciones de riesgo de los centros escolares, la evaluación de cada centro de trabajo, la vigilancia específica de la salud y se dé la formación adecuada en salud laboral para trabajar en condiciones preventivas y en condiciones de trabajo que garanticen la eliminación de los daños continuados a la salud que pueden deteriorar a la persona”* (Consejo Escolar del Estado, 2000:500).

- Coordinación con los equipos médicos y psicopedagógicos.

Algunos técnicos del campo de la medicina, la psicología, la pedagogía, trabajador social, educador social,... tienen una vinculación con las instituciones educativas. Estos contactos pueden ayudar a incentivar la salud de los componentes de la escuela.

El personal sanitario interviene en los exámenes de salud en la escuela, las llamadas revisiones médicas escolares. Estos exámenes constituyen una parcela del programa de salud escolar y tienen como misión el de detectar en los niños aparentemente sanos, y de modo precoz, anomalías o problemas de salud que sean susceptibles de corrección por parte de los servicios de asistencia médica.

Los equipos médicos a partir del resultado de las revisiones y de los problemas de salud detectados asesorarán tanto al maestro como a los padres.

Los psicopedagogos, los trabajadores y educadores sociales pueden ayudar en la mejora de la salud mental y emocional de los miembros de la comunidad educativa. Generalmente actúan como orientadores cuyo objetivo es el de ayudar a los individuos a lograr la autocompresión y autodirección necesarias para conseguir el máximo ajuste a la escuela, al hogar y a la comunidad.

- Enseñanza–Aprendizaje de la salud.
 - La Educación para la salud ha de estar integrada en el proyecto educativo de centro e incluida en el currículum teniendo que estar compartida por todo el claustro. Es incoherente que sea realizada solamente por un profesor o profesora del centro.
 - La Educación para la salud y su actuación en el centro tiene que ser coherente con el programa de nivel y /o aula.
 - La metodología tiene que ser activa y participativa.
 - Se tienen que incrementar contenido conceptual, procedimental y actitudinal que si se incentivan conjuntamente pueden ayudar cambios en los comportamientos
 - Es importante partir de un planteamiento riguroso y objetivo de la situación problemática.
 - La Educación para la Salud tiene que estar presente en el currículum no como una asignatura aislada, sino como una enseñanza que impregne las otras áreas, lo que denominamos temas transversales.
- Relación familia, escuela, comunidad.

La relación con la familia y la comunidad constituye un elemento esencial en la Educación para la Salud de la escuela ya que, si no, quedaría aislada del contexto social.

Una acción educativa de salud es **un programa compartido entre la escuela y la familia**, en la que ésta juega un papel importante.

Un planteamiento consensuado por maestros y padres evitará contradicciones e incongruencias y asegurará más resultados satisfactorios. Los alumnos deben poder reforzar en la escuela aquellos hábitos saludables adquiridos desde el medio familiar y viceversa.

El objetivo es hacer participar a los padres en las actividades educativas para reforzar los mensajes y las actitudes en el contexto familiar, y además, implicarlos, entre otras cosas, en actividades escolares relacionadas con temas de salud.

Padres, alumnos y profesores forman la comunidad educativa y son los verdaderos protagonistas en nuestro afán de analizar la EpS.

4.2. CONTEXTO EDUCATIVO NO FORMAL.

Existen diferentes clasificaciones a la hora de enmarcar todas las intervenciones psicopedagógicas de salud dentro de los contextos de interacción no educativos, aunque todas tienen en común algunos denominadores: contexto laboral y contexto comunitario. Nosotros nos decantamos por el realizado por Fortuny y Molina (1998) en dónde se puede diferenciar dos ámbitos: según las **características de la población destinataria y según el marco organizativo**.

En los **ámbitos no educativos la población se agrupa en función de diversas características como pueden ser**: por distritos geográficos, por usuarios de un servicio, por intereses coincidentes (asociaciones), por presentar una misma problemáticas (grupos de ayuda mutua, ONG...).

Diferenciaremos **tres tipos de población en función de la situación social y/o de salud** Fortuny y Molina, (1998:34):

- Población General.

La población general es un grupo heterogéneo respecto al nivel de salud en el que se interviene educativamente para mejorar la calidad de vida a partir de las acciones de promoción de la salud y que inciden en la persona y en el entorno. Los objetivos más habituales de estas acciones son:

- Fomentar estilos de vida saludables.
- Fomentar actitudes solidarias para:
 - La aceptación de los problemas de salud pública como responsabilidad colectiva, tanto en la prevención como en el tratamiento.
 - La aceptación social de personas con problemáticas específicas como las que presentan discapacidades, drogodependencias o enfermedades crónicas.

- Facilitar la integración y/o la reinserción a la sociedad de las personas afectadas por alguna problemática.

- Población en situación de riesgo social y/o de salud.

En estos casos la incidencia de problemas de salud es más elevada que en la población general por lo que, además de fomentar estilos de vida saludables, también se incidirá en la prevención sobre aquellos factores que representan riesgo para la salud. Los programas de prevención primaria irían destinados a esta población.

- Población con algún tipo de problemática específica relacionada con la salud.

La acción de la Educación para la Salud en estos destinatarios se centra en la problemática concreta para lograr una mejor calidad de vida. Se incidirá en aquellos elementos que contribuyan a la adaptación individual y del entorno a la nueva situación, así como fomentar una actitud positiva para afrontar el problema.

Esta clasificación de la población no pretende ser ni excluyente ni rígida sino que es una manera de diferenciar entre los tipos de intervenciones según las necesidades prioritarias, y por lo tanto acceder a la totalidad de la población.

También podemos clasificar **la actuación de la Educación para la Salud según el marco organizativo. Desde esta perspectiva derivan los siguientes ámbitos:**

- Los centros de salud.

La atención sanitaria adquiere un perfil más social y comunitario e incorpora la Educación para la Salud a todos los niveles: el primario, el especializado y el hospitalario.

Como comenta Álvarez-Dardet y Colomer (2001:68): *“las actividades de Educación para la Salud pueden clasificarse en dos grupos: las que se realizan en el contexto de la entrevista clínica por medio del consejo profesional, y aquellas relacionadas con actividades de apoyo a otras iniciativas de Educación para la Salud y promoción de la salud, entre las que destacan la colaboración con grupos de autoayuda, con actividades educativas surgidas desde la comunidad y particularmente con aquellas desarrolladas desde el sector educativo y los órganos de participación comunitaria en los servicios de salud”*.

- La Red de servicios sociales.

La población atendida es aquella que presenta problemáticas familiares, marginación social, dificultades de integración en la sociedad, es decir, situaciones que en general conllevan riesgos para la salud.

Tanto los servicios de atención primaria como especializada, puede incidir educativamente para la prevención incorporando la salud en el diseño de los programas de cada centro o servicio.

- El ámbito comunitario.

Puede estar emprendidos por diferentes sectores sociales o bien desde la administración pública local o organizaciones, asociaciones,... que desarrollan programas de Educación para la Salud para la población en general o subgrupos con la finalidad de mejorar su calidad de vida, de evitar problemas de salud o de intervenir en su solución.

- El ámbito laboral.

La Educación para la Salud es una herramienta fundamental en este ámbito ya bien porque puede conseguir un mayor grado de salud laboral o porque muchas veces el trabajo es motivo de pérdida de salud por lo que *“se precisa salud para trabajar y trabajar para sobrevivir, pero el trabajo arriesga la salud”* (Vaquero y Ceña, 1996:5).

El entorno laboral constituye uno de los escenarios en los que la Educación para la Salud en adultos puede contribuir de forma eficaz a la promoción de la salud.

Fundamentalmente, se puede enmarcar la Educación para la Salud en el mundo laboral desde dos perspectivas que, a la vez, se han de complementar en la práctica. Estas son: desde la promoción y/o Educación de la Salud y desde la prevención de los riesgos.

Con la aparición de la ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y Real Decreto 39/1997 en que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención se reafirma la necesidad de formar a los trabajadores, empresarios, ... en materia de salud laboral (Flores, 2003).

Los tres primeros ámbitos serán tratados de forma más específica en el capítulo tres debido a la importancia que tienen en la Educación para la Salud del niño/a. Dejamos de lado el estudio exhaustivo del ámbito laboral imprescindible hoy en día en la Educación para la Salud de las personas adultas y gran temática a investigar en los próximos años tanto en el ámbito docente como el no docente.

4.3. CONTEXTO EDUCATIVO INFORMAL: LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

Al hablar de EpS no podemos olvidarnos de los medios de comunicación de masas por la influencia que éstos tienen en la población. En pocos años, los avances de las tecnologías han cambiado nuestras formas de comunicación.

En la actualidad, la importancia de los mass-medias es innegable; están omnipresente en numerosos ámbitos de la vida cotidiana, sin que la escuela, o los procesos educativos, escapen a su influencia (Morón, 1997).

Hoy en día, aunque parece exagerado, se puede decir que algo no existe hasta que no aparece en la televisión, en el periódico o en la radio por lo que concienciar a la población o a los políticos de un problema de salud implica que éste adquiera la categoría de noticia. Ya la OMS (1983) recomienda utilizar todos los medios posibles para hacer llegar los mensajes de Salud a la población, contemplando que los medios de comunicación han de incorporarse especialmente en los inicios del programa para interesar a la población.

“Los mass-media se han incorporado también a esta tarea de promoción de la salud, divulgando importante información sobre este particular. El empleo de medios audiovisuales ha contribuido también a hacer más asequibles y comprensivas las informaciones que se ofrecen” López Noguero en Morón Marchena, (1995:38).

Es de imprescindible necesidad nombrar el medio de comunicación social, el medio audiovisual más destacado en nuestros días, la televisión. Según Aguaded (1993) la televisión se ha convertido en los últimos tiempos, sin duda en uno de los símbolos que mejor define a esta sociedad de finales del milenio, ya que todos nos hemos convertido en voraces consumidores de mensajes.

Arconada (1997) estipula al medio televisivo diferentes secuelas, de gran importancia para el desarrollo intelectual y afectivo de nuestros alumnos:

- a) Cambios de costumbres y generador de rutinas.
- b) Transforma la manera de pensar.
- c) Desarrolla y potencia sistemas perceptivos distintos.
- d) Genera una nueva cultura.

Podemos decir que existen dos tendencias a la hora de valorar la eficacia de los medios de comunicación en la Educación para la Salud. Una es la de dar informaciones sobre la salud y sus problemas facilitando a la población un panorama general de los mismos y contribuyendo a la discusión pública sobre los diversos problemas relacionados con la salud y sus posibles soluciones. Y la otra postura, contraria a la anterior, propone que las posibles influencias ejercidas por estos medios se reducen al seguimiento de unos determinados intereses comerciales, ignorando u omitiendo las necesidades reales de la población en materia de salud, por lo que desde esta perspectiva los mass-media obstaculizan la labor de educar en salud.

Como comenta Guzman (2006:2) *“estamos asistiendo, vivimos inmersos, a una especie de “explosión” de lo sano en los medios de comunicación social y la publicidad.... no deja de inquietarnos contemplar como la salud se convierte sin más en otro producto de consumo,... estos medios marcan no solo el arquetipo de vida sana, sino formatean la realidad y deciden qué es vivir sanamente, qué es un cuerpo sano, cómo es el cuerpo ideal: definen la moda y nos marcan pauta y tendencias según sus propios intereses. Que se apartan de lo real; el mundo de los medios de comunicación social y especialmente la publicidad construyen una realidad imaginaria y propia. No reflejan la realidad, la construyen”*.

Los mass-media pueden llegar a establecer el ideal de salud que circula en la ideología dominante y en las enfermedades de moda (lo que se lleva, lo que se vende), convirtiéndose así en mediadores entre la salud y el mercado, anteponiendo lo novedoso y la moda a la eficacia y eficiencia.

Estamos de acuerdo con Castellano (2007) que no se ha explotado de forma adecuada el gran papel que la TV podría desempeñar como medio educativo, empezando por la educación para verla con capacidad crítica, aprendiendo en la escuela a descifrar los mensajes publicitarios inadecuados.

También nos gustaría mencionar la importancia que pueden tener **la publicidad** en los medios de comunicación y la repercusión del mensaje en el tema de Educación para la Salud. Es una tarea difícil, costosa de convencer a los profesionales de los mass-media y a los propietarios y administradores de las agencias de publicidad acerca del impacto negativo de ciertos mensajes y de la publicación dada a diversos productos. Por lo que se debería eliminar los mensajes que influyan negativamente en el comportamiento desde el punto de vista de salud.

Por lo que *“la publicidad, sin buscarlo expresamente, nos está educando en nuevas conductas, nuevos hábitos de consumo, en nuevas formas de ser, actuar y pensar, y esto es lo que realmente hay que cuestionarse”* (González, 1996:435).

5. RESUMEN.

En el primer capítulo analizamos los términos de educación y salud, se contemplan diversas acepciones y se concluye que entendemos por educación el medio de transmisión de conocimientos y actitudes por el que el niño se inserta en la sociedad y la cultura. Y por salud, como el logro de máximo nivel de bienestar físico, mental, social.

Según Lalonde hay cuatro grandes grupos de determinantes de la salud: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y conductas de salud y el sistema de asistencia sanitaria influyen el nivel de salud de una comunidad. Nosotros nos detenemos en un factor indispensable en la Educación para la Salud, los estilos de vida en el individuo o en el grupo, éstos están determinados por cuatro factores que interaccionan entre sí: las características individuales, el entorno microsocioal, los factores macrosociales y el medio físico geográfico. En nuestro trabajo de investigación se tendrán en cuenta todos estos factores.

La historia de la Educación para la salud, es un tema que parece que haya surgido con ímpetu en las últimas décadas y más con la aparición de la LOGSE donde se integra en el sistema educativo español, pero como hemos visto la cosa viene de antaño ya en el 1500 a.C., había aparecido el primer código de higiene escrito.

La EpS es un concepto que surge a principios del siglo XX y va evolucionando hasta nuestros días. Si en un principio se entendía que la Educación para la Salud era la modificación de las conductas insanas del individuo a partir de conductas relacionadas con el fomento y la protección de la salud actualmente se considera que no solamente incide en el individuo sino también en el entorno pudiendo promover cambios ambientales y sociales que facilitan el cambio de conducta, entendiéndose como un proceso planificado de comunicación y de enseñanza-aprendizaje con carácter voluntario que tiene como finalidad la mejora del comportamiento saludable de una persona y comunidad.

Se dan distintos argumentos sobre la importancia de la Educación para la Salud, en el marco de la promoción de la salud considerada como un proceso de capacitar a las personas para acrecentar el control de su salud y así mejorarla; la prevención de la enfermedad definida como la función del sistema sanitario que congrega a todos los servicios dirigidos al individuo para impedir la aparición de las enfermedades o la evolución de las mismas y el tratamiento de los problemas de salud o también llamada educación terapéutica ya que se puede considerar un proceso educativo dirigido a una población enferma que pretende mejorar su calidad de vida y su bienestar social, a través de una modificación de actitudes, aptitudes y hábitos en sentido positivo, y mejorando el cumplimiento terapéutico.

Finalmente describimos los diferentes ámbitos o escenarios de intervención en Educación para la Salud: en el contexto educativo formal, como puede ser la escuela, y sus cuatro aspectos fundamentales para desarrollar la salud: vigilancia y control del medio tanto material como social, coordinación con los equipos médicos y psicopedagógicos, enseñanza-aprendizaje de la salud y relación familia, escuela y comunidad. En el contexto educativo no formal que diferenciamos a partir de dos ámbitos: según características de la población destinataria (general, situación de riesgo social y/o de salud, algún tipo de problemática específica relacionada con la salud) o

según el marco organizativo como puede ser: centros de salud, red de servicios sociales, ámbito comunitario y laboral. Y por último en el contexto educativo informal: los medios de comunicación tan influyentes en nuestra sociedad.

Capítulo II: LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LAS ESCUELAS DE EDUCACIÓN PRIMARIA

1. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU IMPLICACIÓN EN LA LOGSE, LOCE Y LOE	39
2. EL DESARROLLO CURRICULAR EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LAS ESCUELAS DE EP EN CATALUNYA:	
2.1. OBJETIVOS	44
2.2. CONTENIDOS	45
2.3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS Y ORIENTACIONES DIDÁCTICAS	54
2.4. EVALUACIÓN	57
3. EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA (PESE) DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA	59
4. LAS ESCUELAS SALUDABLES	65
5. RESUMEN	71

1. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SU IMPLICACIÓN EN LA LOGSE, LOCE y LOE.

En primer lugar analizaremos legislativamente la Etapa de Educación Primaria ya que es la etapa educativa en la que se centra nuestra investigación, tomamos como referencia la Ley orgánica 1/1990, de 3 de octubre y de ordenación general del sistema (LOGSE), la que iba a ser nueva ley, hoy en día ya derogada, Ley orgánica 10/2002 de 23 de diciembre, de calidad de la educación (LOCE) y la nueva ley, Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo de educación (LOE).

La nueva normativa recoge algunos aspectos de las anteriores reformas -LOGSE y LOCE- con algunas actualizaciones.

Comparando las tres leyes observamos:

- La Educación Primaria sigue comprendiendo seis cursos académicos, desde los seis hasta los doce años de edad.
- Respecto a la finalidad de la Educación Primaria el cambio significativo aparece en la nueva ley, LOE, introduciendo el concepto de “afianzar su desarrollo personal y su propio bienestar”, este último término está muy relacionado con nuestra temática de estudio.
- En cuanto a los objetivos de la Educación Primaria tanto en la LOCE como en la LOE se amplían respecto a la LOGSE pudiendo comentar que es en ésta última donde aparece por primera vez temas como: “prepararse para el ejercicio activo de la ciudadanía y respetar los derechos humanos”, “adquirir habilidades para la prevención y para la resolución pacífica de conflictos”, “conocer, comprender y respetar las diferentes culturas y las diferencias ente las personas, la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres y la no discriminación de personas con discapacidad” o “desarrollar sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás”.

Un objetivo común a las tres leyes es la de valorar la higiene y la salud, pero con la nueva ley se añade un componente importante que las otras dos leyes anteriores no reflejaban: “aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias”.

- Referente a la organización de la Educación Primaria se sigue hablando de tres ciclos de dos años académicos, organizándose por áreas. Tanto la LOGSE como la LOE conservan las mismas áreas pero es en ésta cuando en uno de los cursos del tercer ciclo de la etapa se le añadirá una nueva área: Educación para la ciudadanía y los derechos humanos, prestando especial atención a la igualdad entre hombres y mujeres.
- En la LOE aparece un nuevo apartado: Principios pedagógicos en el cual se hace énfasis a: la atención de la diversidad del alumnado, la atención individualizada, la prevención de las dificultades de aprendizaje, trabajándose en todas las áreas el tratamiento específico de la comprensión lectora, la expresión oral y escrita, la

comunicación audiovisual, las tecnologías de la información y la comunicación y la educación en valores.

- En referencia a la evaluación, es en la LOCE cuando aparece por primera vez el término “Evaluación de diagnóstico” desarrollándose en la LOE ya que al finalizar el segundo ciclo de la educación primaria todos los centros realizarán una evaluación de diagnóstico de las competencias básicas alcanzadas por sus alumnos.

La propuesta del MEC ha planteado la Educación para la Ciudadanía como una nueva materia cuya finalidad reside en ofrecer a todos los alumnos un espacio de reflexión, análisis y estudio acerca de las características fundamentales y el funcionamiento de un régimen democrático, de los principios y derechos establecidos en la Constitución española y en los tratados y las declaraciones universales de los derechos humanos, así como de los valores comunes que constituyen el sustrato de la ciudadanía democrática en un contexto global.

Para esta nueva asignatura cursada en el currículum del tercer ciclo de Educación Primaria el Ministerio propone tres bloques formativos: individuos y relaciones interpersonales, convivencia y relaciones con el entorno y vivir en sociedad.

Sus contenidos versarán sobre la libertad y la responsabilidad en la toma de decisiones, los derechos del niño, el reconocimiento y aprecio de las diferencias de género, la expresión y el control de las emociones, la identificación de rasgos de diversidad cultural y religiosa, principios de convivencia establecidos por la Constitución y hábitos cívicos, entre otros.

Estamos de acuerdo con Bolívar “esta educación, cuyos contenidos no pueden considerarse en ningún caso alternativos o sustitutorios de la enseñanza religiosa, no entra en contradicción con la práctica democrática que debe inspirar el conjunto de la vida escolar y que ha de desarrollarse como para de la educación en valores con carácter transversal a todas las actividades escolares. La nueva materia permitirá profundizar en algunos aspectos relativos a nuestra vida en común, contribuyendo a formar a los nuevos ciudadanos” (2008:2).

Con la nueva ley sigue habiendo temáticas propiamente transversales, y entre ellas, nuestra materia de estudio, la Educación para la Salud, que no forma propiamente contenidos de Educación para la Ciudadanía. Esto hace, que, por un lado, se continúe abogando por el tratamiento transversal de dichos ámbitos, pero por otro lado la materia.

Centrándonos en la Educación para la Salud normativamente este eje transversal tiene su origen en la Ley orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de ordenación general del sistema educativo (LOGSE).

La LOGSE (1990) y el Real Decreto 1344/1991, de 6 de septiembre (BOE 220 de 13-IX-1991) establecen las enseñanzas mínimas de la etapa de Educación primaria: objetivos, contenidos, metodología, áreas y criterios de evaluación. Al unísono también se definen otras enseñanzas que tienen que estar presente en las diferentes áreas, son los llamados temas o ejes transversales.

Como temas o ejes transversales se consideran: la educación moral y cívica, la educación para la igualdad de oportunidades de sexo, la educación en la sexualidad, la educación ambiental, la educación del consumidor, la educación para la paz, la educación vial y la Educación para la Salud.

A continuación haremos referencia al concepto de **ejes o temas transversales**:

En el ámbito de la Etapa de Educación Primaria hay aspectos que aparecen recogidos explícitamente en el currículum como aprendizajes reflejados en las diferentes áreas y formulados como contenidos y objetivos. Paralelamente hay otros aspectos destacables en nuestra sociedad que también forman parte del currículum implicando un proceso de enseñanza pero no siempre se reflejan explícitamente en los contenidos y objetivos de de la etapa pero sí que, de forma implícita, se pueden incorporar en los proyectos educativos de los centros, en los proyectos curriculares,

Por lo tanto las áreas de conocimiento no son suficientes para formar al ciudadano de hoy en día, el de nuestro tiempo. Necesitamos otros contenidos, otras disciplinas que se relacionen con la sociedad y que a su vez sean colindantes con las disciplinas curriculares. De aquí surge la necesidad de tener **los ejes o temas transversales**.

Los contenidos de los temas transversales no pretenden reemplazar a los contenidos propios de las áreas, sino que los integran, los utilizan como herramientas y les dan sentido para el alumnado. Por lo tanto, no se trata de hacer planteamientos dicotómicos o de tomar postura entre dos opciones contradictorias. Los temas transversales no se pueden abordar sin la colaboración de las disciplinas o de las áreas.

Por lo que, estos temas son llamados transversales *“porque no corresponden de modo exclusivo a una única área educativa, sino que están presentes de manera global en los objetivos y contenidos de todas ellas, deben, por ello, ser responsabilidad del profesorado, y por extensión, de toda la comunidad educativa”* (MEC, 1994b).

Recogemos las siguientes **definiciones** sobre el concepto de temas transversales:

“Son temas determinados por situaciones problemáticas o de relevancia social, generados por el modelo de desarrollo actual, que atraviesan o/y globalizan el análisis de la sociedad, y del currículum en el ámbito educativo, en toda su complejidad conceptual y desde una dimensión y reinterpretación ética” (Palos, 1998:17).

“Es el conjunto de elementos culturales que impregnan todos los contenidos de las áreas o disciplinas del currículo, y que pueden constituir ejes aglutinadores de la enseñanza-aprendizaje, debido a su poder globalizante y a la importancia que tienen en la vida de los individuos y de la sociedad” (Gavidia y Rodes, 2000:51).

“Un sistema de planificación curricular facilitador de la toma de decisiones en lo relativo a la puesta en práctica de la educación en valores, pueden servir éstos como cauce para integrar en el sistema educativo la preocupación en torno a determinadas cuestiones de vital importancia” (Arconada en Fernández, 1998:64).

Según Gavidia y Rodes (2000:51) entre las **características que poseen los temas transversales** podemos destacar:

- “Recogen aspectos de gran relevancia social, pues abordan problemas que la sociedad tiene hoy planteados.
- Poseen un gran componente funcional y actitudinal y aportan una sensibilidad nueva respecto a una serie de valores que la sociedad considera importante asumir y promocionar.
- Contribuyen al desarrollo de muchos de los objetivos de las diversas etapas educativas, dado que precisamente éstos se basan en la consideración de la fuente sociológica del currículo, es decir, en las demandas que la sociedad hace a la escuela y que los currículos escolares han recogido.
- Conectan con los intereses del alumnado favoreciendo con ello la motivación para el aprendizaje, ya que se trata de cuestiones con las que están en continuo contacto y que se están dando en el ámbito social donde se desarrollan.
- Engloban un conjunto de contenidos que no pertenecen a una sola disciplina o área de conocimiento, por lo que su tratamiento debe realizarse desde las diversas áreas. Ello supone un tratamiento o multidisciplinar o interdisciplinar.
- Son principios didácticos que dan carácter y orientan el currículo, constituyendo una dimensión que debe tenerse siempre presente en la toma de decisiones respecto a cualquier elemento curricular.
- Toda la comunidad educativa -padres, alumnado, profesorado, agentes sociales, etc.- puede y debe decidir sobre ellos.
- Ofrecen grandes posibilidades educativas por el interés que suscitan entre el alumnado y por el hecho que pueden constituirse en hilos conductores de la enseñanza-aprendizaje, permitiendo dar un enfoque globalizador o interdisciplinar a contenidos de diferentes áreas o disciplinas.
- No es necesario que todos los temas transversales sean asumidos y tratados de la misma manera y con la misma necesidad. La comunidad educativa debe decidir, en su proyecto curricular de centro y según el contexto donde se ubique, los temas que conviene enfatizar a los que dar prioridad, y el claustro de profesores debe elegir en qué momento y en qué grado deben ser desarrollados”.

Los ejes transversales, y nuestra temática concretamente, siempre han podido estar presente de una forma u otra en el quehacer de los centros, por activa o por pasiva, explicitándolos o no. Cualquier decisión o práctica educativa está enmarcada en una manera de pensar, de concebir, de entender el mundo y la educación, aunque a veces no se sea consciente, quedando enmarcado en el currículum oculto existente en las escuelas, en general y en la Educación para la Salud, en particular.

El **currículum oculto** se puede definir como “*el conjunto de contenidos, que se transmiten de forma implícita en un contexto educativo*” (Acaso y Nuere, 2005:207). Es decir, aquellos aspectos del currículum que, aunque no sean observables a simple vista, juegan un papel muy importante en la interpretación de los significados y en una serie de valores que se acaban admitiendo sin que seamos del todo conscientes de ello. Es

decir, con el paso del tiempo las rutinas y los hábitos diarios que se realizan en el centro pasan a formar parte de la “filosofía de la escuela” de manera implícita y no explícita por lo tanto como nos comenta Torres en Palos y otros, (2000:55) *“no es fruto de ninguna planificación del colectivo docente, pero da como resultado la reproducción de unos sistemas de valores imperantes en la sociedad.”*

Esta ética global establecida por la atmósfera de la escuela, el establecimiento de unas normas de comportamiento, el régimen disciplinario, las actitudes adoptadas por los profesores hacia los alumnos, los valores aceptados implícitamente por su manera de funcionar implican directamente en la Educación para la Salud.

Las interacciones entre los discentes y docentes, y entre cada colectivo por individual, forman una influencia educativa poderosa. Las normas, las actitudes, los estilos de comportamiento tienen un efecto importante sobre el resultado social de los alumnos. Los profesores a veces, no dan la importancia que se merece a sus actitudes, ejemplos y expectativas.

Juvinyà (1997) en las conclusiones de su tesis doctoral resalta un aspecto de la cuestión digno de preocupación. La inmensa mayoría de los profesores no reconoce el papel ejemplar que tienen para los alumnos. Por lo tanto, si no se tiene conciencia de que son observados y pueden ser imitados, pueden transmitir, y de hecho transmiten, patrones o modelos de conducta no saludables o contradictorios entre lo que se dice en la clase y lo que se hace fuera de ella, en otros espacios del centro escolar como por ejemplo: hábitos higiénicos, alimentarios,

Como observamos los mensajes sutiles que comunica el comportamiento de los maestros tienen consecuencias profundas sobre aquello que aprenden los alumnos por lo que extrapolado a la Educación para la Salud *“el profesor ha de procurar que haya coherencia entre el currículum de Educación para la Salud -lo que enseña- y el currículum latente o oculto (Young, 1995) -lo que se transmite- como cultura del centro sin figurar en un programa”* (Juvinyà, 1997:27).

Toda enseñanza transversal debe impregnar toda acción educativa, y, en consecuencia, ha de estar presente en el proyecto educativo del centro, en el proyecto curricular de centro y en las programaciones elaboradas por el profesorado. De este modo, las enseñanzas de la Educación para la Salud deberán reflejarse en los objetivos generales, en los contenidos, en los criterios de evaluación de la Etapa de primaria que a continuación describiremos.

2. EL DESARROLLO CURRICULAR EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LAS ESCUELAS DE EDUCACION PRIMARIA EN CATALUNYA.

Nuestra investigación se desarrolla en su integridad en normativa LOGSE implicando el despliegue curricular y sus repercusiones en EpS.

Creemos oportuno realizar un pequeño esbozo de la LOE, ley de educación vigente en la actualidad, y su desarrollo curricular en EpS en la escuela de EP en Catalunya.

De acuerdo con esta ley, corresponde a la Generalitat de Catalunya regular la ordenación curricular que se instaura con el Decreto 142/2007, de 26 de junio, por el cual se establece la ordenación de las enseñanzas de la Educación Primaria.

El Objetivo relacionado con la Educación para la Salud en la Etapa de Primaria en Cataluña, (Decreto 142/2007) es:

- Valorar la importancia de la higiene y de la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias e utilizar la educación física y el deporte para favorecer el desarrollo personal y social.

Respecto a la implicación de las competencias con la temática investigada podemos comentar que la nº 7, la competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico, es la que tiene más relación ya que *“actualiza el conjunto de competencias para hacer un uso responsable de los recursos naturales, tener respeto al medio ambiente, realizar un consumo racional y responsable y proteger la salud individual y colectiva como elementos claves de la calidad de vida de las personas”* (Decreto 142/2007, Anexo 1, DOGC 4915).

A continuación describimos el desarrollo curricular en normativa LOGSE en relación a la EpS de las escuelas de Educación Primaria en Catalunya.

La legislación catalana implanta de acuerdo con el Decreto 75/1992, de 9 de marzo, la ordenación general de la enseñanza de Educación Primaria. Es el gobierno de la Generalitat de Catalunya quién define el currículo de las enseñanzas, currículum que se encuentra reflejado en el Decreto 95/ 1992 del 28 de abril (DOGC 1593 de 13-5-92). En este decreto se establece la estructura de cada nivel, las áreas y ámbitos en que se organiza el aprendizaje, las capacidades que tienen que lograr los alumnos al finalizar la etapa, los aspectos que tiene que incluir en la elaboración del proyecto curricular, los criterios de evaluación,

En el anexo de este decreto se recoge el currículum de la etapa de primaria estructurado según las áreas de aprendizaje y en cada una de ellas se incluye una explicación de los conceptos que se tratan, los objetivos generales, los contenidos y los objetivos terminales.

2.1. OBJETIVOS.

En cuanto al **Objetivo general relacionado con la Educación para la Salud** en la Etapa de Primaria en Cataluña, (Decreto 95/92 del 28 de abril) es:

- Conocer el propio cuerpo y las posibilidades motrices y progresar en la adopción de hábitos de salud e higiene personal.

Respecto a las áreas de conocimiento de Educación Primaria que tienen más relación con la EpS son: **la educación física, el conocimiento de medio social y cultural y el conocimiento del medio natural.**

Seguidamente describiremos los **objetivos terminales** de estas **áreas** que tienen relación con la Educación para la Salud:

- Área de educación física: Mostrar el conocimiento del propio cuerpo, sus capacidades perceptivas y de movimiento, aceptándolo y estimándolo, actuando responsablemente sin riesgo para la salud con iniciativas motrices aprendidas y valorando y aplicando hábitos higiénicos de práctica permanente.
- Área de conocimiento del medio social y cultural: Aceptar y practicar normas referidas a la protección, la higiene y la salud de uno mismo y de las otras personas, y mostrar sensibilidad para la conservación y protección del medio ambiente.
- Área de conocimiento del medio natural: Practicar hábitos de higiene personal entendiendo su importancia para la salud y la calidad de vida; explicar las medidas preventivas que permiten vivir en condiciones de salud -higiene, vacunaciones, medicamentos, revisiones, ...- y sus mecanismos; tomar conciencia de cómo influyen las costumbres en la salud (alimentación, actividades, ritmo de vida, tabaco, consumo de alcohol,...); describir las partes del aparato respiratorio, digestivo, circulatorio y reproductor; describir el papel de la fecundación, la gestación y el parto ;y conocer las primeras curas que hace falta hacer en una herida, caída, fractura,

2.2. CONTENIDOS.

Los contenidos de Educación para la Salud en Primaria al igual que en las demás áreas son de tres tipos de: procedimientos, conceptos y actitudes. **Se puede considerar que las cuestiones transversales son fuertemente actitudinales pero no únicamente, ya que para que haya un aprendizaje significativo se requiere un tratamiento integrado de los tres tipos de contenidos.**

En la Etapa de Primaria se insiste en la adopción de prácticas saludables, algunas ya conocidas desde la Educación Infantil donde predominan los contenidos actitudinales y procedimentales y también se incentiva los conocimientos acerca de la salud por lo que a medida que vamos aumentando de curso van apareciendo más contenidos conceptuales, puesto que *“es de suponer que ya tienen adquiridos muchos hábitos positivos de salud y seguridad y entonces tienen mucho interés en conocer el porqué de su actuación, es decir, dotarse de conocimientos pertinentes que avalen sus prácticas”* (Fortuny y Molina, 1998:66).

Los contenidos de Educación para la Salud que se tratan en la EP tienen su origen en el criterio sobre los factores que tienen más incidencia en la salud de los niños. Los temas que interesan trabajar en este nivel y que hace falta incentivar son (Fortuny y Molina, 1998:67):

- Higiene personal:
 - o Conocimientos de higiene personal propios de la edad (ducha y baño, higiene de los oídos, ojos, uñas, ...).
- Actividad y descanso:

- Conocimientos sobre la higiene del sueño (condiciones que tiene que ha de reunir la cama, la habitación, la almohada, ...) y el tiempo de descanso tanto en la escuela como en el hogar.
- Conocimiento e interés sobre la participación en actividades al aire libre (siguiendo unos criterios).
- Crecimiento y desarrollo físico:
 - Ampliación de los conocimientos iniciados en la educación infantil.
 - Conocimiento de los datos sobre su capacidad física actual.
- Alimentación y nutrición:
 - Conocimiento del valor de los alimentos. Justificación de una dieta variada.
 - Conocimiento de los hábitos saludables sobre los horarios de comer durante el día (un desayuno suficiente, no picar entre comidas, las golosinas, ...).
- Prevención y control de enfermedades:
 - Conocimiento de la prevención de enfermedades en la alimentación (como pueden detectarse los alimentos en mal estado), en los hábitos posturales,
 - Conocimiento de la importancia de los exámenes de salud.
 - Conocimiento de cómo ayudar a los otros familiares cuando están enfermos.
 - Conocimiento a la hora de tomar un medicamento.
- Seguridad y primeros cuidados:
 - Conocimiento de la seguridad vial.
 - Aumento de los hábitos de prudencia y conocimientos de seguridad (en el hogar, la clase, en el patio, en los parques,...).
 - Conocimientos sobre la práctica de los primeros cuidados.
- Salud mental:
 - Conocimiento de cómo aumentar la seguridad en uno mismo en el trabajo y en el juego.

- Conocimiento de cómo resistir las pequeñas frustraciones y de cómo intentar superar los obstáculos.
- Conocimiento de la solidaridad y hábitos correspondientes, (aceptar a los compañeros y hacer lo posible para poder ser aceptado).
- Conocimiento de la expresión de los sentimientos. Hábitos correspondientes (se expresa con originalidad mediante la palabra, la plástica, la dinámica...).
- Salud sexual:
 - Conocimientos sobre la sensualidad (demuestra que tiene desarrollada la sensibilidad a través de los sentidos, por ejemplo, sabe relajarse y disfrutar de la audición de una buena música, reacciona con normalidad al dar la mano, se lo pasa bien con la visualización de determinadas imágenes...).
 - Conocimientos elementales de la anatomía y fisiología, de la fecundación, del embarazo y del nacimiento. Aumento de los hábitos de responsabilidad sexual (sabe que las personas tienen derecho a su propio cuerpo y a ser respetadas, sabe que la conducta sexual ha de ser fruto de las convicciones y no de los caprichos).
- Salud y medio:
 - Conocimiento de la relación de los elementos del medio con la naturaleza (las plantas o las personas necesitan unas condiciones adecuadas para vivir).
 - Conocimiento de las enfermedades que se transmiten por el medio y los hábitos correspondientes (contaminación del agua) y de cómo protegerse.
- Prevención de las drogodependencias:
 - Conocimiento del riesgo del uso del tabaco y el alcohol y sus efectos.

Tomando como referencia a Domingo (1993) describiremos un ejemplo de los contenidos de EpS en los ciclos medio y superior que se puede llevar a cabo en un centro.

Los Contenidos que se tratan en el Ciclo Medio son:

PROCEDIMIENTOS	CONCEPTOS	ACTITUDES
1. Distribuir y organizar adecuadamente sus actividades en el tiempo.	1. Identificar y describir algunas características de su personalidad.	1. Reconocer posibilidades, límites y funcionalidad del propio cuerpo.
2. Utilizar los mecanismos y momentos adientes para aportar opiniones o sugerencias al grupo.	2. Relacionar causas y consecuencias de los hábitos saludables y no saludables.	2. Valorar positivamente la propia imagen y la propia identidad.
3. Desarrollar habilidades de decisión en los conflictos personales y de grupo.	3. Describir las diferentes situaciones en que se hace necesaria la práctica de la higiene.	3. Manifestar autonomía personal a la hora de tomar decisiones.
4. Expresar de manera inteligible las propias vivencias, sentimientos y emociones.	4. Seleccionar actividades lúdicas y deportivas según las características e intereses.	4. Esforzarse para prevenir las posibles dificultades antes que se produzcan y para vencer las dificultades superables.
5. Analizar los peligros específicos de cada dependencia del hogar y la escuela, y de los aparatos, materiales y productos que se encuentren.	5. Describir diferentes peligros relacionados con la playa (no bañarse solo, respetar las señales de peligro, etc.) y las salidas al campo (incendios, animales, etc)	5. Asumir las pequeñas decepciones e intentar superar los obstáculos.
6. Actuar de acuerdo con las normas de seguridad y utilizar correctamente los muebles, aparatos, utensilios o materiales de uso habitual.	6. Organizar un botiquín con los componentes básicos e indicar las utilidades adecuadas de cada uno de ellos.	6. Valorar las opiniones críticamente.
7. Analizar accidentes que ellos o otros parientes o amigos puedan haber sufrido relacionados con las actividades físicas y lúdicas.	7. Conocer qué se tiene que hacer y a quién dirigirse en caso de accidentes graves.	7. Respetar y seguir las normas establecidas en la escuela, tanto dentro como fuera del aula, en el trabajo y en el juego, cooperando en el mantenimiento de un buen ambiente en clase.
8. Autoanalizar las conductas como peatón y /o como viajero y ejercer las normas de seguridad del peatón y del viajero.	8. Relacionar el concepto de abuso con una alimentación no adecuada a las propias necesidades y proponer alternativas saludables.	8. Reconocer como miembro de una determinada comunidad y su cultura.
9. Practicar acciones correctas en simulaciones de incendios.	9. Identificar el tabaco y el alcohol como sustancias nocivas perjudiciales para la salud.	9. Aceptar la necesidad de ampliar el círculo social estableciendo nuevas relaciones de amistad, de afecto, etc.
10. Actuar correctamente en	10. Conocer y valorar positivamente las bebidas "naturales" (sin cafeína, sin alcohol, etc).	10. Ser consciente de la importancia de unos hábitos higiénicos correctos para un adecuado estado de salud y mantener una correcta higiene

<p>el caso de: una hemorragia nasal, una quemada de 1er grado, una picaduras, etc).</p> <p>11. Adoptar la postura correcta y equilibrada tanto en reposo como en movimiento.</p> <p>12. Distinguir los hábitos higiénicos adecuados durante la alimentación y particularmente en el comedor escolar.</p> <p>13. Elaborar alguna comida. Programar comidas para diferentes circunstancias: desayuno, comida de fiesta, cena, comida de excursión, etc.</p> <p>14. Ponerse el termómetro y leerlo correctamente.</p> <p>15. Actuar adecuadamente ante los posibles abusos por parte de otras personas.</p>	<p>11. Identificar, observar y describir características de los alimentos.</p> <p>12. Explicar la necesidad de ingerir alimentos variados para crecer y para vivir correctamente.</p> <p>13. Describir los problemas de salud y las enfermedades más frecuentes en la edad infantil, las que pueden ser prevenidas y la forma que se hace (sarampión, varicela, anginas, resfriado, etc).</p> <p>14. Explicar las enfermedades que se han tenido, con detalles de su proceso.</p> <p>15. Identificar las señales de advertencia ante los problemas de salud y explicarlos con los términos correctos.</p> <p>16. Explicar que los medicamentos son adecuados para proteger las enfermedades, siempre que se haga un buen uso.</p> <p>17. Explicar el uso de los medicamentos que se utilizan habitualmente.</p> <p>18. Describir el proceso de la reproducción indicando las fases de la fecundación, el crecimiento del embrión y el nacimiento.</p> <p>19. Identificar las necesidades básicas de los seres vivos y las condiciones adecuadas para vivir: aire, agua, etc.</p> <p>20. Describir el concepto de contaminación y sus efectos generales para el</p>	<p>corporal, incluido los órganos genitales.</p> <p>11. Aplicar las normas de higiene individuales y colectivas habituales tanto en casa como en la escuela.</p> <p>12. Apreciar la importancia de sentirse sano por el bienestar personal.</p> <p>13. No probar nunca sustancias y productos del laboratorio, o de la cocina, etc., de origen desconocido.</p> <p>14. Respetar las normas de seguridad en las salidas, y en las diferentes actividades lúdicas, físicas y deportivas.</p> <p>15. Reaccionar adecuadamente ante una situación de peligro, accidente o emergencia.</p> <p>16. Aceptar alguna responsabilidad en el plano de evacuación de la escuela en caso de emergencia.</p> <p>17. Mantener una actitud positiva de cara a la aplicación de los primeros cuidados en casos leves.</p> <p>18. Valorar la importancia de acudir a los especialistas en casos de accidentes graves.</p> <p>19. Dormir las horas adecuadas según la edad. Respetar la alternancia entre actividad y descanso.</p> <p>20. Respetar la secuencia de las comidas diarias y valorar positivamente la variedad en la alimentación.</p>
--	--	--

	medio y el hombre.	<p>21. Respetar las personas y los seres vivos. Mostrar una actitud positiva ante los intereses, opiniones y necesidades de los demás sin tener en cuenta el sexo y otras diferencias personales.</p> <p>22. Entender que tener un hijo ha de ser una decisión responsable por parte de los padres.</p> <p>23. Respetar y ayudar las personas enfermas. Ser solidario con la gente necesitada.</p> <p>24. Colaborar positivamente cuando se enfermo con los adultos y el personal sanitario.</p> <p>25. Valorar la importancia del medio como factor de salud, practicando habitualmente la higiene ambiental en casa, en la calle y en la escuela.</p> <p>26. Respetar y tener cuidado del entorno, la naturaleza, las instalaciones, y el material, tanto propio como comunitario.</p>
--	--------------------	--

Los Contenidos que se tratan en el Ciclo Superior son:

PROCEDIMIENTOS	CONCEPTOS	ACTITUDES
1. Explicar oralmente y por escrito, o representar situaciones y experiencias cotidianas relacionadas con la salud, analizando actitudes y comportamientos para elaborar normas de conductas saludables.	1. Identificar aspectos de su personalidad y distinguir características personales y estilos de vida propios y de otros compañeros.	1. Ser consciente de la influencia de las costumbres y los estilos de vida en la salud: tipos de actividades, descanso, alimentación, etc.
2. Reconocer las señales de fatiga y estrés, y saber controlarlas a tiempo.	2. Señalar la existencia de organismos públicos que cuidan por los derechos y la convivencia de las personas y ser conscientes de su utilidad.	2. Aceptar y respetar la diversidad física, de opinión y de acción.
3. Distribuir adecuadamente las actividades escolares y de extraescolares en el tiempo buscando el equilibrio y la diversidad.	3. Conocer los mecanismos y estrategias de participación en los órganos de decisión del centro educativo.	3. Relacionar el aspecto y el estado de la ropa de vestir con la autoimagen y la imagen que los otros tiene de un mismo.
4. Desarrollar estrategias de decisión para resolver conflictos personales, de grupo y reafirmar las propias opiniones.	4. Describir los efectos del tabaco sobre la salud e identificar el consumo del tabaco como una dependencia.	4. Interesarse y manifestar una actitud abierta, colaboradora y dialogante ante las opiniones y actividades de los otros y, en reciprocidad, ser capaz de solicitar ayuda.
5. Analizar mensajes publicitarios.	5. Enumerar los peligros específicos de las dependencias de la escuela y el hogar, relativos a ciertos juegos (deportes, pirotecnia) y las normas y mecanismos básicos de seguridad.	5. Mostrarse sensible hacia las dificultades y problemas de salud de los demás
6. Analizar los riesgos de accidentes en el hogar, en la escuela, vías públicas y otros espacios debido a la falta de instalaciones, el mal uso que todos hacen de ésta, o las conductas inseguras.	6. Describir las normas de seguridad elementales que hace falta adoptar en las prácticas deportivas (calentamiento, vestuario, etc.).	6. Atender a los enfermos de casa y seguir las medidas adecuadas.
7. Manipular y llevar pesos correctamente.	7. Identificar las señales básicas de circulación, especialmente aquellas que se tienen que respetar como conductor de bicicleta.	7. Ser consciente de las posibilidades que ofrece el tiempo libre para relajarse, disfrutar dedicándose a las aficiones y relacionarse.
8. Desplazarse y orientarse con facilidad en los lugares conocidos de forma espontánea y en lugares desconocidos atendiendo órdenes, rutas marcadas u otras ayudas.	8. Anotar y recordar, los principales números de teléfono de urgencias	8. Mantener una postura crítica hacia el consumo del tabaco.
		9. Darse cuenta de la importancia de la presión de grupo para influenciar sobre las personas y valorar positivamente la propia opinión.

Capítulo II: La Educación para la Salud en las escuelas de Educación Primaria

9.	Utilizar adecuadamente los extintores, y ser conscientes de su importancia.	médicas y de accidentes.	10.	Utilizar dispositivos de seguridad en caso necesario, (casco, cinturón de seguridad, etc).	
10.	Proceder con rapidez y seguir las normas básicas de los primeros cuidados, según el tipo de accidente.	9.	Indicar las condiciones idóneas de iluminación, de ventilación, nivel sonoro y de los materiales para una buena salud y mecánica corporal.	11.	Ser responsable del cumplimiento de las normas de seguridad materiales.
11.	Realizar diferentes formas de actividad física. Experimentar la fatiga y la recuperación y controlar la respiración voluntariamente.	10.	Señalar las condiciones ideales para un buen descanso.	12.	Apreciar la prudencia en las actuaciones en el hogar, en el laboratorio de la escuela, en otras actividades cotidianas.
12.	Escoger los alimentos y bebidas adecuadas para una alimentación saludable.	11.	Explicar el riesgo derivado del abuso de bebidas con estimulantes	13.	Utilizar los medios de transporte con prudencia.
13.	Aplicar técnicas sencillas de conservación de alimentos.	12.	Describir los componentes del cuerpo humano y compararlos con los nutrientes que forman parte de los alimentos.	14.	Responsabilizarse en el seguimiento de las normas de seguridad y los reglamentos en actos festivos y deportivos.
14.	Saber cómo actuar ante los posibles abusos por parte de otras personas.	13.	Clasificar los alimentos según su origen. Indicar alimentos de diferente origen riesgos en cada uno de los nutrientes.	15.	Adquirir el hábito de utilizar una vestimenta protectora e higiénica en la realización de actividades físico-deportivas.
15.	Analizar algunas características físicas fácilmente perceptibles del aire, agua, y otros materiales contaminantes.	14.	Señalar aquellos alimentos que hace falta consumir con moderación.	16.	Mostrar hábitos higiénicos correctos en general y en situaciones especiales (después de la práctica de la actividad física).
16.	Seleccionar y clasificar los residuos según su origen y su composición. Eliminar correctamente la basura y los residuos en la escuela y el hogar.	15.	Explicar y valorar la relación que hay entre los alimentos propios de cada pueblo, platos tradicionales y costumbres alimentarias.	17.	Valorar la actividad física como práctica de tiempo libre y escoger las formas más afines a las propias características e intereses.
		16.	Definir los conceptos de infección, contagio, riesgo, prevención, curación, síntoma y enfermedad.	18.	Valorar los hábitos higiénicos y saludables durante la alimentación y la digestión y particularmente en el comedor escolar (tiempo necesario, ambiente adecuado, etc).
		17.	Explicar la diferencia entre portador, enfermo asintomático y enfermo.		
		18.	Explicar de forma elemental como el propio cuerpo forma su inmunidad, qué son las vacunas, cuáles son obligatorias y el		

	<p>calendario de aplicación y saber contra qué esta vacunado y cuáles son las vacunas que se ha de suministrar en los próximos años.</p>	19. Valorar positivamente las aportaciones de la medicina, la ciencia y la tecnología en la sociedad, respecto a los temas
	19. Describir a nivel elemental algunos procedimientos y aparatos que el médico hace servir para el diagnóstico (rayos X, fonendoscopio, análisis, etc.).	20. Ser consciente que algunas enfermedades e infecciones son debidos a una mala protección y conservación de los alimentos y actuar de acuerdo a esto.
	20. Describir las diferentes partes de los órganos genitales, internos y externos, masculinos y femeninos, y explicar la función de cada uno de ellos.	21. Ser consciente del riesgo de infección debido a pequeñas heridas y saber cómo protegerse.
	21. Enumerar las características de los cambios psico-fisiológicos que se producen en la pubertad tanto en el chico como en la chica.	22. Darse cuenta que las relaciones sexuales pueden ser una forma de expresión de afecto y de comunicación entre las personas.
	22. Distinguir cuales son los factores biológicos y psico -sociales del medio.	23. Saber que las manifestaciones sexuales han de estar siempre expresadas en el marco del respeto por uno mismo y por los otros.
	23. Analizar y describir los riesgos de la alteración del equilibrio del medio y los principales efectos que provocan en el organismo.	24. Valorar la formación y la creación de una familia y la regulación de la natalidad en base al propio sistema de valores.
	24. Describir las condiciones higiénicas óptimas de la casa.	25. Practicar y valorar positivamente la higiene en el medio.
		26. Mostrar conductas activas y participativas a la hora de crear un ambiente que favorezca el trabajo y la convivencia, tanto en la escuela como en la casa.

Cuadro 2: Contenidos de Educación para la Salud en los CM y CS de Educación Primaria.

(Fuente: Domingo, 1993)

2.3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS Y ORIENTACIONES DIDÁCTICAS.

La metodología planteada por la LOGSE para desarrollar la Educación para la Salud coincide con la asumida para el resto de las áreas, la cual se **basa en la concepción constructivista del aprendizaje**.

Es complicado que los alumnos y alumnas incorporen actitudes y valores como la participación, la responsabilidad, la solidaridad ... si en la escuela, y más concretamente en la clase, no se propician situaciones donde puedan adquirirlas y practicarlas. Para conseguirlo hay que tener en cuenta, al menos, los siguientes **criterios metodológicos básicos**:

- “Partir de la vida real del estudiante y sus experiencias concretas, para lograr aprendizajes significativos.
- Tener en cuenta lo que ya saben, apoyando sobre ello lo nuevo.
- Fomentar la reflexión, la deducción de conclusiones, a partir de observaciones o investigaciones, la confrontación de opiniones, la inferencia racional, la verbalización de emociones.
- Guiar hacia la adquisición de la autonomía persona en la asimilación del saber y del hacer.
- Respetar las peculiaridades de cada alumno o alumna, adaptando métodos, actividades y recursos.
- Utilizar técnicas y recursos variados que permitan el desarrollo de la capacidad crítica y creativa, así como de la motivación.
- Propiciar la autoevaluación y la coevaluación, como manera de aprender a enjuiciar y valorar la realidad.
- Dar oportunidades para el trabajo en grupo, orientando en las confrontaciones, aunando capacidades e intereses, ayudando en la toma de decisiones colectivas, estimulando el diálogo, valorando la responsabilidad y la solidaridad en las tareas comunes.
- Aprovechar pedagógicamente el conflicto cognitivo y social dentro del aula.
- Fomentar el coloquio, las argumentaciones razonadas, la convivencia, el respeto por los otros, la no discriminación sexual, religiosa, étnica... .
- Crear un ambiente de colaboración, reparto de tareas y responsabilidades, de identificación con la propia cultura y de respeto por el patrimonio natural y cultural propio y ajeno.
- Basarse en el planteamiento y resolución de problemas y el desarrollo de la capacidad crítica y creativa” (Reyzábal y Sanz, 1995:29).

Estos autores nos comentan que además de los criterios básicos se deben considerar:

- Evitar hacer hincapié de manera desproporcionada en los peligros de determinadas conductas; conviene resaltar los aspectos positivos de los comportamientos saludables. Los enfoques negativos tienen el peligro de reforzar lo que se quiere evitar, a veces el riesgo puede resultar atractivo, sobre todo en la adolescencia.
- Favorecer la participación en la discusión tanto de problemas como de alternativas a los mismos. Se ha de tratar de huir de las propuestas dogmáticas y de actitudes autoritarias o paternalistas. El aprendizaje no se ha de convertir en un conjunto de prescripciones sino en la búsqueda de conductas saludables asumidas responsable y autónomamente.
- Aportar informaciones rigurosas y objetivas, pero no excesivamente científicas, sobre los factores que afectan a la salud y también sobre todos aquellos que preocupen subjetivamente a los alumnos y alumnas.
- Plantear la salud como el resultado de la interacción entre factores totalmente dependientes del individuo y los factores socioculturales y económicos. Así podemos evitar la excesiva culpabilización de la persona.

En el **Programa de Educación para la Salud de la Generalitat de Catalunya** y más concretamente en el material “Quadern d’educació per a la salut a l’ escola: salut mental” nos exponen los **principios metodológicos a seguir en la Escuela de Primaria en el tema de Educación para la Salud:**

- “La integración en el currículum en las diversa áreas, en el currículum transversal y en el proyecto educativo de centro.
- La adaptación al contexto socioeconómico y cultural de cada centro.
- La elaboración de propuestas partiendo de la realidad del estado de salud del centro y del entorno.
- La metodología didáctica participativa, centrada en el niño o la niña, sus intereses, sus necesidades y su nivel de madurez.
- El trabajo en equipos multidisciplinares, incorporando maestros, profesionales socio sanitarios y otros miembros de la comunidad.
- La colaboración entre las escuelas, los servicios socio sanitarios y otras instituciones comunitarias.
- La interacción de los programas de educación para la Salud en la Escuela con otros programas y actividades de la comunidad” (Quadern de salut mental, 1995:9).

Las **estrategias didácticas** más utilizadas en la Educación Primaria y más concretamente en el ciclo medio y superior son:

- Estudios de casos y de resolución de problemas.
- Trabajo de campo.
- Trabajos por proyectos, centros de interés y temas monográficos.
- Simulaciones y dramatizaciones.
- Clarificación de valores (debates, análisis de valores).
- Resolución de dilemas morales.
- Análisis y construcción conceptual a partir de la clarificación de valores.

Una implicación importante en la línea metodológica de este tema transversal se da en la selección de los materiales y los recursos. Éstos han de ir encaminados a la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes, además de promover una actitud positiva de promoción de estilos de vida sanos.

Si partimos de una concepción tradicional de la enseñanza, el modelo didáctico será transmisivo y poco participativo siendo los recursos medios materiales que facilitan la adquisición de determinados conocimientos, el libro sería el recurso estrella o el más importante.

En modelos de enseñanza aprendizaje más democráticos, dónde se incide más en la adquisición de destrezas, valores y comportamientos y en los mecanismos que inciden en la incorporación de los conocimientos a las estructuras mentales, los libros, siguen siendo importantes, pero asumen otras funciones, pasan de ser los que marcaban qué, cómo y cuándo enseñar, a convertirse en instrumentos al servicio del profesor y del alumno que son quienes van a tomar estas decisiones.

Los primeros recursos a utilizar son las concepciones e ideas de los alumnos y la manera de exteriorizarlas. A partir de ahí, todos aquellos instrumentos y estrategias que ayuden a la elaboración de hipótesis, organización de estructuras cognitivas... que faciliten la construcción del conocimiento van a constituirse en recursos de primera importancia.

Otro recurso de vital importancia en Educación para la Salud es, sin lugar a dudas, el aula y el centro. Éstos son espacios que expresen y al mismo tiempo configuran una determinada manera de entender las relaciones entre sus elementos físicos y personales. En las aulas es donde tiene lugar gran parte de las relaciones del alumno, interaccionando con los demás alumnos, con el profesorado, con otros objetos, con la información..., pudiendo ser fuente de numerosas propuestas de trabajo.

Recursos más específicos serían los creados por equipos extraescolares que construirían los libros de texto, las guías de profesor y del alumno, los juegos,...

Recursos creados en el propio centro, resultados de interacciones entre docentes y discentes como pueden ser: murales, exposiciones,

Recursos confeccionados con diversos fines no específicamente escolares pero que se pueden adaptar al trabajo de la clase como pueden ser: los equipos de audio, vídeo, (audiovisuales), fotocopiadora,

Una **clasificación interesante de recursos en Educación para la Salud** es la de **Modolo** (en Serrano, 1998:479):

- “La palabra.
- Gráficos, fotografías, esquemas, etc.
- Diapositivas y filminas.
- Fanelogramas y plastigrafías.
- Material impreso:
 - o Folletos y octavillas, dípticos, etc.
 - o Periódicos y revistas.
 - o Carteleras y vallas.
 - o Murales y exposiciones.
- Radio y televisión.
- Film:
 - o Películas temáticas.
 - o Documentales.
 - o Films didácticos.
 - o Lecciones grabadas.
 - o Dibujos animados.
 - o Diagramas animados, etc.
- Vídeo”.

2.4. EVALUACIÓN.

La evaluación ha de contribuir de manera sustancial a reflexionar y actuar sobre la propia práctica docente, sobre el diseño curricular y en última instancia sobre la propia

Administración educativa. La evaluación es un referente continuo que actúa sobre el conjunto de elementos involucrados en el proceso de enseñanza–aprendizaje.

Por lo tanto, ha de ser coherente con las características de la etapa, con los objetivos planteados, con la teoría de aprendizaje por la que se ha optado y con una metodología acorde con el aprendizaje significativo que se pretende.

La evaluación tanto en la Educación para la Salud como en cualquier área ha de ser: formativa, continua, integral, individualizada, democrática y orientadora (Gómez-Ocaña y Rius, 1998:69).

En la evaluación de la Educación para la Salud nos interesa ver el afianzamiento progresivo de las actitudes y valores de nuestros alumnos a partir de los objetivos propuestos. Por lo tanto evaluaremos el proceso de aprendizaje que se lleva a cabo en relación con las diferentes actitudes y valores así como las consecuciones que se vayan alcanzando, estimando el mayor o menor grado en que queden incorporadas al comportamiento habitual del alumnado. No se ha de olvidar que también hay que evaluar conceptos y como comenta Gómez-Ocaña y Rius, (1998:72). *“está demostrado que en Educación para la Salud, la adquisición de conocimientos es más fácil que mejorar actitudes y cambiar conductas de salud de los alumnos”*.

Tanto en la evaluación inicial, como en la procesual y final del Programa de Educación para la Salud es interesante detectar estos aspectos:

- Los conocimientos previos del alumnado en cuanto a la Educación para la Salud que se aborde.
- Los intereses y expectativas sociales, culturales, éticas, higiénicas, etc, de los alumnos /as.
- La dinámica relacional que se produce en el aula y, en general, en el conjunto del centro.
- Los mensajes explícitos o implícitos que se transmiten por parte del profesorado y alumnado.
- La coherencia entre los planteamientos institucionales del centro en todos los elementos relativos a la educación para la Salud de modo que lo práctico no se contradiga con los principios básicos adoptados.

Es importante destacar que *“no sólo deben evaluarse los aprendizajes del alumnado, sino que también se incluirá como objeto de valoración la aplicación del Proyecto Educativo, del Proyecto Curricular y de la Programación General Anual, analizando continua, rigurosa y sistemáticamente hasta qué punto se llevan a efecto de sus planteamientos iniciales”* (Reyzábal y Sanz, 1995:34).

La evaluación en este eje transversal no puede ser de un examen puntual sino más bien se basa en la observación continuada del comportamiento del alumnado en cualquiera de las actividades que realiza tanto en el aula, en el centro e incluso fuera de él.

La evaluación en la Educación para la Salud es complicada ya que resulta de un compendio de factores ambientales e individuales y de las estructuras mediadoras que oscilan entre ambos, nos estamos refiriendo, evidentemente, tanto a los métodos de trabajo escolar como a los mismos contenidos que pasan a ser elementos vehiculizadores de salud y creadores de estilos de vida sanos.

3. EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA (PESE), DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA.

Es imprescindible referenciar este Programa ya que a partir de éste las escuelas y los docentes transcriben sus necesidades, problemáticas, desconocimientos, intereses en la temática en cuestión.

De ahí que en nuestra investigación queremos averiguar si los docentes, los equipos directivos y otros agentes que intervienen en la Educación para la Salud tienen como referencia o han trabajado con el Programa de Educación para la Salud en la Escuela (PESE).

A continuación hacemos una reseña del contenido del Programa de Educación para la Salud: origen, objetivos, temas, actuaciones, materiales,

A principios de 1980, el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya puso en marcha “el Programa d’Educació Sanitària a l’ Escola”. Este Programa fue pionero en toda España y referente esencial para el resto de programas de Educación para la Salud que después se crearon en otras comunidades autónomas. Con este objetivo, el Departament de Sanitat i Seguretat Social se relacionó con el Departament d’ Ensenyament y decidieron elaborar conjuntamente un proyecto de programa de educación sanitaria para las escuelas de Catalunya.

El Proyecto de “Programa d’ educació sanitària a l’ escola” se realizó con carácter experimental y provisional y se difundió en el curso 1983–84.

Los objetivos de este proyecto eran:

- Estimular la adquisición de hábitos saludables y eliminar los no sanos.
- Conocer las influencias sociales sobre la salud y favorecer la adquisición de opiniones ante los peligros más graves y frecuentes para la salud colectiva.
- Capacitar al niño y a la niña para cuidarse de sí mismos y participar en la gestión colectiva del sistema sanitario.

Los **temas de Educación para la Salud**, ya comentados anteriormente, se clasificaron en 10 grupos siguiendo el criterio sobre los factores que tenían más incidencia en la salud de los niños siendo éstos: limpieza e higiene personal, actividad y descanso, desarrollo físico, alimentación y nutrición, prevención y control de enfermedades, seguridad y primeras curas, salud mental, salud sexual, salud y medio, drogas, alcohol y tabaco.

Para cada tema se elaboraron unos objetivos generales y otros específicos que habían de conseguirse en esta etapa.

El **Proyecto** elaborado partía de unos **presupuestos básicos**:

- La Educación para la Salud no debía considerarse como una asignatura más, sino como una serie de temas que debían de ser incluidos dentro de las diferentes áreas o materia a impartir.
- Se otorgaba tanta importancia a los hábitos y actitudes a lograr o modificar, como a los conocimientos a adquirir.
- El programa no quería limitarse a actuar en el aula y el escuela sino que, por el contrario, deseaba llegar a los padres y a toda la sociedad.
- El principal agente de la educación para la salud en la escuela debía ser el maestro.

En Enero de 1984 apareció la primera edición del libro “**Orientacions i programes: Educació per a la salut a l’ escola**”, editado conjuntamente por las dos Conselleries de Sanitat i d’ Ensenyament y dirigido a los maestros. Según Jaume Tort (1997:9): “*este libro recogía ya el resultado de toda una programación y una experimentación en más de 50 centros docentes iniciada en el año 1981, recién recuperada la autonomía y habiendo recibido los trasposos en materia educativa*”. Por lo que el libro contenía el contenido básico del “Proyecto de programa d’ educació sanitària a l’ escola” y las aportaciones posteriores de los maestros de las escuelas.

El 25 de mayo de 1984 surge la Orden del Departament de Ensenyament por la cual se aprobaban las orientaciones y programas de educación para la salud en la escuela y se incorporaban a todas las escuelas de EGB.

Con el Decreto 79/1990, de 20 de Marzo en el cual se establece la aprobación y aplicación del Programa de Educación en la Escuela y la Orden de 4 mayo de 1990, de creación de la Comisión directora del Programa de Educación para la Salud en la Escuela se intenta retomar el tema e impulsar y coordinar de manera pragmática las estrategias y actividades de EpS en la escuela.

La creación de este Decreto viene dado por el inicio de una nueva fase de Planificación Sanitaria en Catalunya (LOSC y Plan de Salud) y por la reforma del sistema educativo (LOGSE). Otros precedentes fueron la reforma de la atención primaria, el traspaso de competencias municipales en materia de sanidad y por una nueva filosofía de la EpS en la escuela de los países de la CEE conocida como la Escuela promotora de salud o Escuela Saludable.

El Decreto 79/1990 derogaba la orden de 1984 que había iniciado el programa y establecía las competencias conjuntas y diferenciadas de los Departamentos (Sanidad y Educación). Éstos habían de planificar, dirigir, garantizar y evaluar la ejecución del programa, proporcionando los instrumentos y el soporte necesario.

El Departament d' Ensenyament sería el encargado de establecer los programas y las orientaciones metodológicas para su generalización y el Departament de Sanitat (Direcció General de Salut Pública) participaría en el diseño de las actuaciones del programa, en el seguimiento y aplicación y también en la formación del personal.

Los **objetivos más relevantes del Programa PESE** (Decreto 79/1990) eran:

- Incorporar la Educación para la Salud en la escuela para conseguir una actitud y una conducta positiva para la salud, por parte de todos los integrantes de la comunidad educativa.
- Establecer lazos de colaboración entre el personal sanitario, los técnicos municipales y comarcales y los responsables del Programas en sus diferentes niveles.
- Integrar los programas sanitarios de prevención y promoción de la salud en la dinámica de la escuela.
- Velar porque las condiciones ambientales del centro escolar garanticen en todo momento la seguridad y la higiene de la comunidad escolar.
- Profundizar las vinculaciones entre la promoción de la salud en la escuela y la realidad del entorno social y de asistencia sanitaria.
- Estimular la adquisición de hábitos saludables y capacitar a los niños y jóvenes para el autocuidado.
- Introducir en la formación inicial y en la formación permanente del profesorado los contenidos de prevención y promoción de la salud.
- Fomentar y realizar estudios de salud laboral de los enseñantes.

Con la creación del Programa de Educación para la Salud en la Escuela (PESE) se facilita **actuaciones para la incorporación de la Educación para la Salud en la escuela**, de las cuales se podrían clasificar:

1. Instrumentos de soporte que facilitan la introducción de la Educación para la Salud en el centro docente:
 - Ayudas en proyectos de innovación educativa.
 - Colaboración en la elaboración del Proyecto Curricular de Centro y en la preparación de iniciativas de carácter docente.
 - Formación en los claustros de profesores, vinculados a los proyectos y a las temáticas que desarrollan en éste.
 - Realización de asesoramientos principalmente de prevención de drogodependencias y otras conductas de riesgo.

2. Incentivos que favorezcan la difusión de la Educación para la Salud entre los centros docentes:

- La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Estrategia de las Instituciones comunitarias dirigida a crear un nuevo modelo de escuela saludable. El PESE coordina el proyecto de “Xarxa d’Escoles Europees Promotores de la Salut”, XEEPS.
- El diálogo telemático. Mediante la incorporación a los debates y a las plataformas que el entorno internet de la red telemática del PIE, permite en los centros docentes de Catalunya.

El PESE ha confeccionado un nuevo servicio de comunicación llamado **XEPSCAT**. Es una lista de distribución que pretende facilitar el intercambio y la comunicación entre los miembros de la red de escuelas promotoras de salud, donde la dirección del de este Programa actúa como un miembro más.

Como opina Moreno “*el XEPSCAT se puede hacer servir para informar al los compañeros sobre las novedades, materiales, convocatorias, propuestas de actividades, informaciones concretas, que pueden pasar a la página web. También se puede exponer opiniones, hacer consultas, valorar actividades o materiales, pedir información al colectivo sobre temas concretos, etc*” (2005:50).

3. Actuaciones del PESE como agencia responsable de la Educación para la Salud en Catalunya:

- La participación y ayuda en la elaboración de los currícula, y en la determinación de la normativa de funcionamiento de los centros por lo que hace a la Educación para la Salud.
- La producción de una oferta de formación para los profesionales de la enseñanza. A partir de los Planes de Zona o específicamente a partir del propio Programa, u otras entidades e Instituciones. También se realiza una oferta de formación a los profesionales sanitarios que desarrollen intervenciones alrededor de los centros docentes.

Las líneas de trabajo se fundamentaron básicamente en la formación del profesorado (cursos y seminarios). La oferta va dirigida al Profesorado de Educación infantil, primaria y secundaria a partir de actividades del “Pla de Formació de Zona” cuya finalidad es la de dotar al profesorado de:

- Conocimientos básicos de los temas relacionados con la salud.
- Conocimientos específicos para la prevención y la promoción de la salud.

- Recursos y instrumentos necesarios para poder compaginar el trabajo docentes con la educación para la salud, relacionando estrechamente el conjunto teórico con la práctica cotidiana.
 - Metodología de trabajo que permita aplicar los Programas de Salud y controlar y evaluar los efectos del cambio.
 - Opiniones y actitudes para desarrollar la comprensión y las habilidades personales que tiendan a la mejora de la salud.
- La elaboración de materiales didácticos propios, de soporte y de divulgación. El PESE se encargó de elaborar materiales didácticos ya que para realizar la difusión de un Programa con estas características se necesitaba un material básico que incluyera los criterios de las líneas de trabajo con sugerencias concretas y ejemplos de actividades. Así se elaboró los **Cuadernos de Educación para la salud en la escuela** sobre diferentes temas relacionados con la salud:
- Seguridad y salud (1993).
 - Alimentación y nutrición (1994).
 - Salud mental (1995).
 - Prevención de las drogodependencias (1995).

Y **material audiovisual** relacionado con las líneas de intervención del programa (vídeos), éstos se pueden encontrar en cualquier Centro de Recursos Pedagógicos (CRP).

- La coordinación y la realización de actuaciones destinadas a garantizar las actuaciones de promoción y prevención sanitaria a los centros docentes. La colaboración, ayuda, organización en los exámenes de salud, el programa de prevención de la caries dental, el control y la realización de vacunas,
- La vinculación con los servicios sanitarios. Según la atención de demandas de carácter puntual (problemas de salud concretos: enfermedades transmisibles, niños con enfermedades crónicas, accidentes, etc).

Actualmente el Programa de Educación para la Salud en la Escuela es un programa interdepartamental entre los Departamentos de Educación y de Sanidad y Seguridad Social.

Orgánicamente está situado en el Servicio de Educación Especial y Programas Educativos de la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa del Departamento de Educación.

Las líneas de actuación se definen en la Comisión Interdepartamental formada por responsables de los Departamentos de Educación y de Sanidad y Seguridad Social.

Hoy por hoy la **finalidad** prioritaria del **Programa de Educación para la Salud (PESE)** es:

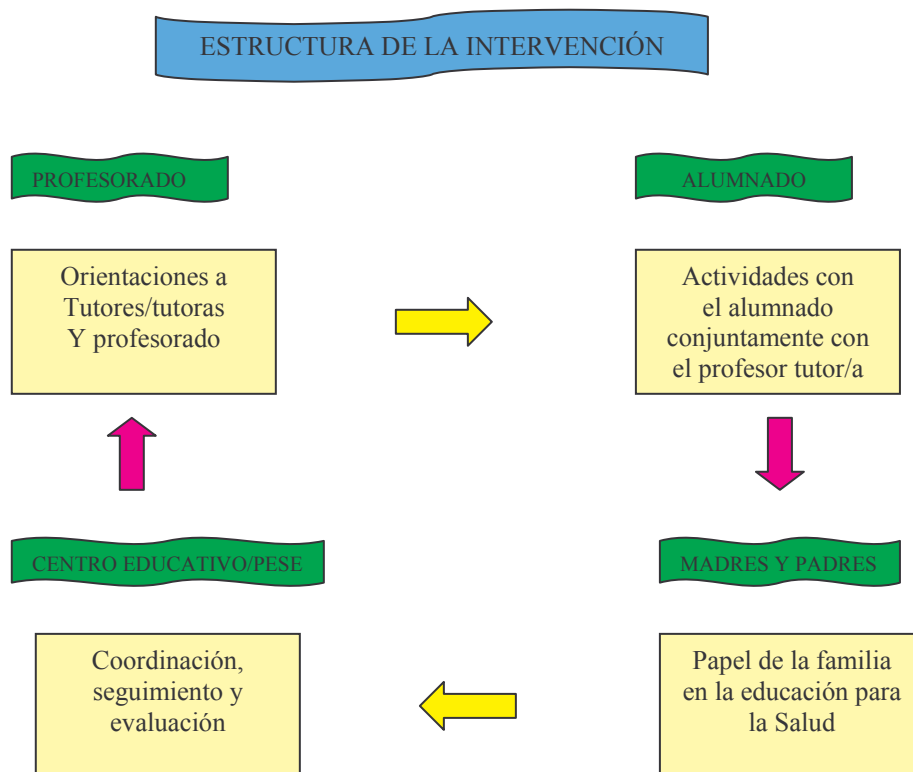
- Velar por la incorporación de la educación por la salud en todos sus aspectos (sexualidad y afectividad, hábitos alimentarios, alimentación en los comedores escolares, prevención de drogodependencias...) en los centros docentes, con la finalidad que el conjunto de la comunidad educativa consiga una actitud y un estilo de vida saludables.

Se siguen las mismas líneas de actuación que cuando se creó el programa pero se han incorporado dos nuevas áreas de intervención: la participación con la comunidad educativa y la colaboración con otras instituciones.

Como actividades de formación dirigidas a la comunidad educativa se puede decir que son intervenciones informativas, formativas dirigidas a alumnado, padres y madres, profesorado, etc.

La intervención se caracteriza por ser: flexible, personalizada, incidente en toda la comunidad educativa y con una metodología activa y participativa.

Esta estrategia pretende así la interacción entre los diferentes ámbitos que componen el conglomerado mediante la educación nutricional, la educación afectiva y sexual, la higiene y hábitos saludables, la prevención de drogodependencias.



Cuadro 3: Estructura de la intervención del PESE (Información de www.xtec.net/pese/presentació.htm del 27/09/2005).

En este cuadro podemos observar la relación comunicativa de carácter unidireccional que se da entre los distintos sectores educacionales. Zafra discrepa ya que *“esta información y formación debería ser bidireccional, es decir, que se estableciera un feedback comunicativo entre los diferentes actores que intervienen en el proceso”* (2004:50).

4. LAS ESCUELAS SALUDABLES.

El eje central de nuestra investigación es la Educación para la Salud en la escuela por lo que describiremos a continuación cómo podemos entender el concepto de escuela saludable o la escuela promotora de salud.

El concepto fue debatido a principios de los 80 y en la actualidad son bastantes los que piensan que, para que una escuela pueda ser así denominada, es necesario que toda la **comunidad educativa adopte, como compromiso, un planteamiento innovador, integrador y holístico a la promoción de la salud para tratar de desarrollar finalmente estilos de vida en un ambiente favorable a la salud.**

La Escuela promotora de Salud o escuela saludable es *“una escuela que refuerza constantemente su capacidad como lugar saludable para vivir, aprender y trabajar”* (OMS, 1998:22).

En el informe realizado por el grupo escocés de EpS “Scottish Good Health” (1989) sobre las Escuelas Saludables confeccionado para la OMS encontramos una lista de **objetivos que la escuela ha de cumplir para poder considerarse escuela saludable:**

1. Promover activamente la autoestima de todos los alumnos demostrando que cada uno puede contribuir a la vida de la escuela.
2. Desarrollar buenas relaciones en la vida cotidiana de la escuela entre docentes y discentes, y entre los discentes mismos.
3. Dejar claros a los profesores y alumnos los objetivos sociales de la escuela.
4. Proporcionar estímulos a todos los alumnos a través de una gran variedad de actividades.
5. Aprovechar todas las ocasiones para realzar el entorno físico de la Institución escolar.
6. Desarrollar buenas conexiones en los diferentes ámbitos: escuela, hogar y comunidad.
7. Desarrollar óptimas relaciones entre escuelas primarias asociadas y escuelas secundarias para planificar un currículo coherente de educación para la salud.
8. Promover activamente la salud y bienestar del personal de la escuela.
9. Tomar en consideración el papel modélico del personal en temas relacionados con la salud.

10. Considerar el papel complementario para el currículo de educación para la salud de las comidas escolares, si existe comedor.
11. Utilizar los servicios especialistas de la comunidad para asesorar y apoyar la educación para la salud.
12. Desarrollar el potencial educativo de los servicios sanitarios escolares más allá de los exámenes médicos rutinarios para un apoyo activo del currículo.

En el siguiente cuadro se expone la distinción entre las aproximaciones previas a la Educación para la Salud y al concepto de promoción de la salud en la escuela, y resume los aspectos fundamentales del Informe compilado y editado por Young y Williams, asesor y director del Grupo Scottish Health Education en 1989.

MODELO TRADICIONAL DE EPS	MODELO ESCUELA SALUDABLE
Ámbito exclusivo: el aula	Adopta una visión amplia que comprende todos los aspectos de la vida de la escuela y sus relaciones con la comunidad.
Se limita a la higiene y la salud física excluyendo otros aspectos más amplios de la salud.	Se basa en un modelo de salud que incluye la interacción de los aspectos físicos, mentales, sociales y ambientales.
Se limita a dar normas y pautas (transmisión de información y adquisición de conocimientos)	Se centra en la participación activa de los alumnos con una amplia gama de métodos, desarrollando las destrezas de éste.
Carece de enfoque coherente que tenga en todas las influencias que actúan sobre los alumnos.	Reconoce la amplia gama de influencias sobre la salud de los alumnos y tiene en cuenta sus creencias, valores y actitudes.
Tiende a responder a una serie de problemas o crisis detectadas a nivel individual.	Reconoce que muchos procesos son comunes a todos los planteamientos de salud y que éstos se deben planificar con antelación como parte del currículum.
Le da poca importancia a los factores psico-sociales relacionados con la génesis del comportamiento saludable.	Ve el desarrollo de la autoestima y de la autonomía personal son fundamentales para la promoción de la salud.
Reconoce parcialmente la importancia de la escuela y su entorno.	Reconoce la importancia del ambiente físico de la escuela en términos de estética y también los efectos psicológicos directos sobre alumnos y enseñantes.
No presta una consideración activa a la salud y bienestar del personal de la escuela.	Considera la promoción de la salud a la escuela como factor importante para todas las personas que conviven. Reconoce el papel de ejemplarizador del profesorado
No involucra activamente a los padres en el desarrollo de un programa de educación para la salud.	Considera que el soporte y la cooperación de los padres es central en la escuela promotora de salud.
Los servicios de salud escolar solamente intervienen en los exámenes de salud y en la prevención de enfermedades.	Plantea una visión más amplia de los servicios de salud escolar que incluye la prevención y los exámenes de salud, pero también la participación activa en el desarrollo de currículum.

Cuadro 4: Diferencias entre el modelo tradicional de EpS y el modelo de escuela saludable (Adaptado de: Vertio, H: Helalth Promoting School. OMS, 1990).

Ser una escuela saludable no solamente consiste en realizar la Educación para la Salud como eje transversal sino que consiste en hacer de la salud un modelo de vida, un hacer cotidiano que facilita una mejor calidad de vida y una mejor forma de hacer y actuar.

La escuela saludable tiene *“la responsabilidad de presentar a sus alumnos información adecuada sobre la salud. También debe ayudar a los alumnos a aclarar sus actitudes y comprender los valores que yacen detrás de elecciones saludables, ayudándoles así a hacer estas elecciones. Al hacerlo así la escuela debe reconocer la gama de valores que se pueden encontrar en temas relacionados con la salud dentro de la comunidad a la que sirve. Por supuesto, esto es, una tarea difícil. También la escuela tiene la responsabilidad de demostrar valores que promueve”* (OMS, 1998:27).

Según el Informe del grupo escocés de Educación para la Salud existen tres elementos esenciales en una escuela saludable como son:

- En primer lugar, la Educación para la Salud que se enseña a través del currículum establecido. En nuestro continente esta temática se imparte raramente como una asignatura independiente sino que está inmersa dentro de otras áreas clave del currículum como educación física, ciencias, lenguaje, educación ambiental, etc.
- En segundo lugar, las consideraciones de salud deben impregnar lo que se conoce como el currículum oculto o el carácter de la escuela. Teniendo en cuenta las relaciones de preocupación en la escuela, los ejemplos dados por los profesores, el entorno físico, las instalaciones de la escuela y muchos otros aspectos de la vida escolar.
- El tercer elemento lo proporciona las relaciones desarrolladas entre el hogar, la escuela y la comunidad circundante con sus servicios y su entorno global.

A nivel Europeo y para llevar a cabo la implantación de las escuelas saludables se crea un proyecto llamado: **Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS)**.

Tiene su aparición al inicio de la década de los 90 como resultado de la celebración de encuentros y conferencias internacionales específicas organizadas por la Comisión de la Unión Europea (CUE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Europa (CE).

La intención con que se proyectaba esta red era establecer en la zona europea de la OMS un grupo de escuelas modelo que permitieran demostrar el impacto de la política y la práctica de las Escuelas Promotoras de Salud en el más amplio de los sectores educativo y sanitario, tanto a nivel nacional como internacional. Siendo el principal objetivo de la REEPS conseguir una escuela saludable que facilitara la adopción por toda la comunidad educativa de modos de vida sanos en una ambiente favorable de salud.

La Escuela promotora atiende a los objetivos siguientes:

- Favorecer modos de vida sanos y ofrecer a los colectivos docente y discente opciones realistas y atractivas en materia de salud.

- Definir objetivos claros de promoción de la salud y de seguridad para el conjunto de la comunidad escolar.
- Ofrecer un ambiente de trabajo y de estudio dirigido a la promoción de la salud, donde se tengan en cuenta: las condiciones del edificio escolar, las condiciones de los espacios deportivos y de recreo, los comedores escolares y los aspectos de seguridad de los accesos,
- Desarrollar el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud.
- Posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico y social, y la adquisición de una imagen positiva de sí mismos en todo el alumnado.
- Favorecer óptimas relaciones entre todos los miembros de la comunidad escolar y de ésta con su entorno.
- Integrar de forma coherente la Educación para la Salud en el Proyecto Curricular, utilizando metodologías que fomenten la participación del alumnado en el proceso educativo.
- Proporcionar a los alumnos y alumnas los conocimientos y habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a su salud personal o que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad de su entorno.
- Identificar y utilizar los recursos existentes en la sociedad para desarrollar acciones a favor de la promoción de la salud.
- Ampliar el concepto de los servicios de salud escolar para hacer de ellos un recurso educativo que ayude a la comunidad escolar a utilizar adecuadamente el sistema sanitario.

España se adhiere al proyecto REEPS en 1993 mediante el trabajo combinado de los sectores educativo y sanitario. El Centro de Apoyo y Coordinación Nacional de la REEPS está ubicado en el Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE) de la Dirección General de Educación y Formación Profesional del Ministerio de Educación y Ciencia (www.mec.es/cide).

Cada Comunidad Autónoma constituye a su vez una Comisión de Coordinación Autonómica (u órgano equivalente) en la cual integra tanto a los sectores educativos y sanitarios. Esta Comisión es la responsable de la selección de los centros educativos de su comunidad que a partir de ciertos criterios que han de cumplir en el Proyecto Educativo podrán o no integrarse en la red.

La condición sine qua non que deben tener las escuelas participantes es el empeño en hacer de su centro un lugar de promoción de salud, inmerso tanto en el Proyecto Educativo de Centro como en el Proyecto Curricular, así como a la participación de la comunidad y el mantenimiento de un entorno saludable en el centro educativo.

Los Centros educativos que están integrados en la red deben:

- Establecer un programa de promoción de salud con una duración mínima de tres años. Actualmente existe una modalidad **A** que es por un período de dos años.
- Elaborar proyectos de incidencia local y con proyección europea para que se puedan servir de modelo para prácticas adecuadas.
- Construir un equipo responsable del proyecto en el centro educativo, que contará con un maestro/profesor del claustro como coordinador del proyecto.
- Atribuir al proyecto un carácter prioritario dentro de las actividades escolares, incluyéndolo en el Proyecto Educativo de Centro.
- Proponer actividades de Promoción de Salud para jóvenes y adolescentes, que favorezcan actitudes de apoyo y solidaridad, que estimulen la responsabilidad personal y colectiva respecto de la salud y que sirvan de sensibilización hacia los principios y normas de seguridad.
- Asumir las tareas necesarias para hacer comprender y conocer las actividades vinculadas a la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud y facilitar la evaluación y difusión de los resultados.

En Catalunya el proyecto REEPS se denomina **XEEPS “xarxa d’escoles europees promotores de salut”** (se incorpora dentro del Programa de Educación para la Salud en la Escuela).

En un principio Catalunya participó en el Proyecto con 8 escuelas. El final del Proyecto y su evaluación se produjo en el año 1998. Nuestra comunidad optó por continuar su proyecto, participando en el Proyecto Forum 2004 en temas de sostenibilidad, diversidad cultural y otros.

En la actualidad participan 54 centros educativos, 23 escuelas de Primaria, 29 Institutos de Secundaria, 1 Centro de Educación Especial y 1 Guardería. Observando la comarca del Baix Camp podemos decir que pertenecen a la Red 2 escuelas de Educación Primaria, ubicadas en la ciudad de Reus y 3 Institutos de Secundaria, uno ubicado en la anterior ciudad y los restantes son de pueblos cercanos.

Los Proyectos que actualmente están en vigor han estado aprobados por la Resolución Ensenyament 2755/2003, de 20 de junio, por la que se aprueban los Proyectos seleccionados para su inclusión en la Xarxa o Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud durante tres cursos consecutivos correspondientes al periodo 2003-2006 saliendo registrados en el DOGC nº 3970.

En cuanto a las actividades que la “Xarxa d’Escoles Europees promotores de salut”, XEEPS ha llevado a cabo en el año 2004 son:

- Actividad de educación afectivo-sexual.

- Proyecto de educación nutricional.
- El Parlamento estudiantil.

También se está llevando a cabo en diferentes centros educativos proyectos en prevención de las drogodependencias y de las conductas de riesgo.

5. RESUMEN.

En este capítulo, se compara el tratamiento de la Educación para la Salud en las tres últimas leyes educativas: LOGSE, LOCE y LOE y comentamos la nueva área que se incorpora en el curso escolar 07-08 llamada Educación para la ciudadanía y los derechos humanos que se desarrolla en el tercer ciclo de Educación Primaria.

Los ejes transversales son temas determinados por situaciones problemáticas o de relevancia social que impregnan todos los contenidos de las áreas o disciplinas del currículum. Estos temas pueden ser: la educación moral y cívica, la educación para la igualdad de oportunidades de sexo, la educación en la sexualidad, la educación ambiental, la educación del consumidor, la educación para la paz, la educación vial y la Educación para la Salud.

La EpS está presente no sólo formando parte de contenidos explícitos sino también del llamado “currículum oculto” (aquellos aspectos que, aunque no son observables a simple vista, juegan un papel muy importante en la interpretación de los significados y en una serie de valores que se acaban admitiendo sin que seamos del todo concientes de ello).

Seguidamente tratamos el desarrollo curricular en Educación para la Salud en las escuelas de Educación Primaria; teniendo en cuenta que nuestra investigación se basa íntegramente en normativa LOGSE, analizamos los diferentes contenidos que se pueden tratar en este eje transversal y ofrecemos un ejemplo de contenidos de CM y CS de Educación para la Salud que se pueden aplicar en un centro. También exponemos las estrategias metodológicas y orientaciones didácticas e indicamos una buena selección de materiales y recursos para realizar una óptima Educación para la Salud.

El Programa de Educación para la Salud en la Escuela (PESE) que se realiza desde los Departamentos de Educació y Sanitat de la Generalitat de Catalunya vela por la incorporación de la EpS, en todos sus aspectos, en las escuelas, con el propósito de que el conjunto de la comunidad educativa consiga una actitud y un estilo de vida saludables.

Finalmente abarcamos el tema de las escuelas saludables o escuelas promotoras de salud que se puede definir como un centro docente que fortalece constantemente su capacidad como sitio saludable para vivir, aprender y trabajar, y comentamos el Proyecto: Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) que tiene su aparición al inicio de la década de los 90 y cuya finalidad es la de conseguir una escuela saludable que proporcione la adopción por toda la comunidad educativa de modos de vida sanos en un ambiente favorable de salud. En la comunidad catalana este proyecto se denomina XEEPS “Xarxa d’Escoles Europees Promotores de Salut”. Actualmente encontramos en nuestra comarca, el “Baix Camp”, 5 centros que forman parte de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud.

Capítulo III: AGENTES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. LOS AGENTES DE EPS EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA.

1.1. EL ALUMNO: ASPECTOS EVOLUTIVOS Y PSICOPEDAGÓGICOS DEL NIÑO EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN PRIMARIA (6-12 AÑOS):

1.1.1. TEORÍAS DEL DESARROLLO	82
1.1.2. EL DESARROLLO PSICOMOTOR	85
1.1.3. EL DESARROLLO COGNITIVO	86
1.1.4. EL DESARROLLO AFECTIVO-EMOCIONAL	87
1.1.5. EL DESARROLLO SOCIAL	89
1.1.6. LA EPS Y SUS IMPLICACIONES EDUCATIVAS EN LOS ALUMNOS DE CM Y CS DE LA EP	90

1.2. LA FAMILIA:

1.2.1. LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA	81
1.2.2. LA RELACIÓN FAMILIA Y ESCUELA Y SU IMPLICACIÓN EN LA EPS	97

1.3. EL PROFESORADO:

1.3.1. EL PROFESORADO EN UNA SOCIEDAD DINÁMICA	102
1.3.2. LA FUNCIÓN DOCENTE	104
1.3.3. EL PROFESOR EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	107

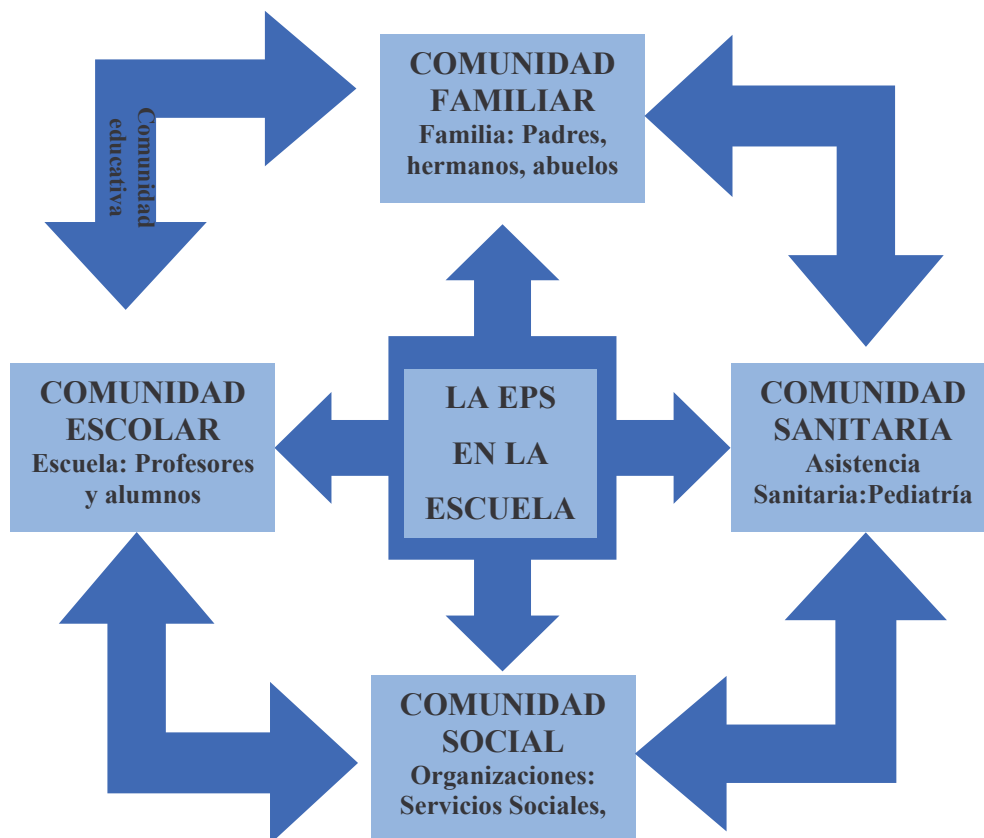
1.4. LA INSPECCIÓN DE EDUCACIÓN Y LOS EQUIPOS DE ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN PSICOPEDAGÓGICA (EAP):	
1.4.1. LA INSPECCIÓN DE EDUCACIÓN	111
1.4.2. LOS EQUIPOS DE ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN PSICOPEDAGÓGICA (EAP)	112
2. LOS AGENTES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD SANITARIA Y SOCIAL.	
2.1. EN LA ATENCIÓN PRIMARIA SANITARIA:	
2.1.1. CONCEPTO Y FUNCIONES	116
2.1.2. EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	118
2.2. EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES:	
2.2.1. CONCEPTO Y FUNCIONES	121
2.2.2. EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA	123
3. RESUMEN	127

El capítulo que realizamos a continuación es el más extenso ya que describimos las diferentes comunidades implicadas en la EpS escolar y a sus respectivos agentes.

Antes de iniciarnos en el análisis de los apartados hemos creído conveniente definir el papel del agente de Educación para la Salud, su rol y su perfil profesional.

Por agentes de Educación para la Salud se pueden considerar todas aquellas personas que se involucran en la formación integral del alumno, *“en un sentido amplio, son agentes de educación sanitaria todas aquellas personas de la comunidad que contribuyen a que los individuos y grupos adopten conductas positivas de salud. Muchas de estas personas no tienen la educación sanitaria como actividad principal, pero en su trabajo diario tienen múltiples oportunidades de transmitir mensajes de salud”* Salleras (1985:77). Las comunidades agentes de la EpS que contribuyen en la formación del niño son: la familiar, la escolar, la sanidad y la social.

Por lo que podemos decir que la Educación para la Salud en la escuela depende de la implicación de todas las comunidades donde se desarrolla la persona:



Cuadro 5: Implicación de las diferentes comunidades en la EpS escolar

Somos conscientes de la implicación en Educación para la Salud de las diferentes comunidades intervinientes y sus agentes (esquema) pero es tal la amplitud de aspectos

a analizar que para realizar nuestra tesis hemos acotado y analizado dos comunidades que pensamos prioritarias, como son la escolar y la familiar, y que unidas constituye la denominada comunidad educativa, término que nos parece más apropiado. Realizamos una breve descripción teórica de la comunidad sanitaria y de la comunidad social, para percibir la EpS de una manera global, íntegra, pero no investigaremos sus agentes.

Un posicionamiento similar es el que aborda García, Sáez, y Escarbajal (2000:17) que nos comentan *“cualquiera que sea el campo específico donde actúen, los educadores para la salud pretenden mejorar la salud de todos los que intervienen en las relaciones sociales: individuos, grupos, comunidades, instituciones específicas (comunidades médico-sanitarias) o inespecíficas (organizaciones de la comunidad). Ahora bien, ¿quiénes son los educadores para la salud? De acuerdo con Greene y Simons-Morton (1988), potencialmente todo individuo o grupo social puede ser un agente educativo para la salud. Incluso se considera que uno de los mayores éxitos alcanzados por la Educación para la Salud estriba precisamente en el hecho de que muchos actores y agentes sociales se hayan responsabilizado de operar en este área socioeducativa.”*

O como argumenta Gil (1999:10): *“todos somos a la vez agentes de la educación para la salud y sujetos de la misma”*.

Antiguamente se pensaba que los únicos responsables en la Educación para la Salud eran los profesionales sanitarios. A partir de debates y reflexiones sobre quién realizaba este proceso educativo pudieron establecer dos posturas bien diferenciadas Fortuny y Molina (1998:21):

- Defender la existencia de profesionales especializados.
- Defender que los profesionales atiendan a los usuarios.

Autores de la primera postura son Greene, y Simons-Morton (1988:31): *“El educador para la salud es un especialista del equipo de salud que diagnostica estos problemas desde un punto de vista educacional y ayuda a resolverlos mediante la selección y uso de métodos educacionales sólidos preparados para ciertas necesidades educaciones en particular”*.

Salleras (1985:78) denomina al especialista en Educación para la Salud como *“educador sanitario”* y cuya intervención abarca diferentes comunidades: escolar, sanitaria o social. Podríamos decir que este es el criterio que se sigue en EEUU y no en nuestro país.

La segunda postura es la que ha sido más consensuada, autores como Reyzábal y Sanz (1995) Serrano (1998), Fortuny y Molina (1998), Gil (1999), García, Sáez y Escarbajal, (2000), Gavidia y Rodes (2000) son del mismo criterio. Desde esta óptica se adecua más a los principios de la Educación para la Salud ya que:

- El contacto de los profesionales con los usuarios proporciona un mayor conocimiento de éstos (características personales, del entorno, intereses, preocupaciones, opiniones, ...).

- Existe un nivel de confianza que facilita la participación.
- Permite integrar la salud en el mismo proceso de intervención.
- Permite valorar de forma continuada resultados y efectos.

Fortuny y Molina (1998:21) nos comentan que *“la tendencia a trabajar en equipos interdisciplinarios, favorece este enfoque, porque permite incorporar diversas perspectivas en la actuación, de forma que se complementan. Al mismo tiempo, la relación entre los sectores sociales implicados posibilitará el refuerzo de las acciones y les dará coherencia”*.

Queral en su tesis hace referencia a *“la necesidad que la experiencia educativa contemple la perspectiva de la multidisciplinariedad y la intradisciplinariedad, es decir, la experiencia compartida por los miembros o los alumnos de diferentes profesiones que a través de unas metas y objetivos comunes, determinados por las necesidades detectadas, llevan a cabo un trabajo mancomunado según sus competencias y habilidades técnicas y en coordinación con las funciones de cada uno (2000:618)*.

Estamos totalmente de acuerdo con este enfoque multidisciplinar porque permite incorporar diversas perspectivas de actuación ya que para una buena intervención en la Educación para la Salud necesitamos personal médico, docentes, trabajadores sociales, educadores sociales, educadores de barrio, técnicos de educación de ayuntamientos,...

Por lo tanto encontramos agentes de salud muy diferentes según el contexto en dónde nos ubiquemos. Podemos clasificar los siguientes ámbitos:

- **Sanitario:** Equipos formados por médicos, diplomados en enfermería, auxiliares sanitarios, farmacéuticos, profesionales de trabajo social.
- **Social:** Equipos formados por pedagogos, educadores sociales, psicólogos y profesionales sanitarios.
- **Educativos:** Centros de formación reglada formado por alumnos, maestros, educadores, psicólogos, pedagogos, asistentes sociales, trabajadores sociales y personal sanitario que forman parte de equipos interdisciplinarios que intervienen en las escuelas. Centros de formación no reglados, como pueden ser, centros cívicos, “esplais”,... pudiendo ser agentes los monitores, educadores o incluso voluntariado.
- **Familiar:** Los padres, madres, los niños propiamente, los hermanos y el resto de familia.

Describir el papel que tiene el educador para la salud **resulta complicado y más si partimos desde una perspectiva dinámica y multidisciplinar de la Educación para la Salud.**

Ware y Cols. 1978 (en Greene y Simons-Morton, 1988:32) entienden el papel del educador como el de personas que tienen:

- “El conocimiento de los determinantes de la conducta y de las estrategias para tratar con éstas cualquier elemento especificado de conducta relacionado con la salud.
- Un cúmulo de conocimientos y habilidades que pueden ayudar a la gente en su cuidado propio.
- Las habilidades para ayudar a la gente a evaluar alternativas posibles por sus acciones.
- La responsabilidad de ayudar a la gente no sólo a estar saludables sino a estar saludables con algún fin, se relacione o no con el estado de salud.”

Pero además son los responsables de:

- Comunicar necesidades, preocupaciones y recursos de la Educación para la Salud.
- Determinar el enfoque apropiado de la Educación para la Salud.
- Plantear programas de Educación para la Salud según las necesidades.
- Ejecutar programas planeados de Educación para la Salud.
- Evaluar los programas de Educación para la Salud.
- Coordinar actividades selectas de Educación para la Salud.
- Actuar como un recurso de Educación para la Salud.

“El rol de educador para la salud ha de ser de motivador, planificador, orientador, selector de métodos, y pautas de acción, interpretador de la interacción, investigador de su acción, evaluador estimulador de procesos y resultados” Serrano (1998:475).

Analizado el perfil del profesional responsable de la Educación para la Salud se puede afirmar *“que han de tener una **formación generalista**, pero siempre vinculada a alguno de estos ámbitos de conocimiento como: **la salud, la psicología, las ciencias de la educación o la sociología, pilares conceptuales de la Educación para la Salud**”* (Serrano, 1990:49).

Por lo tanto el profesional de la Educación para la Salud es una persona conocedor del tema, motivada por el trabajo, enérgico, con una implicación social, conocedor del entorno y de sus necesidades, con capacidad de comunicar y relacionarse, que establece relaciones entre los diferentes profesionales de la zona,...

Para una intervención cualificada, se exige a los educadores para la salud una formación integral que empieza por un trabajo de autoreflexión y autoconocimiento. Es imprescindible ayudar al educador a desarrollar su propio campo de competencias personales y sociales (Goleman, 1995):

Competencias personales:

- Autoconsciencia: conocer nuestros estados interiores, preferencias, recursos e intuiciones.
- Autocontrol: dominio de los estados interiores, impulsos y recursos.
- Motivación: tendencias emocionales que facilitan el cumplimiento de objetivos.

Competencias sociales tenemos:

- Comunicación asertiva.
- Capacidad de escuchar y de afrontar.
- Empatía.

Es indispensable desarrollar capacidades personales de autoayuda para conseguir superar las limitaciones interiores: aprender a detectar sus pensamientos distorsionados, entender la relación entre situaciones, pensamientos y sentimientos, así como registrar los pensamientos automáticos negativos acerca de sí mismo, el futuro o las dificultades del presente. Claro está, nuestros pensamientos determinan nuestras conductas y sentimientos (García y Menéndez, 1999).

El educador en Salud, antes de realizar tareas complejas en Educación para la Salud, debe aprender a mejorar su autoestima, condición “sine qua non” para el desarrollo de habilidades sociales y de asertividad.

Además de desarrollar la autoconciencia del educador para la Salud también consideramos oportuno promover la capacidad creativa de éste.

En el proceso de creatividad se constatan tres tipos de factores: cognitivos, afectivos y ambiental. La creatividad es única en su naturaleza pero plural en sus manifestaciones, es algo más que un pensamiento. Los sentimientos, los conocimientos y las influencias ambientales interactúan en cualquier actividad humana (De la Torre, 1995).

Necesitamos un educador culto, abierto y creativo, capaz de promover el desarrollo de conocimientos útiles de crear un clima socio-emocional positivo y de promover refuerzos y juicios positivos estimulando respuestas reflexivas (Espejo, 1996).

Por lo que el educador de salud ha de ser un mensajero con habilidad para enseñar a pensar a sentir y a tomar las mejores decisiones, promoviendo las competencias de los individuos para evitar los comportamientos perjudiciales para la salud.

Una prioridad en el contexto de las metas de salud es la promoción de competencias técnico-pedagógicas de los educadores. Las estrategias de educación para la salud implican una gran combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinadas a facilitar cambios voluntarios para comportamientos saludables. Por lo que la formación de educadores de salud “*requiere, necesariamente, un esfuerzo integrado de conocimiento para la acción y de acción para el conocimiento*” (Alves, en Flores, 2003:119).

1. LOS AGENTES DE EDUCACIÓN PARA SALUD EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA.

En un principio nos detendremos en analizar el **concepto de comunidad educativa**. Díez la define como *“la vida en común de las personas que, libremente, y bajo un mismo sentido filosófico del hombre y del mundo, se comprometen en el amor y en el servicio para ayudar a ese hombre a que se realice como tal hombre”* (1980:14).

La comunidad educativa puede nacer donde quiera que haya un grupo de personas que se unan para realizar en común un quehacer educativo.

El centro escolar no solo debe atender a las relaciones de estructura interna sino también a las relaciones que la Institución y la actividad escolar necesariamente establecen con su entorno.

La escuela es una comunidad pequeña inserta en otra mayor de la cual recibe influencia y en la cual, a su vez, influye. Más concretamente, se podría decir que la *“sociedad educa a la escuela y la escuela educa a la sociedad”* (Gómez, 1986:108).

La tradicional idea de la institución escolar como una entidad constituida por estudiantes y profesores, ha de ser enriquecida por la más amplia de comunidad educativa, en la que la iniciativa y el trabajo personal de los alumnos constituyan el centro de las preocupaciones, pero teniendo presente y operativa la idea de que la educación se halla constantemente condicionada por los estímulos sociales y, a su vez, sus objetivos han de trascender a la propia persona para influir en la vida social.

La palabra comunidad es ahora un símbolo de renovación en todos los campos de interacción de las personas. La comunidad se constituye por los elementos que intervienen en un proyecto educativo. Se fundamenta en la participación dinámica, real y de beneficio dentro de la comunidad. Los elementos que intervienen en una comunidad educativa pueden ser los elementos primarios como son: profesores, alumnos y padres de familia y los elementos por extensión: servicios educativos como pueden ser EAP, trabajadores sociales de Ayuntamientos, Inspectores, personal administrativo, servicio sanitario, etc.

Por todo ello podemos decir que *“la escuela es una comunidad establecida artificialmente que tiene asignadas funciones educativas. Configurada por aquellos colectivos que tienen relación con los procesos formativos de los alumnos, profesores, alumnos y familias, en sentido estricto y entorno en sentido amplio, se caracteriza por sentir identidad y pertenencia a esa escuela, y mantener valores, normas y creencias compartidos que los diferencia de otros grupos, de manera que la cultura escolar da cohesión y sustento a la comunidad educativa”* (Álvarez y Pascual, 2004:340).

En este nuevo concepto de comunidad educativa están implicados directamente tres colectivos: los profesores, los padres y los menores, que en la escuela son alumnos y en la familia son hijos (éstos tres agentes tan importantes en Educación para la Salud serán analizados en nuestra investigación). Indirectamente, también están comprometidos todos los pertenecientes a la comunidad social en cuyo seno existe la escuela.

Nuestra investigación analizará otros agentes relacionados con la Educación para la salud que están inmersos en la comunidad educativa como son: los trabajadores sociales de los EAPs (Equips d' Assessorament i Orientació Psicopedagògics), los inspectores de educación y el responsable del programa PESE.

1.1. EL ALUMNO: ASPECTOS EVOLUTIVOS Y PSICOPEDAGÓGICOS DEL NIÑO DE CM-CS EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN PRIMARIA (8-12 AÑOS):

1.1.1. TEORÍAS DEL DESARROLLO.

Hablaremos del desarrollo psicológico pero sin caer en la polémica de quién tiene más importancia la herencia o el medio ambiente como comenta Palacios, en Coll y otros (1990:25): *“las cosas se plantean en días de manera muy diferente. Puesto que es de sentido común aceptar que nuestro comportamiento y desarrollo se ven influidos y determinados tanto por aspectos genéticos como por aspectos ambientales, el problema fundamental estriba en conocer cómo se relacionan los unos con los otros, y en establecer si hay momentos del desarrollo o contenidos evolutivos en los que, en la interacción entre lo dado por la herencia y lo adquirido en contacto con el entorno, uno y otro aspecto juegan un mayor o menor papel determinante”*.

Desde una posición educativa nos hemos de centrar en los aspectos susceptibles de ser modificados con una intervención adecuada a las características ligadas a aspectos genéticos que no son susceptibles de ser modificados convirtiéndose en condiciones ineludibles.

La Psicología Evolutiva nos acerca al conocimiento del desarrollo humano. En opinión de Monedero (1976) es la ciencia del hombre concreto que, estudia las etapas o estadios evolutivos del desarrollo definidos por un conjunto de rasgos más o menos estables o estructurados.

Las teorías del desarrollo intentan generar modelos de cómo y cuándo diferentes factores internos y externos al individuo interactúan para dar lugar al desarrollo.

Siguiendo a Sala Roca (2002:12-16) las teorías que intentan explicar el desarrollo pueden clasificarse en las que utilizan **determinantes simples** y las que utilizan **determinantes complejos**. Entre las primeras se pueden incluir **las etológicas, las sociobiológicas, las genéticas, las neurológicas y las modulares**. Y entre las segundas están las teorías que explican el desarrollo como un proceso de reorganización interna, como son **las piagetianas y neopiagetianas y las socioculturales**.

Las teorías etológicas están representadas fundamentalmente por Niko Tinbergen y Konrad Lorenz ya que son iniciadores de la etología en los años treinta. Lorenz se centró fundamentalmente en las pautas de conducta innata. Para él las capacidades innatas de cada persona eran el resultado de los aprendizajes adquiridos por la especie en el proceso de adaptación al medio a lo largo de la historia filogenética de la especie. Tinbergen tenía una posición más interaccionista entre ambiente y aprendizaje.

Posteriormente las teorías sociobiológicas integran la etología, la ecología y la genética de poblaciones. En estas teorías se intenta sintetizar las ideas de la mutación aleatoria y la selección natural, planteando que las adaptaciones de las diferentes especies es la forma en que los diferentes individuos de la especie luchan por perpetuar los genes del individuo. Dos autores importantes según Sala Roca serían Nottebohm (1975) con su principio de exclusión competitiva y Bowlby (1976) con la teoría del vínculo de afección.

Las teorías genéticas se desarrollaron a partir de la década de los años setenta. La genética de la conducta intenta analizar el peso genético y el ambiental en las conductas mediante estudios de mellizos, de adopciones y de familias. Una de las teorías que ha tenido más repercusión ha sido la de Scarr (Scarr y McCartney, 1989) que considera que en la interacción genes-medio los genes no solamente afectan para dirigir como se construye el sistema nervioso, sino que también tienen un papel importante en la determinación de qué manera afectará los procesos de aprendizaje.

Las teorías neurológicas intentan explicar el desarrollo integrando los aspectos etológicos y neurológicos. Entre estas teorías destaca la de Johnson y Morton (1991) las cuales a partir de sus estudios en el desarrollo visual postulan que la interacción entre ambiente y genotipos se daría en diferentes niveles. Estos autores distinguen entre el ambiente interno del externo. El primero se refiere a las influencias entre los diferentes genes del individuo que determinan y modulan su expresividad (grado en que una determinada característica del genotipo se manifiesta en el fenotipo). El segundo se refiere al ambiente del mundo externo, que interaccionaría con el resultado del primer ambiente; es decir, los factores del medio interaccionarían con los factores genéticos. Por otro lado, dentro del ambiente externo se diferencia el ambiente típico de la especie, que compartirían todos los individuos de la especie, y el ambiente específico del individuo, que sería el que daría lugar a las experiencias personales.

Las teorías modulares se han originado en el trabajo de Chomsky, que defendía un dispositivo innato para la adquisición del lenguaje diferente de otros mecanismos cognitivos. A partir de este trabajo se han originado diferentes teorías que postulan módulos especializados en el procesamiento de la sintaxis. Una de las teorías modulares que ha tenido un impacto muy importante en los estudios del desarrollo actuales es la teoría de la mente, término que se refiere a la habilidad por atribuir estados mentales (creencias e intenciones) de los otros y de sí mismos.

La teoría de Piaget ha sido una de las que más impacto ha tenido, tanto en el campo de la psicología evolutiva, como en el campo de la educación. Piaget consideraba que la cognición humana es una red de estructuras mentales creada por el mismo organismo para poder dar sentido a la experiencia y adaptarse mejor al medio. Desde esta óptica constructivista, el niño descubre prácticamente todo su conocimiento a partir de su propia actividad. El niño selecciona e interpreta las experiencias en función de las estructuras actuales y que son motivadas de forma que se adapten a los aspectos más detallados de la realidad. La cognición del niño evolucionaría siguiendo cuatro etapas (siempre en un orden fijo) a través de las cuales se transforma la conducta exploratoria en el pensamiento lógico deductivo más abstracto: la sensoriomotora, la preoperacional, la de las operaciones concretas y las de las operaciones formales.

Las teorías neopiagetianas intentaron resolver los problemas no resueltos por la teoría de Piaget. Entre estas teorías destacan la de Case y “la teoría de la teoría”.

Case considera que la transición de un estadio al siguiente se produce por la integración jerárquica de las estructuras generadas en el estadio previo. Esta integración requiere activar un conjunto de estructuras ya existentes y reconocer la utilidad funcional de la nueva secuencia, recodificarla y consolidarla. En cada estadio el niño sería capaz de utilizar simultáneamente más estrategias y así aumentaría su capacidad de procesar la información. Para conseguir esta integración el niño utilizaría procesos reguladores generales, como puede ser la solución de problemas, la exploración, la imitación y la regulación mutua con otras personas.

Con el término teoría de la teoría se hace referencia a todo un conjunto de teorías en las cuales se considera el niño como un teórico espontáneo que va reconstruyendo y reorganizando sus teorías a lo largo del desarrollo. Entre estas propuestas destaca la de Karmiloff-Smith, que considera que los recién nacidos tienen unos conocimientos innatos de tipo modular que restringirán los aprendizajes posteriores.

Las teorías socioculturales se inician con el trabajo de Vygotsky que considera que en el desarrollo cognitivo del niño no solo interviene el mismo niño, sino que también tiene un papel importante el entorno social. Este autor considera que en el momento de nacer los niños tienen capacidades compartidas con otros animales como pueden ser la percepción y la memoria. El desarrollo de la capacidad de representación mental se produciría fundamentalmente mediante el lenguaje que les permite el diálogo social y posteriormente el diálogo con uno mismo (habla privada) que se interiorizará. Estos diálogos con uno mismo tienen un papel clave en la organización de los procesos cognitivos superiores como la atención controlada, la memorización y el recuerdo, la categorización, la planificación, la reflexión, etc. El juego simbólico tiene un papel muy importante en la teoría sociocultural de Vygotsky, ya que éste lleva a la formación de ideas separadas de los objetos y desarrolla el autocontrol por la presencia de reglas autoimpuestas en el juego. Para este autor el juego simbólico comienza en la interacción con el entorno social.

Para Sala Roca (2002) hay otros autores como Luria, Leontiev, ... que han incidido en el papel que tiene el contexto cultural en el desarrollo. Las diferentes culturas proveerían diferentes recursos intelectuales, y los individuos se apropiarían de los conocimientos y técnicas de su entorno por un proceso de desarrollo guiado socialmente. La diversidad cultural establecería posibilidades de desarrollo diferentes, y las prácticas educativas formales, no formales o informales de cada cultura determinarían las características de las personas pertenecientes a aquella cultura.

Está claro que somos fruto de una genética, de una transmisión cultural adquirida y de una experiencia que acaba de conformar nuestra manera de ser y actuar. Las implicaciones educativas (al no ser seres inalterables) son muy importantes y las veremos posteriormente.

Estamos de acuerdo con Gómez-Ocaña y Rius (1998) en que se ha de tener en cuenta que las etapas o estadios son siempre “vectores temporales de referencia” que adoptan modos diferenciales de desarrollo intelectual, psicomotor, de reacciones afectivas y

comportamientos sociales. No se deben suponer estadios absolutos e inamovibles, sino, por el contrario, hay que aceptarlos como indicadores que resultan enormemente eficaces y útiles para aproximarnos mejor al conocimiento de la persona en cualquiera de las edades en que ésta se encuentre.

1.1.2. EL DESARROLLO PSICOMOTOR.

Características	CM (8-10 años)	CS (10-12 años)
Flexibilidad	Recuperación de extensibilidad en el ángulo poplíteo y sigue evolucionando en sentido regresivo la flexibilidad en los miembros superiores.	La extensibilidad a finales de los 12 años se estabiliza y queda establecida con carácter permanente para toda la vida.
Coordinación	Movimientos bastante “limpios” en brazos y piernas. Coordinación de movimientos simultáneos más significativo en los miembros superiores que los inferiores.	Se consolida la independencia de movimientos en los distintos grupos musculares.
Esquema corporal	Discrimina la izquierda y la derecha en los demás. Esta complementando el conocimiento de la localización, nombre y función de las distintas partes del cuerpo así como el concepto de las proporciones corporales.	El conocimiento derecha.-izquierda esta adquirido a los 11 años en el individuo y fuera de el, en los objetos y en otra persona. Los cambios físicos son el motivo principal de las preocupaciones en los niños de 11 y 12 años. El crecimiento físico tiene lugar de forma discontinua y la armonía entre las partes del cuerpo se pierde. El esquema corporal queda trastocado súbitamente, y la imagen que el espejo inexorablemente devuelve al púber es muy pocas veces satisfactoria.
Ritmo de desarrollo	El ritmo del desarrollo se estabiliza y los cambios estructurales son menores. Es una fase de mayor rendimiento corporal y de movimientos más económicos y eficaces; a la vez, el menor consumo de energía en las transformaciones corporales se traduce en una vitalidad exuberante que busca, espontáneamente, el rendimiento y la competición.	El proceso de desarrollo se vuelve a acelerar preparando ya la pubertad. Es una fase de labilidad motriz: no se mantiene la estabilidad anterior, se alternan conductas contradictorias. travesura-relajamiento, batir un record a toda costa, pereza acusada, interés entusiasta, apatía o indiferencia.

1.1.3. EL DESARROLLO COGNITIVO.

Características	CM (8-10 años)	CS (10-12 años)
Estadios	Operaciones concretas.	Fin de operaciones concretas para dar paso a las operaciones formales.
Pensamiento	<p>Depende de las relaciones que pueden establecer con las cosas y los hechos reales y tangibles.</p> <p>Puede recordar los pasos previos de un hecho, permitiendo, así, identificar el sentido contrario de una operación.</p>	<p>No solo acumula informaciones sino que las relaciona, y a través de la comunicación con las personas, identifica y contrasta su propio pensamiento con el de los demás. Por lo tanto su pensamiento será mas objetivo como consecuencia de la interacción social.</p> <p>Paso del pensamiento concreto al formal.</p>
Razonamiento	<p>Los procesos de razonamiento son aún muy sencillos pero poco a poco irá empleando otros más complejos con la finalidad de ahondar en el conocimiento de las situaciones o de los objetos.</p> <p>Noción de conservación del peso en una disolución.</p>	<p>Podemos destacar que los niños de ciclo superior al igual que el ciclo medio pueden razonar sobre situaciones, hechos concretos y objetos que les son conocidos, siendo la diferencia la manera de cómo tratarlos. Así, van introduciendo nuevas variables en el proceso de razonamiento, al mismo tiempo que son más capaces de identificar diversos puntos de vista y sacar conclusiones (punto inicial para el razonamiento científico).</p> <p>Empiezan a realizar hipótesis.</p>
Lógica	Lógica concreta e interrelaciones.	Lógica combinatoria.
Memoria	Se va desarrollando con la edad y aumenta bastante durante el período de operaciones concretas.	Se va consolidando.
Meta memoria	<p>Conocimiento de la facilidad del reaprendizaje.</p> <p>Retención de los puntos clave de un recorrido.</p>	<p>Uso de la asociación de ideas.</p> <p>Conocimiento de la poca duración de la información en la memoria a corto plazo (MCP).</p>

Atención	Mayor facilidad, tienen atención por todo con lo cual es relativamente fácil motivarlos.	Más dispersa, les cuesta más. Con la llegada de la etapa de las operaciones formales la atención es mucho más discriminatoria.
Curiosidad	Los niños y niñas de esta edad acostumbran a mostrar una predisposición por el conocimiento: manifiestan curiosidad e interés por todo aquello que le rodea, tanto si le es conocido como no.	El niño-a en estas edades continúa manifestando curiosidad e interés por lo que le rodea ya que se siente estimulado ante situaciones nuevas o hechos desconocidos. Aunque suelen aparecer las primeras manifestaciones de inestabilidad (preadolescencia) el alumno-a muestra una predisposición considerable para recibir conocimientos y asimilarlos.

1.1.4. EL DESARROLLO AFECTIVO-EMOCIONAL.

Características	CM (8-10 años)	CS (10-12 años)
Periodos según Piaget	De latencia –genital- fase prepuberal.	De latencia –genital- fase puberal genital heterosexual.
Según Freud	Extraversión. Buen ajuste a las normas sociales. Buena relación con el adulto.	Prepubertad: vida afectiva intensa. Reactivación de las tendencias infantiles reprimidas, sobre todo pusiones genitales. Identificación sexual. Fijación libidinal en el seco opuesto. Aparición de la intimidad.
Edad	Entre la infancia y la adolescencia.	Preadolescencia.
Autoconcepto	El niño distingue entre las características físicas y las psicológicas pudiéndose describir el yo más en términos internos y psicológicos que en base de atributos externos y físicos.	En esta época el autoconcepto es cada vez menos global, mas diferenciado y articulado. La fundamentación del autoconcepto va a dejar de estar en la opinión de los adultos sobre el niño para elaborarse, cada vez más, en base a los propios juicios y a la evaluación de la evidencia aparición de los complejos.
Autoestima	Poseen un buen dominio de sí mismos, una gran automotivación por lo tanto aumenta la conciencia del propio yo ya que el niño sabe muy bien cuáles son sus cualidades y	La necesidad de búsqueda de la propia identidad y de preservar o mejorar su autoestima puede inducir la aparición de conductas contradictorias, y a veces, iniciar una

<p>Autoestima</p>	<p>cuáles son sus limitaciones.</p> <p>De una forma progresiva los niños/as van afianzando un cierto equilibrio emocional en la medida que disponiendo de recursos para hacer frente a las tensiones afectivas. Se puede decir, que viven en una época aparentemente poco conflictiva es decir que hay una cierta estabilidad durante la infancia.</p>	<p>fase conflictiva.</p> <p>Aparición al final de ciclo de un descenso de autoestima (comienzo de la pubertad).</p> <p>En el transcurso de este ciclo y lentamente, se iniciará en los niños y niñas un período marcado por una cierta inestabilidad.</p> <p>Los cambios bruscos de humor, así como una cierta precariedad en el estado general de salud, son los rasgos que mejor pueden caracterizar al preadolescente.</p>
<p>Identidad y tipificación sexuales</p>	<p>En esta edad al ampliarse el marco de las relaciones sociales aumentan los patrones con los que el niño puede identificarse para asimilar las características comportamentales que corresponden a su sexo.</p> <p>Aún sigue habiendo la discriminación entre los dos sexos a la hora de actividades colectivas,...</p>	<p>A partir de los once años aparece en ambos sexos un cierto interés por iniciar un mutuo acercamiento, fruto de los primeros cambios puberales que han de desembocar en la maduración sexual.</p>
<p>Desarrollo moral: Segun Piaget</p>	<p>Etapa de la autonomía moral Se pasa de un realismo moral a un relativismo moral: esta evolución tiene lugar cuando, habiendo creído al principio que las reglas y las normas están ahí sin más, y son irrevocables, descubren más tarde que han sido creadas por los mismos individuos.</p>	<p>Consolidación de esta etapa.</p>
<p>Según Kolberg</p>	<p>Nivel 2: Razonamiento convencional (interiorización intermedia).</p> <p>Los individuos se atienden a ciertos principios (internos), pero hay otros principios (externos), como los padres o las leyes sociales.</p>	<p>Entre nivel 2 y 3.</p> <p>Nivel 3: Razonamiento postconvencional.</p> <p>La moralidad se ha interiorizado por completo y no se basa en principios ajenos.</p> <p>El individuo reconoce caminos morales alternativos, explora todas las opciones y luego se decide por un código moral personal.</p>

1.1.5. EL DESARROLLO SOCIAL.

Características	CM (8-10 años)	CS (10-12 años)
Familia	<p>Suelen mostrar una buena relación con el entorno familiar, que empiezan a aceptar tal como es, sin plantearse casi nunca que bien pudiera ser de otra manera.</p> <p>La mayoría se sienten identificados y contentos con su hogar, sus padres y sus hermanos.</p>	<p>En esta época el niño adopta una actitud crítica ante los padres, a los que empieza a reconocer con sus cualidades y sus defectos.</p> <p>Sin embargo, sus sentimientos hacia ellos son de la máxima lealtad. Se siente identificado con el grupo familiar y al lado de los progenitores suele buscar todavía compañía y protección.</p>
Relaciones entre iguales	<p>Surgen los amigos y la amistad.</p> <p>El niño de esta edad al descubrir la vida de grupo y sintiéndose miembro, proyecta gran parte de su actividad a través de las relaciones con el grupo y, a veces, puede parecer que no es capaz de hacer nada solo. Este grupo no es fijo, puede ser numeroso o reducido, pero se ha de tener en cuenta que no siempre será el mismo.</p> <p>El afán de igualdad se contrapone a la necesidad de autoafirmación personal. A pesar de que las relaciones con sus iguales y con el grupo sean muy importantes, poco a poco él irá asumiendo un cierto grado de autonomía del grupo, ya sean compañeros, hermanos.</p> <p>Es un proceso complejo ya que el niño tiene miedo a la soledad, y en definitiva, necesita que sus iguales tengan un buen concepto y una buena imagen de él mismo y así poder afianzar su autoestima.</p> <p>Su búsqueda consiste en encontrar el equilibrio entre su autonomía y el grado de dependencia que necesita, cosa que conseguirá a partir del ciclo superior.</p> <p>En todas las actividades colectivas que discurren al margen de la escuela y del hogar, la separación entre los</p>	<p>En cuanto a sus relaciones sociales, el grupo adquiere una relevancia especial.</p> <p>En el ciclo anterior, normalmente los grupos se hacían y deshacían de acuerdo con los intereses del momento. Ahora los vínculos son más estables y, aunque se van modificando, las relaciones internas tienen más consistencia.</p> <p>Así mismo, la búsqueda del equilibrio entre la necesidad de formar parte de un grupo y el deseo de la autoafirmación personal puede hacer vivir al niño o niña un estado de contradicción.</p> <p>Las relaciones interpersonales que el alumno establece con los miembros de un grupo generan conflictos, éstos ya se pueden comenzar a resolver a través del diálogo, el compromiso y el consenso, siempre que el niño mismo haya iniciado la fase en la cual es capaz de razonar y relativizar las situaciones.</p> <p>Esta confrontación favorece el desarrollo de la autonomía de la coherencia del pensamiento, de los aspectos básicos del aprendizaje social: participación, respeto, solidaridad, amistad, ...</p> <p>A partir de los once años aparece en</p>

Relaciones entre iguales	dos sexos es tajante.	ambos sexos un cierto interés por iniciar un mutuo acercamiento (aparición de las pandillas).
Relación con personas adultas	La relación personal con las personas adultas en las que existe una estimación y fascinación puede aparecer en el niño /a un cierto grado de mitificación respecto a las figuras como la del maestro /a o, el padre o la madre.	La relación personal con las personas adultas experimenta una cierta evolución debido a su sentido crítico, esto hace que la fascinación y la idealización de figuras como el maestro /a o el padre y la madre, disminuya y se convierta en una estimación más real.

Cuadro 6: El desarrollo evolutivo en el niño (Fuentes Enciclopedia Pedagogía y Psicología infantil- periodo escolar-(1998),-pubertad y adolescencia- (2000); Secadas y Román (1981) y Secadas y Barberá (1984).

1.1.6. LA EPS Y SUS IMPLICACIONES EDUCATIVAS EN LOS ALUMNOS DE CM Y CS DE LA EDUCACIÓN PRIMARIA.

La Educación Primaria es la primera etapa educativa de la enseñanza obligatoria y tiene unas características específicas y esenciales desde el punto de vista del proceso de enseñanza-aprendizaje y educativo.

Podemos decir que la EP está definida por ser una educación básica que prepara al alumno como persona y como ciudadano dotándole de conocimientos, habilidades destrezas, conductas, actitudes y valores que le permitan acometer con éxito la vida cotidiana en el mundo actual.

La enseñanza de la EpS en la escuela tiene como objetivo proporcionar de forma sistematizada, conocimientos, hábitos y actitudes que capaciten al alumno para cuidar su propia salud y la de sus iguales. Adaptándose esta enseñanza al grado de desarrollo del niño, tanto físico como psíquico y comprendiendo las necesidades que en materia de salud puedan tener los alumnos, la familia y la comunidad.

Las prácticas educativas son uno de los puentes básicos entre la cultura y los procesos de aprendizaje y del desarrollo: mediante determinadas actividades y prácticas educativas, las culturas ayudan a los individuos a captar nuevos aprendizajes específicos, y con éstos, a acceder a ciertas capacidades y competencias psicológicas. Así la educación queda configurada como una pieza clave en el proceso de desarrollo personal.

No nos podemos olvidar de que **los agentes más importantes en la educación de los niños y como no, en la Educación para la Salud, en estas edades son los padres y los maestros, es decir, la relación familia-escuela es imprescindible para garantizar un proceso educativo coherente y eficaz.**

El contenido de la EpS en el ciclo medio y superior de Educación Primaria debe reflejar las necesidades que la referida materia tengan los alumnos, la familia y la comunidad.

Además el currículum debe adaptarse al desarrollo evolutivo en que se encuentra el niño, debiendo ser la enseñanza progresiva y adaptada a la capacidad de aprendizaje y comprensión de este, teniendo presente las edades apropiadas para la adquisición de conocimientos, hábitos y actitudes. En los primeros años, de la Educación Primaria el aprendizaje debe estar referido a la adquisición de hábitos básicos (limpieza, actividad física, sueño, relajación, salud dental, etc).

Willgoose (1974) comenta que los temas del currículum de EpS en tercero y cuarto de EP son: limpieza personal; actividad física, sueño, reposo y relajación; alimentación, nutrición y crecimiento; salud dental; estructura y funciones del cuerpo humano; prevención y control de enfermedades; prevención de accidentes, seguridad y primeros auxilios, salud mental y salud ambiental. Y los de quinto y sexto de EP son los mismos que los anteriores pero añadiendo los temas: sexo y familia; alcohol, tabaco y drogas.

1.2. LA FAMILIA:

1.2.1. LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA.

Estamos convencidos que la familia es el primer contexto en el cual se inicia el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño; en ella se establece las primeras relaciones sociales con otros individuos y se comienza a desarrollar una imagen del propio yo y del mundo que nos rodea. *“La familia es el núcleo básico en el proceso de crecimiento y de desarrollo psicosocial del ser humano”* (Filella, 1999:127).

La naturaleza de las familias así como su papel, han cambiado profundamente tanto en España como en la mayoría de los países europeos existiendo hoy en día una gran diversidad de tipos de familias, desde la tradicional, más o menos numerosa y amplia, hasta la familia nuclear, pasando por diferentes formas familiares de familia como pueden ser: la cohabitación (parejas de hecho), los hogares unipersonales, las familias monoparentales y las familias reconstruidas.

Como podemos observar la *“familia varía, se transforma, se adapta, se reintentada y, sobre todo, perdura”* (Cava y Musitu, 2001: 19). Y no sólo pervive, como comenta el autor, sino **que parece constituir un elemento central de la organización de nuestras vidas y de nuestro bienestar.**

González (2004:53) nos comenta que *“el ámbito familiar no se puede considerar estático ya que en el momento actual este ámbito nada tiene que ver con el de hace unos años atrás. En la familia se ha cambiado la socialización primaria basada en la afectividad (ahora los responsables son los colaboradores o colaboradoras externos, abuelos, “guarderías...); el principio de autoridad materna o paterna, el peso de las opiniones, la apertura de la vida privada y familiar, el concepto de conyugalidad y de filiación, la forma de recibir o transmitir informaciones (totalmente mediatizada ahora)”*.

Tengamos como ejemplo el papel de los medios de comunicación en la educación de los hijos es sumamente controvertido ya que para algunos es un instrumento banal y para otros es de provecho. Salvador Cardús (2000) en su libro *El desconcierto de la educación* llama “los verdaderos competidores” a los medios de comunicación, sobre todo la televisión, pero sin olvidar la publicidad, A menudo nos podemos encontrar que, a pesar de las actitudes y los valores que transmiten la familia y la escuela siguen la misma línea, este tercer elemento distorsione el trabajo conjunto.

Estos cambios dan la sensación de que la familia ha perdido peso como agente de educación en favor de otros agentes, escuelas, medios de comunicación, amigos, ... pero *“resulta muy aventurado concluir que las familias actualmente se ocupen menos de la educación de sus hijos que en otras épocas, aunque objetivamente estén menos tiempo con ellos”* (Pérez-Díaz, Rodríguez y Sánchez. (2001:66). La cuestión es: ¿se trata de calidad en las relaciones o de cantidad?

La realidad es que el tiempo disponible se ha convertido en un verdadero lujo, lo que influye en la calidad de las relaciones con los niños, y en consecuencia, en su educación. *“No solo ha disminuido el tiempo afectivo que los padres pasaban con sus hijos, sino que también se ha reducido la proporción de tiempo “de calidad”, esto es el tiempo durante el cual los padres no hacen nada más que estar con sus hijos”* (Chomsky, 2002:35).

Actualmente, **una de las funciones más significativas que realiza la familia es la socialización de los hijos**, puesto que en ella se aprenden los elementos distintivos de la cultura, los valores, las normas que deben seguir para ser un miembro de la sociedad y los parámetros que van a determinar el éxito social de una persona. Similar objetivo intenta conseguir la Educación para la Salud ya que pretende formar personalidades autónomas capaces de construir su propio estilo y transformar su entorno para conseguir un equilibrio que les proporcione un bienestar.

“La familia es la primera instancia socializadora de la infancia y su acción sobre los procesos educativos es fundamental” (Pacto Nacional para la Educación –oportunidad y compromiso- ideas para el debate, 2005:41).

La socialización se puede entender como el proceso mediante el cual las personas adquieren unos valores, creencias, normas y formas de conducta apropiado en la sociedad a la que se pertenece.

No debemos de olvidar que la familia también transmite o trata de transmitir, a sus hijos unos valores concretos acerca de la vida y acerca de qué tipo de comportamientos son los adecuados, conceptos importantes en la Educación para la Salud ya que temas como la transmisión de valores, el desarrollo de la identidad hacen que el alumno se pueda desarrollar como persona. Afirmando la idea de Lluís Flaquer (2002:11) *“además de una estructura de la personalidad estable, la familia tendría que proporcionar al niño una identidad personal y social, un sentido vital y unos valores básicos”*.

La familia se caracterizará por la socialización primaria relacionada con la transmisión de los valores elementales, o dicho de otra manera, con la interiorización del núcleo central de la cultura en la cual el niño ha nacido.

En cuanto a la transmisión de valores podemos definirlos como “*creencias personales sobre qué aspectos son valiosos, qué metas son deseables, y qué conductas son las adecuadas para lograr esas metas*” (Cava y Musitu, 2001:119). Respecto al tema en cuestión la mayoría de los padres tratan de inculcar en sus hijos un sistema de valores parecido al propio o un sistema de valores que consideran adecuado, aunque a veces no siempre lo consiguen.

La educación de valores es fundamental en la educación básica y tiene gran importancia en formación de la personalidad de los niños y niñas. **Esta función ha de estar compartida con la familia, la escuela y con la sociedad en general.**

Los niños necesitan la oportunidad de desarrollar actitudes y valores que le permitan tomar decisiones necesarias tanto para el presente como para el futuro. Se han de formar personas con una conciencia crítica que les permita tomar decisiones y adoptar estilos de vida saludables.

El desarrollo de la identidad se fundamenta en que la persona es un ser único y diferente, con una identidad propia y por lo tanto con un concepto del propio yo (autoconcepto). La función con mayúsculas de la familia es dotar de identidad a sus miembros (Barbagelata, 1995). La familia tiene mucha importancia en el desarrollo tanto del autoconcepto como de la autoestima.

Ahora nos vamos a detener en las distintas formas en que los padres educan y socializan a sus hijos habiendo una gran variedad de estrategias y de estudios realizados. (Erikson (1963), Moreno y Cubero (1990), Shaeffer (1989) mencionamos a Diana Baumrind (1971).

Diana Baumrind (1971) diferenció tres tipos de estilos parentales en función del grado de control que los padres ejercen sobre sus hijos: estilo autoritario, estilo permisivo y estilo autoritativo.

El modelo bidimensional realizado por Musitu y Cava (2001) retoma estos tres estilos y los describe como estilos de socialización:

1. Estilo Autoritativo:

- Los padres suelen mostrar a sus hijos su agrado cuando se comportan adecuadamente, y les transmiten los sentimientos de que son aceptados y respetados.
- Buenos comunicadores y fomentan el diálogo con sus hijos
- Las relaciones padres-hijos suelen ser satisfactorias.
- Padres dispuestos a escuchar a hijos, e incluso, a modificar ciertas normas familiares si los argumentos de sus hijos se consideran adecuados.

- Si el hijo se comporta de forma incorrecta estos padres combinan la utilización del diálogo y el razonamiento con la coerción física y verbal.
- Padres que ejercen un control firme en los puntos de divergencia, pero también utilizan el diálogo.

2. Estilo indulgente:

- Son tan comunicativos con sus hijos como los padres autoritativos.
- Cuando el hijo se comporta de manera incorrecta, no suelen utilizar la coerción y la imposición, sino que únicamente utilizan el diálogo y el razonamiento como instrumentos para establecer límites a la conducta de sus hijos.
- Actúan con sus hijos como si se tratasen de personas maduras que son capaces de regular por sí mismos su comportamiento, y reducen su papel de padres a influir razonadamente en las consecuencias que las actuaciones inadecuadas pueden producirles.

3. Estilo autoritario:

- Padres muy exigentes con sus hijos y, simultáneamente, muy poco atentos y sensibles a sus necesidades y deseos.
- La comunicación es mínima y tiene una sola dirección, la que va de los padres a los hijos, y suele expresarse en términos de demandas.
- Padres que no suelen ofrecer razones cuando emiten órdenes, realizan poco diálogo y son muy reticentes a modificar sus posiciones ante los argumentos de los hijos.
- Valoran la obediencia como una virtud, e intentan modelar, controlar y evaluar la conducta, normalmente de forma absoluta.

4. Estilo negligente:

- Los padres, normalmente, otorgan demasiada responsabilidad e independencia a sus hijos, tanto en los aspectos materiales como en los afectivos.
- Estos padres consultan poco a sus hijos acerca de las decisiones internas del hogar y les dan pocas explicaciones de las reglas familiares.
- Son padres que apenas supervisan la conducta de sus hijos, que interactúan y dialogan pocos con ellos, que son poco afectivos, y que están muy poco implicados en su educación.

También existe un gran número de estudios sobre los efectos que cada estilo de socialización tiene en los hijos, qué estilos contribuyen mejor a lograr individuos más adaptados y competentes socialmente y qué estilos son los menos favorecedores de un desarrollo psicosocial adecuado.

Por lo que podemos decir que según **el estilo las características de los hijos** serán:

1. Estilo de padre autoritativo:

- Hijos que acatan las normas sociales (interiorizadas).
- Hijos respetuosos con los valores humanos y de la naturaleza.
- Son hábiles socialmente.
- Tienen elevado autocontrol y autoconfianza.
- Son competentes académicamente.
- Tienen un buen ajuste psicosocial (pocos problemas de conducta y pocos síntomas psicopatológicos).

2. Estilo de padre indulgente:

- Hijos que acatan las normas sociales (interiorizadas).
- Hijos respetuosos con los valores humanos y de la naturaleza.
- Son hábiles socialmente.
- Tienen un buen ajuste psicosocial y adecuada autoconfianza.

3. Estilo de padre autoritario:

- Muestran cierto resentimiento hacia los padres.
- Menor autoestima familiar.
- Se someten a las normas sociales (pero sin internalizarlas).
- Manifiestan mayor predominio de los valores hedonistas.
- Muestran más problemas de ansiedad y depresión.

4. Estilo de padre negligente:

- Son más testarudos y se implican en más discusiones.
- Actúan impulsivamente y mienten más.

- Más problemas de consumo de drogas y alcohol.
- Bajo logro académico.
- Tienen más problemas emocionales (miedo al abandono, falta de confianza en los demás, pensamientos suicidas, pobre autoestima, miedos irracionales, ansiedad y pobres habilidades sociales).

Queremos resaltar que las clasificaciones estereotipan el estudio de las prácticas educativas familiares y que por lo tanto se han de asumir con cautela ya que estamos de acuerdo con Solé: *“todas las clasificaciones tienden a agrupar y estereotipar lo que son realidades muy diversas; por eso, más importante que saber si unos padres son de uno u otro tipo, es conocer las dimensiones presentes en una interacción de cualidad y, especialmente, romper estereotipos”* (1997:199).

Pensamos que la familia no solamente tiene el papel de socialización en los hijos sino que constituye un gran pilar, que transcurre por todas las etapas del individuo, desde la infancia hasta la vejez. El apoyo y el afecto dentro del contexto familiar parecen ser fundamentales para un adecuado desarrollo psicosocial de los niños y, evidentemente, son un elemento clave para nuestro bienestar psicosocial. Por lo que estamos conformes en que *“la familia tiene una responsabilidad exclusiva e ineludible: procurar la estabilidad emocional de sus miembros”* (Flaquer, 2002: 11).

A pesar de los cambios en la naturaleza de las familias la Educación para la Salud sigue presente ya que las necesidades fundamentales de las niñas y niños en estas edades como son una buena alimentación, cariño, seguridad y estimulación no han cambiado. Los primeros años de vida son muy importantes para el desarrollo físico, social y emocional de los niños. Los padres y las madres han de asumir la responsabilidad de los cuidados y la educación de sus hijos aunque se inicie el periodo de educación formal.

En cuanto al papel que toma la familia en la Educación para la Salud de sus hijos podemos decir que ésta asume una serie de **funciones relacionadas con la salud de sus hijos** (Mazarrasa y Del Rey, 2000):

- Función de socialización: es en la familia donde se inicia el proceso de socialización del niño, para que se integre posteriormente como adulto en la sociedad. Es en ésta se aprende y lleva a término los autocuidados cotidianos que van a ser determinantes en todo lo relacionado con la salud a lo largo de la vida.
- Función afectiva: en su seno se recibe las primeras manifestaciones afectivas y se siguen recibiendo a lo largo de la vida.
- Función de definición de status: al pertenecer a una familia se adquiere un status por edad, sexo, etc, y a través de ésta se adquiere un nivel social, una clase, una religión, una posición en la sociedad.
- Función de protección: el sentirse protegido es una necesidad básica para todas las personas, con independencia de su estado de salud y aún se acentúa

más cuando existe o se prevé que pueda existir un problema relacionado con la salud.

- Función económica: los recursos económicos con los que cuenta la persona y la comunidad determinan la salud individual y colectiva, y a su vez condicionan la oferta y disponibilidad de medios para solucionar los problemas de salud. La familia es una unidad económica básica
- Función reproductora: toda sociedad depende primariamente de la familia en cuanto a la concepción y el nacimiento de nuevas personas.

La implicación de las madres y padres es necesaria e importante en todos los aspectos de la educación escolar para la evolución de los niños y niñas en el sistema educativo ya que éstos son objeto de toda una serie de factores personales y sociales que influyen en sus conductas. El desarrollo de los modelos de comer, de dormir y el aprendizaje de la higiene personal que han tenido en sus hogares, son importantes para los alumnos asistentes a la escuela.

Como expone Minuchin, 1997, **las funciones de las familia sirven a dos objetivos diferentes; uno es interno –la protección psicosocial de sus miembros –el otro es externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.**

No cabe duda que la familia es importantísima e imprescindible en el niño de 8 a 12 años, edades que comprende nuestra investigación.

Para concluir podemos decir que educar es una tarea compleja. Ser “padre” es probablemente la única “profesión” en el mundo en la que no existe ningún tipo de formación, ni un manual con instrucciones a seguir.

1.2.2. LA RELACIÓN FAMILIA Y ESCUELA Y SU IMPLICACIÓN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

“Familia y escuela son dos instituciones con destinos comunes. Siendo como son las dos principales agencias de socialización de los niños en las sociedades modernas y, por tanto, conjuntamente responsables de su ubicación en el espacio social” (Flaquer, 2002:9). Estas dos instituciones ejercen un papel primordial y tienen unas responsabilidades educativas formales delante de la ley y la sociedad.

Los cambios vertiginosos de nuestra sociedad moderna han afectado durante las últimas décadas tanto a la estructura familiar tradicional como al sistema educativo.

Tradicionalmente la escuela era considerada como aquel contexto dónde se transmitían los conocimientos sistematizados teniendo como objetivo la formación de los niños y de los jóvenes con el fin de poder integrarlos en la sociedad en que vivían.

Hasta no hace mucho tiempo las familias eran las encargadas del cuidado y la guarda de los niños mientras eran pequeños y de la socialización, es decir de tener contacto con otros niños, de enseñar las normas sociales básicas, mientras que la escuela se encargaba de la formación académica y técnica.

Mientras que la familia tiene asignada la socialización primaria relacionada con la transmisión de los valores elementales, ya comentada anteriormente, la escuela le corresponde la socialización secundaria, como es la transmisión de los conocimientos técnicos más avanzados por lo que *“mientras que la familia aporta los valores básicos, más cercanos a las emociones, el sistema educativo ha de proporcionar más concretamente categorías racionales de comprensión”* (Flaquer, 2002:11).

Como consecuencia de los cambios sociales acelerados: niños que desde muy pequeños van a guarderías porque sus padres trabajan, la presión económica de éstos, la socialización por parte de los pequeños y jóvenes a partir de la pequeña pantalla “la televisión”, las funciones que eran patrimonio de la familia ahora se comparten con el centro educativo.

El aumento de escolarización en la escuela y la creciente importancia que esta institución posee en la vida cotidiana del niño y del joven ha hecho aumentar el papel socializador de la escuela pero no podemos decir en un sentido estricto que la escuela haya sustituido a la familia, pero si la comparte.

Escuela y familia son, de hecho, dos contextos de particular relevancia para niños y adolescentes; además también, son dos contextos que se superponen (García, 1994). Por ello, la comunicación entre ambas comunidades, la escolar y la familiar deberían potenciarse y reforzarse mutuamente implicando un reconocimiento mutuo de las funciones que tiene cada una, un esfuerzo de comunicación y un establecimiento de canales formales de relación.

Mantener una buena comunicación entre las familias y la escuela es prioritaria para establecer una colaboración efectiva, pragmática. En cuanto a la Educación para la Salud es importante que **la escuela imprima una filosofía en relación con la Escuela Promotora de Salud y que los padres se impliquen en el desarrollo de las estrategias que se plasmen en acciones concretas.** Temas como la alimentación saludable, la sexualidad, las relaciones, ... van a necesitar del apoyo y la participación de los padres, madre y padre.

Estamos de acuerdo con Holguín *“los padres y madres, para poder responder a los actuales problemas sociales que afectan a la educación, teníamos que cuestionarnos nuestra función como agentes fundamentales de formación y prevención, y nuestra propia formación y capacitación para intervenir en la familia y en los centros educativos, de forma continua, gradual y sistemática. Integrar la Educación para la Salud en la convivencia familiar y en los centros educativos depende, en buena medida, de estos presupuestos”* (Foro abierto XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Adolescente, 2002 en la pag web: www.spapex.org/adolescencia02/ponencias.htm).

La escuela ha de crear un clima que facilite el compartir papeles y responsabilidades con las familias, fomentando su participación pero como expresa Sarramona y López: *“el papel que corresponde a los padres en la escuela y en el conjunto del sistema educativo no es fácil de definir, porque no son fáciles de delimitar los temas que les son propios de aquéllos donde su papel debiera ser complementario”* (1999:73).

Estudios como los de Coleman (1998), Rosenholtz (1989), Epstein (1988) señalan que la participación activa de los padres en la escuela incide de forma positiva en el rendimiento académico, las habilidades sociales, la autoestima, el menor absentismo, los hábitos de estudio y las actitudes positivas hacia la escuela de los hijos.

La participación de los padres y madres en los centros educativos, desde hace muchos años, ha sido anhelo de todos los grupos sociales vinculados a la comunidad escolar, y una necesidad del propio sistema educativo, de manera que aquellos agentes que intervienen en la educación de los hijos presentes y tomen parte en la marcha de la comunidad educativa, como sujetos responsables y protagonistas.

Participar en esta institución educativa consiste en colaborar para que el proceso educativo se realice en las óptimas condiciones. Por lo que es necesario corresponsabilizarse de las tareas educativas, sugerir ideas, interesarse por aquellos aspectos de la educación que afectan a los alumnos y alumnas del centro, así como tener una información y una formación adecuada para poder analizar, opinar e intervenir directamente o a través de sus representantes.

Como indica la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (BOE, 4 octubre 1990) se trata de un principio de la actividad educativa: la participación y la colaboración de los padres o tutores para contribuir a la mejor consecución de los objetivos educativos (Título preliminar art. 2.3b.).

Es importante el trabajo en común y la implicación de los padres y otros miembros de la comunidad en la escuela. Los maestros no lo pueden hacer todo *“los educadores tienen que abrirse a sus comunidades con empatía e interactuar de manera significativa con sus miembros. Ser un profesional ya no quiere decir quedarse aislado en la escuela”* (Henry, 1996:132).

En la relación familia-escuela, una Educación para la Salud enfocada bajo los mismos criterios, donde colaboren padres en el marco de la familia y profesores en el marco de la escuela es el mejor modo de unir esfuerzos y que éstos tengan efectividad.

La comunicación, la participación en las dos comunidades implicadas, la familiar y la escolar, han de ser recíprocas y bidireccionales, En cuanto a las **funciones que les corresponden a los padres respecto a la institución escolar** Sarramona y López nos señala que pueden ser:

- “Recibir información detallada de los resultados obtenidos, incluidas las correspondientes explicaciones por parte del profesorado de posibles causas de resultados no satisfactorios.
- Aportar la colaboración que les sea demandada por parte del profesorado para hacer más coherente y eficaz la actuación escolar, tanto en el estricto campo académico como en el más amplio de las actitudes y hábitos de comportamiento que se quieren fomentar como parte del proyecto educativo del centro.

- Mantener contactos periódicos con los profesores par tener conocimiento constante del proceso educativo realizado en el centro.
- Buscar pactos sobre la naturaleza intrínseca de ciertas metas educativas que tienen diversa interpretación social: valores, hábitos,... . A partir de esta mediación plantear acciones comunes.
- Manifestar interés por cuantas actividades realizan los hijos en la escuela, como expresión de su preocupación y apoyo a la actuación del centro escolar.
- Valorar los conocimientos y habilidades que la escuela proporciona. En caso de alguna discrepancia, no adoptar una posición de crítica constante al centro, que pueda repercutir negativamente en la actitud de los hijos” (1999:74).

En estas funciones también puede estar implicada la Educación para la Salud ya que es de vital importancia la óptima relación entre docente y progenitor para buscar pactos, acuerdos en los hábitos de higiene, alimentarios, de sueño, de comportamiento, ... ; es imprescindible la colaboración entre estos dos agentes de EpS para que el alumno sea consciente de que las informaciones, las normas, son las mismas tanto en casa como en la escuela.

Referente a la manera de **participación de los padres en los centros escolares** podemos nombrar los diferentes tipos de intervención, ya sea a partir de las **asociaciones de padres y madres de alumnos, del consejo escolar, de las reuniones individuales o colectivas y de las entrevistas individuales.**

Un canal importante de participación en los padres es la asociación de madres y/o padres de alumnos (AMPA). Pueden existir varias AMPAs en cada centro y disponer de locales en el mismo.

Las **AMPAS** son instituciones participativas, reivindicativas y dinamizadoras, que buscan colaborar activamente en las tareas educativas de los centros donde estudian los hijos.

Este asociacionismo de padres de alumnos está bastante extendido, ya que, en la mayoría de los centros educativos de niveles no universitarios, hay una asociación de padres y madres que colabora con el centro. Una cuestión aparte es la participación real de los padres en las asociaciones, cuyo índice todavía se encuentra en niveles muy bajos.

La principal actividad que realizan las AMPA es la de organizar, desarrollar, financiar, las actividades extraescolares y de apoyo a la enseñanza. Sus actividades e implicación completan la eficacia educativa de los centros.

Esta Asociación también participa en el Consejo Escolar con un representante y en sus comisiones como puede ser, entre ellas la de la salud.

Las AMPAs pueden ayudar a que los centros sean una prolongación de la familia. Ha de buscar la armonía de la comunidad educativa. Potenciar mutuamente la acción educativa y conseguir que la escuela sea promotora de salud.

Otra vía de participación es el **Consejo Escolar** que es la estructura formal de participación de todos los miembros de la comunidad educativa a través de sus representantes. En él, claro está, participan los representantes de los padres y madres de los alumnos del centro, ya sea como representante del AMPA o como representante de padres elegidos por votación (elecciones al Consejo Escolar de padres).

Tal como expone Holguín *“los padres más activos de los centros consideramos que la EpS debería estar presente en los centros educativos. Y durante los últimos años venimos intentando , a través de los representantes de padres en los Consejos Escolares, que la Educación para la Salud forme parte de los Proyectos educativos, de las programaciones generales del curso como temas transversales, de la acción tutorial y de las Escuelas de Padres”* (Foro abierto XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Adolescente, 2002 en la pag web: www.spapex.org/adolescencia02/ponencias.htm).

Como señala en el estudio de Muñoz Repiso (1995) la participación de los padres de los alumnos en la vida de las escuelas es escasa, exceptuando los padres que pertenecen al Consejo Escolar y a las Asociaciones que, generalmente, suelen ser los mismos. Por otro lado, la participación de los padres en el centro fundamentalmente se basa en actividades extraescolares y deportivas, viajes, fiestas, y actividades culturales, siendo poco frecuente que realicen actividades de apoyo al centro o den charlas, cursos, conferencias. Siendo lo más común es que los padres financien la mayor parte de estas actividades, bien particularmente o bien a través de las AMPAs.

Las relaciones entre los padres y la institución escolar en temas relacionados con sus hijos suelen encaminarse a través de la figura del tutor. Los canales más usuales de comunicación entre tutores y padres son las reuniones, a las que convoca el tutor a todos los padres de un grupo de alumnos y las entrevistas, que se pueden realizar tanto por iniciativa del tutor como de los padres.

Las reuniones colectivas del tutor con los padres y madres de un grupo-clase son una práctica frecuente y su utilidad se valora como alta por parte de éstos (Muñoz Repiso, 1995).

En cuanto las finalidades que tienen estas reuniones colectivas entre el docente y los padres en relación a la Educación para la Salud podemos comentar que es tarea del profesor: informar a los padres sobre las características generales y de salud del centro; informar sobre comportamientos saludables (higiene, alimentación, ...); facilitar la integración de los padres en el Centro; propiciar cambios de actitud con relación a ciertos problemas y conductas insanas; canalizar sugerencias y reclamaciones y programar la orientación a padres.

Las entrevistas individuales mantenidas con el equipo directivo del centro y con el profesorado son otra de las vías de participación de los padres y las madres en la escuela.

Respecto a las entrevistas de los padres con los respectivos tutores de sus hijos podemos comentar que es un procedimiento de intercambio de información, que se puede realizar tanto por petición del tutor como de los padres. En ésta se puede recoger información, realizar orientación educativa, marcar metas. Los temas a tratar, entre otros, pueden ser, incluidos los de EpS: singularidad, autonomía, desarrollo de hábitos y actitudes saludables, deficiencias físicas o psíquicas, adaptación emocional, valores humanos, inteligencia general y aptitudes, temperamento, carácter y personalidad, adaptación escolar, hábitos de alimentación, higiene y limpieza, utilización del tiempo libre,

1.3. EL PROFESORADO:

1.3.1. EL PROFESORADO EN UNA SOCIEDAD DINÁMICA.

El profesorado de principio del siglo XXI no tiene nada que ver con el de principio del siglo XX, *“ser profesor hoy, es algo cualitativamente distinto de lo que significaba ser profesor hace veinte años”* (Esteve en Ferreres e Imbernón, 1999:147).

Que la sociedad cambia es una realidad y que sus circunstancias están presentes también lo es. Entre los **hechos que cambia la realidad escolar** se pueden encontrar:

- La evolución acelerada de la sociedad en sus pilares básicos, instituciones, formas de organización de la convivencia, modelos de familia, de producción y distribución, implicando unas transformaciones en cuanto a la manera de pensar, sentir y actuar de las nuevas generaciones.
- El análisis de la educación que ya no es considerada patrimonio exclusivo de los profesores, sino que intervienen otros profesionales y toda la comunidad creándose nuevos modelos relacionales y participativos en la práctica de la educación.
- Los vertiginosos cambios de los medios de comunicación y tecnológicos juntamente con la profundas transformaciones en la vida personal e institucional de muchas organizaciones han puesto en crisis la transmisión del conocimiento y, como no, el de las instituciones.
- El incremento acelerado y el cambio vertiginoso en las formas que adquiere la comunidad social, en el conocimiento científico y en los productos del pensamiento, de la cultura y del arte.
- El paso de una sociedad monocultural a una sociedad multicultural, multiétnica, y plurilingüe, donde será fundamental vivir en la igualdad y convivir en la diversidad.
- El auge del que ha venido a denominarse, “cuarto mundo”, zonas de una gran “neomiseria” o pobreza endémica.
- Los procesos y los medios educativos no funcionan del todo, los edificios no son adecuados para una nueva forma de ver la educación, asume más

importancia la formación emocional de las personas, la relación entre ellas, la comunidad como elemento imprescindible de la educación.

Por lo tanto podemos decir que **la educación ya no es patrimonio exclusivo de los docentes sino de toda la comunidad y de los medios que ésta dispone, confeccionándose nuevos modelos relacionales y participativos en la práctica de la educación.**

Para afrontar estas nuevas realidades sociales los Estados han introducido y vienen introduciendo multitud de innovaciones que de forma parcial, o integrada en Reformas, pretenden abordar esta nueva situación. Un claro ejemplo lo tenemos en España que en menos de dos décadas han tenido lugar tres Reformas educativas a través de Leyes Orgánicas que han promovido los diferentes gobiernos en función de la ideología sobre educación de cada uno de ellos. Las leyes son: Ley General del Sistema Educativo del 1/1990 (LOGSE), la Ley Orgánica de calidad de Educación del 10/2002 (LOCE) y Ley Orgánica de Educación del 2/2006 (LOE).

Es de dominio popular que la escuela actual no se está adaptando lo suficientemente rápido como para enfrentarse a los cambios que la sociedad del conocimiento y la globalización vienen demandando. *“El mundo postmoderno requiere un modelo diferente de escuela, más en consonancia con la naturaleza cambiante de la economía y de la estructura social. Nos estamos alejando de la era moderna, con su dependencia de factorías, centralización, burocracias y estructuras, hacia una postmoderna en la que la vida económica, política y organizativa e incluso la vida personal se van a organizar en torno a principios muy diferentes de los que rigieron la era moderna... El mundo postmoderno es rápido, comprimido e incierto”* Fink y Stroll (1997:186).

En el informe publicado por la OCDE sobre Calidad en la Enseñanza confirma la necesidad que tiene la escuela, el profesorado, a adaptarse a nuevas situaciones afirmando *“los nuevos desafíos y demandas hacia las escuelas y los profesores surgen a partir de unas expectativas nuevas y ampliadas sobre las escuelas. La investigación sobre la enseñanza y el aprendizaje muestra la necesidad de gestionar clases cada vez más diversas en términos étnicos, lingüísticos y culturales. Estos nuevos desafíos y demandas requieren nuevas capacidades y conocimientos por parte de los profesores. La situación actual es dinámica y variada. Las escuelas se organizan ahora de diferente forma, en términos tanto de las tareas como de las responsabilidades asignadas a los profesores y a la diferenciación de roles entre profesores. El alcance de estos desafíos y demandas, y el ritmo de los cambios hacen que la situación actual sea diferente respecto de años anteriores. Los profesores deben ser capaces de acomodarse a continuos cambios –dramáticos en algunos países- tanto en el contenido de su enseñanza como en la forma de enseñar mejor”* (OCDE, 1994:9).

Los cambios que se están produciendo en la sociedad inciden en la **demanda de una redefinición del trabajo del docente y seguramente de la profesión de éste, de su formación y de su desarrollo profesional.** El rol del profesor encargado de enseñar de una manera conservadora el currículum a partir de contenidos académicos en la actualidad ha quedado desfasado. Los alumnos son receptores de las múltiples vías de información que tienen en su poder: televisión, radio, ordenadores, internet, recursos culturales,Y los docentes no pueden hacer como si nada fuera con ellos.

Como comenta González (2004:5) *“el profesorado está perdiendo especificidad a la vez que se viene difuminando su papel, tanto respecto al sistema, como ante la sociedad, la institución educativa, los padres y los alumnos, de tal modo que no sólo sus funciones se han convertido en confusas (quizás, entre otras cosas, por la proliferación de exigencias sobre su papel), sino que hasta su autoridad se ha esfumado en aras de no se sabe muy bien qué”*.

Por lo tanto *“las reglas del mundo están cambiando. Es hora de que las reglas de la enseñanza y del trabajo de los docentes varíen con ellas”* (Hargreaves, 1996:287).

El papel del profesor ya no es el de una autoridad que imparte conocimientos sino es la de un sujeto que crea y guía ambientes de aprendizaje complejos. Por lo que se requerirá un replanteamiento en la educación primaria tanto de los contenidos como de la forma de enseñarlos. Como señala Marcelo *“comprender lo que se aprende y aprender configuran dos demandas imprescindibles para la escuela actual”* (2001:19).

Y para que la escuela eduque realmente en la vida y para la vida, debe superar definitivamente los enfoques tecnológicos, funcionalistas y burocratizantes y debe involucrarse a su carácter más relacional, más cultural-contextual y comunitario, en cuyo ámbito adquiere importancia la relación que se establece entre todos los sujetos que trabajan dentro y fuera de la institución; y donde se refleja el dinamismo social y cultural de la escuela con y al servicio de la comunidad educativa y la comunidad sociosanitaria.

“El reto para los sistemas educativos modernos es crear una profesión rica en conocimiento, en la cual los responsables de impartir los servicios educativos en primera línea tengan tanto la autoridad para actuar como la información necesaria para hacerlo de forma inteligente, con acceso a sistemas de ayuda eficaces que les apoyen a la hora de trabajar con una clientela de padres y alumnos cada vez más diversa” (Schleicher, 2005:34).

La institución que educa debe dejar de ser aquel contexto único en el que se aprende únicamente lo básico (las cuatro reglas, socialización y un oficio), para asumir que es también una manifestación de vida compleja, en toda su red de relaciones y dispositivos con una comunidad, para mostrar un modo institucional de conocer y por tanto, de enseñar el mundo y todas sus manifestaciones (Marcelo, 2001).

Por lo tanto si la educación de las personas se hace más compleja, la profesión docente al unísono también. La complicación se va incrementando por el cambio radical y vertiginoso de las estructuras científicas, sociales y educativas que son las bases fundamentales para formar un óptimo sistema educativo.

1.3.2. LA FUNCIÓN DOCENTE.

El Departament d'Educació considera que la **función docente** es *“el conjunto de profesoras y profesores que imparten docencia a un grupo de alumnos que constituye el equipo docentes del grupo para poder actuar coordinadamente en el establecimiento de criterios para poder garantizar la correcta convivencia del grupo de alumnos, la*

resolución de conflictos cuando haga falta y la información a los padres o tutores” (2007:87).

Tejada define la función docente como *“un conjunto de acciones-actividades-trabajos en los cuales participa el profesor en un contexto de intervención institucional (ya sea al interior de las aulas, sea en su interacción con otros colegas o directivos), como también en la interacción con los padres y la comunidad en general” (1997:9).*

La función docente y el contexto de intervención del profesor están íntimamente relacionados ya que según éste configurará la función docente. Según Rosales (1988) podemos decir que existen tres tipos de contextos:

- a. Contexto socio-cultural: La dependencia de la función viene determinada por la forma como el profesor – la escuela – tiene encomendada la integración del discente en el contexto social (integración). El profesor no se centra tanto en las transmisiones de valores sino en la estimulación del desarrollo personal del alumno.
- b. Contexto institucional: La institución escolar es poseedora de toda una configuración que influye directamente a la actuación del profesor. La función del docente y su papel dentro de la institución dependerán de las características de la misma institución y de su cultura organizativa y de su clima institucional.
- c. Contexto instructivo: El docente adquiere más importancia desde una perspectiva didáctica ya que éste es el responsable directo de la creación de un clima social donde la interacción es crucial en el proceso enseñanza-aprendizaje. Señalamos unas funciones del profesor que aparecen en este ámbito: el profesor como instructor, educador y organizador.

Por lo tanto la influencia del contexto implica para la función docente un *“conocimiento pedagógico específico, un compromiso ético y moral y la corresponsabilización con otros agentes sociales” (Imbernón, 1994:23).*

Como consecuencia de los vertiginosos cambios de la sociedad y sus repercusiones en los diferentes contextos en los cuáles se involucra el docente es sumamente necesario un cambio, **una innovación en la Institución educativa**, *“una reconceptualización del sistema educativo, de las instituciones pedagógicas y de la profesión docente, y, también, una asunción de nuevas competencias profesionales (tanto instrumentales como sociales y comunicativas) para poder transmitir a la futura ciudadanía unos valores y unos estilos de comportamiento democráticos, igualitarios, respetuosos de la diversidad cultural y social, del medio ambiente, ...” (Imbernón, 2004:150).*

Históricamente, las características de la profesión docente se caracterizaban por unos rasgos en los que predominaba el conocimiento objetivo, el saber de las disciplinas a imagen y semejanza de otras profesiones. En la actualidad, para la educación del futuro esas históricas características se consideran insuficientes pero no es discutible que sean

necesarias. *“Hemos cambiado el papel de “transmisor –informador” por el de “gestor de la práctica en el aula” (Tejada, 1997:18).*

González comenta que *“hay que ser conscientes, además de que la profesionalización docente ha venido marcada siempre por parámetros sociales y por la instrumentación de la propia sociedad hoy sea necesario contemplar al docente en una nueva perspectiva: como actor y mediador de la acción didáctica y en la configuración del conocimiento didáctico” (2004:7).*

En los tiempos que corren los profesionales de la educación necesitan una nueva manera de ejercer la profesión y por lo tanto tendrá que asumir nuevas funciones. **Este profesional deberá ser competente para realizar la diversidad de tareas:**

- Mediador en el proceso de enseñanza-aprendizaje de grupos de niños diversos.
- Ser un educador más allá de instructor de los conocimientos.
- Tener una actitud colegial para trabajar con un equipo de personas en un contexto específico (ecosistema cultural).
- Ser un proponente de valores.
- Trabajar con la comunidad (Marcelo, 2004).

El perfil deseado en la función docente, tiene, en opinión de Francesc Raventós, una lista de competencias excesivamente larga: *“que sea polivalente, competente, que ayude a cambiar, que sea reflexivo, investigador, intelectual, crítico y transformador. Además, que domine los contenidos , provoque aprendizajes, interprete y aplique el currículum, seleccione los contenidos y las metodologías más adecuadas para cada contexto y cada grupo, comprenda la cultura y la realidad local, desarrolle una educación intercultural ... ” (2005:20).*

Según del Pozo *“cada vez es más necesario disponer de la descripción del perfil del docente, que permita adecuarlo a las características de los puestos de trabajo en los centros y a los procesos de selección de profesorado, así como a su carrera profesional y a los instrumentos necesarios de control y evaluación de tareas” (2008:461).*

Las **funciones del profesor** según el Departament d’Educació son:

- a. “Tener conocimiento del proceso de aprendizaje y de evolución personal del alumno.
- b. Prestar atención de la coherencia de las actividades de enseñanza – aprendizaje y de las actividades de evaluación de todos los docentes que intervienen en el proceso de enseñanza de su grupo de alumnos.
- c. Responsabilizarse de la evaluación de su grupo de alumnos en las sesiones de evaluación.

- d. Prestar atención, juntamente con el secretario o administrador, cuando convenga, de vigilar por la elaboración de los documentos acreditativos de los resultados de la evaluación y de la comunicación de éstos a los padres o representantes legales de los alumnos.
- e. Llevar a cabo las tareas de de información y orientación académica de los alumnos.
- f. Mantener una relación suficiente y periódica con los padres de los alumnos o representantes legales para informarles del proceso de aprendizaje y de su asistencia a las actividades escolares, de acuerdo con los criterios establecidos por la dirección del centro.
- g. Velar por la convivencia del grupo de alumnos y su participación en las actividades del centro.
- h. Aquellas otras que el director le encargue o le atribuya el Departament d'Educació". (2007:89).

Y para finalizar este apartado nos gustaría analizar el vocablo **profesor** comentando que el docente es un agente de cambio social, que forma parte de una vasta comunidad educativa que es facilitador de las ocasiones de aprendizaje y es un consejero de los alumnos, con una función mediadora, ese el profesional que necesitamos para nuestra temática en cuestión.

Existen muchas definiciones de profesor pero pensamos que aquélla que mejor se ajusta nuestras convicciones es aquélla que considera al **docente como un agente cuyas actividades tienen la intención de inducir al aprendizaje, ya que la enseñanza es un sistema de acciones intencionales cuyo cometido es propiciar precisamente el aprendizaje** (Götz, 1997) o *"profesor es quien es dedica profesionalmente a educar los otros, quien los ayuda en su promoción humana, quien contribuye el hecho que el alumno desarrolle sus posibilidades al máximo, participa activamente y responsablemente en la vida social y se integre en el desarrollo de la cultura"* (Blat i Marín, 1980 en Marcelo, 1989:9).

1.3.3. EL PROFESOR EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Nosotros pensamos que el agente fundamental de la Educación para la Salud en la escuela es el profesor por lo que estaríamos de acuerdo con Salleras en que *"en el contexto escolar el maestro es el agente ideal de educación para la salud por el conocimiento que tiene de los niños, el conocimiento de técnicas pedagógicas, el continuado contacto con los niños"* (1984:178).

Si realizamos una contextualización histórica en cuanto a la relación del maestro y la Educación para la Salud podemos reconocer organizaciones internacionales como la OMS y la UNESCO tratando el tema ya que en 1959 se crea el Comité de Expertos en Preparación del Maestro en Educación Sanitaria (OMS, 1960) en el cual se elabora un libro sobre cómo planificar la Educación para la Salud en las Escuelas y además se

sugiere que los **objetivos principales de la preparación del maestro para la Educación Sanitaria** deben ser los siguientes:

1. Hacerle apreciar el valor, la importancia y el lugar de la educación sanitaria en el programa general de estudios.
2. Proporcionarle los conocimientos necesarios sobre el crecimiento y de desarrollo del niño, la salud personal y colectiva, y el programa y los métodos de educación sanitaria.
3. Inculcarle normas de higiene personal que le ayuden a conservar su propia salud y le permitan servir de ejemplo a sus alumnos.
4. Hacer que comprenda y aprecie la importancia de un medio ambiente sano y lo que es preciso hacer para mantenerlo.

En 1967 la UNESCO como conclusiones de la XXXI Sesión de la Conferencia Internacional sobre la Educación Pública hizo unas recomendaciones a los Ministerios de Educación y Salud diciendo que debían ser éstos los responsables de la Educación para la Salud y que en la escuela el agente principal y único de Educación para la Salud sería el maestro, aunque todavía muy dependientes de los servicios sanitarios.

Podemos citar la recomendación número 63, de 14 de julio, a la que se afirma, “*que una Educación Sanitaria adecuada a la edad, a las necesidades de los alumnos, práctica primero y después práctica y teórica, sea dada por los maestros en colaboración con los correspondientes servicios de salud escolar; que los programas, los métodos y las técnicas de esta educación, sean determinados por acuerdo entre las diferentes autoridades interesadas de Salud y de Educación*” (Nájera, 1993:3).

En el año 1969 la OMS emite un informe elaborado por el Comité de Expertos sobre Planificación y Evaluación de los Servicios de Educación Sanitaria haciendo especial hincapié en la necesidad de una adecuada preparación del maestro en Educación para la Salud y en la elaboración de materiales como libros de texto, manuales, audiovisuales, para una adecuada formación de los alumnos en Educación para la Salud (OMS 1969).

En 1985 la Comunidad Económica Europea organizó el Simposio Internacional sobre “El papel del Maestro en la Educación para la Salud” creándose dos grupos de trabajo, uno sobre la Promoción de la Salud de los Jóvenes de Europa y otro para elaborar un Manual de Formación para el Maestro en Educación para la Salud (manual publicado en 1995 en España).

A finales de ese mismo año se lleva a cabo un Seminario celebrado en Madrid y patrocinado por la OMS en el que se expone que la Educación para la Salud debe ser llevada a cabo por los propios educadores, con el apoyo técnico de otros profesionales, especialmente sanitarios.

Las mismas organizaciones anteriormente citadas también subrayaron la necesidad de proporcionar una formación a los docentes en esta temática. Por lo tanto desde hace unos 30 años aproximadamente ya existían unas inquietudes y unos planteamientos

relacionados con la Educación para la Salud, de parecida similitud a aquéllos que tenemos actualmente respecto la figura del profesor como agente educador y acerca de la importancia en su formación, **ya que como mejor sea la formación probablemente será mejor la aceptación del papel como agente de salud** (Juvinyà, 1997).

En cualquier circunstancia y época, la formación de los profesores en temas relacionados con la salud se justifica porque una mayor formación de este tipo aumenta considerablemente su sentido de responsabilidad en aspectos de EpS.

En el caso de España, la Educación para la Salud no es hasta finales de la década de los 80 cuando aparece como formación continuada del docente y no se encuentra contemplada en los planes de estudios de algunas universidades como formación inicial hasta principios de los años 90.

Según Manso y Redondo **el papel del profesor de Primaria y de Secundaria como educador de la Salud (en Gil Verona 1999:13) tiene las siguientes características:**

1. “El docente es un modelo importante del que los discentes aprenden actitudes respecto a la salud y las conductas que la afectan.
2. Esta función del profesor como “amplificador” de las conductas sanas - insanas es inevitable. Se lleva a cabo aun cuando el profesor no sea consciente de ello o no desee ser imitado en sus escalas de valores, actitudes y conductas.
3. Es importante que el profesor tome conciencia de su gran potencial como educador sanitario por estar en un lugar privilegiado para ser imitado por los alumnos, y por la posibilidad de involucrar a las familias en la educación sanitaria.
4. El papel del docente como agente de salud debe llevarse a cabo de forma coordinada con otros profesores en el centro y no sólo de forma independiente. La buena voluntad y el sentido común son factores indispensables pero no suficientes para desarrollar estas actividades.
5. Para que una escuela realice eficazmente tareas de Educación para la Salud deben fijarse metas adecuadas, de las cuales se dan sugerencias en el texto. Estos objetivos marcados han de estar basados en las necesidades y condicionamientos locales. La forma perfecta sería elaborar un plan y seguir su desarrollo, evaluando su eficacia.
6. Los docentes han de tener, al menos, una formación básica sobre los aspectos teóricos de la Educación para la salud, ya que las ambigüedades o errores conceptuales de tipo médico-científico son contraproducentes. Por ello, sería adecuado que se incluyera la Educación para la Salud en la formación básica del profesorado de primaria y secundaria.
7. Es adecuado que el inicio de la formación del profesor y la puesta en marcha de un programa se haga con la ayuda de personal sanitario que, en modo alguno, puede ni debe sustituir la labor del profesor.

8. La Educación para la salud debe integrarse en las actividades de las diferentes áreas y en las actividades extraescolares y deportivas, ya que el aprendizaje se realiza más eficazmente en las actividades no regladas de educación para la salud que en las más regladas y formalistas”.

Por lo que **el papel del docente en la escuela en relación con la Educación para la Salud** es fundamental ya que actúa como **modelo de conductas a imitar** y en consecuencia **ha de ser consciente de sus propios comportamientos en temas de salud, de su rol ejemplar en la escuela, consecuentemente tienen que adoptar hábitos saludables que sean un modelo positivo a imitar y al mismo tiempo coherente entre aquello que se dice en la clase y lo que se observa a posteriori fuera de ésta, en el comedor, en el patio, ...** .

El rol del profesor en la temática estudiada ha de ser el de un agente de salud que, a través del proceso de enseñanza –aprendizaje de los contenidos y procedimientos de las diferentes áreas y niveles educativos se incorporen contenidos relacionados con: el reconocimiento de la salud como un valor, la adquisición de conocimientos y formación de actitudes saludables y la participación activa en la mejora de la salud individual y colectiva con la finalidad de contribuir en la formación de actitudes y valores positivos de la población escolar hacia la salud.

El papel de profesor adecuado en esta temática no es el de un experto o especialista sino el de una persona capacitadora o facilitadora que maneje una amplia variedad de estrategias de enseñanza y situaciones de aprendizaje, coordinar recursos, facilitar discusiones y promover aprendizajes de todas las experiencias posibles.

Para que los docentes asuman la importancia de su papel de educadores de Educación para la Salud en la escuela y lo desarrollen lo mejor posible es imprescindible la **formación específica sobre algunos aspectos de salud**, formación que tendrían que recibir todos los futuros profesores en la Universidad, y que se tendría que ir actualizando posteriormente a partir de **actividades de formación permanente y/o continuada** (Juvinyà, 1997).

Por tanto los profesores deben recibir formación específica sobre la Educación para la Salud. Esto supone un problema importante ya que este tipo de formación parece que sea también insuficiente entre el personal sanitario, especialmente en aspectos prácticos.

En muchos países, incluido España, se señala la necesidad de incluir en los programas de formación del profesorado las habilidades y conocimientos necesarios para impartir la Educación para la Salud.

1.4. LA INSPECCIÓN DE EDUCACIÓN Y LOS EQUIPOS DE ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN PSICOPEDAGÓGICA (EAP):

Para tener una visión global de la comunidad educativa y su intervención en la Educación para la Salud hemos creído necesario **analizar el papel de la Inspección educativa y el del equipo de Asesoramiento y Orientación psicopedagógica (EAP).**

1.4.1. LA INSPECCIÓN DE EDUCACIÓN.

Es el órgano encargado de la supervisión, el asesoramiento, la evaluación y el control de los centros docentes y de los servicios, los programas y las actividades que integran el sistema educativo de Catalunya, tanto de titularidad pública como privada. Además tiene que asegurar la calidad de la enseñanza, la mejora permanente del sistema educativo y el cumplimiento de la normativa que lo regula, y garantizar los derechos y la observación de los deberes de los miembros de la comunidad escolar.

Las funciones del cuerpo de Inspectores de Educación son:

- a) Supervisar la organización y el funcionamiento de los centros docentes, de los servicios educativos y de la intervención de los programas educativos en el territorio y favorecer la coordinación.
- b) Asesorar los centros docentes y los servicios educativos en aspectos organizativos, pedagógicos y de innovación educativa, así como en el cumplimiento de la normativa y en los procesos de evaluación interna.
- c) Asesorar al profesorado en el ejercicio de la práctica docente y en el conjunto de actividades relacionadas con el proceso educativo de los alumnos.
- d) Evaluar los centros docentes, la función directiva y la función docente y la intervención de los servicios y programas educativos en la actividad educativa y participaren la evaluación general del sistema educativo.
- e) Velar por el cumplimiento, en los centros docentes y en los servicios educativos, de la normativa reguladora que afecte en su funcionamiento, y asesorar, orientar e informar los sectores de la comunidad escolar en el ejercicio de sus derechos y en el cumplimiento de sus obligaciones.
- f) Orientar los equipos directivos en la adopción y seguimiento de medidas que favorezcan la convivencia, la participación de la comunidad escolar y la resolución de conflictos.
- g) Informar sobre cualquier aspecto relacionado con la enseñanza, a requerimiento del órgano del cual depende o de oficio, por vía reglamentaria y cuando se considere necesario, en relación con asuntos que conozca en el ejercicio de sus funciones.
- h) Colaborar en la planificación y la coordinación de los recursos educativos y en la detección de necesidades de formación del profesorado y participar, si es necesario, en la realización de esta formación.
- i) Colaborar en los proceso de reforma educativa y de renovación pedagógica y en aquellas relativas al cumplimiento de los objetivos educativos del Departament de Educació.

La implicación de la EpS en las funciones que llevan a cabo los Inspectores de Educación es bastante colateral, si bien en los apartados b), c), h) e i) es dónde creemos que se podría implicar más la temática estudiada ya en los dos primeros se puede asesorar tanto al centro como al profesorado de aspectos relacionados con el eje transversal estudiado. En cuanto al penúltimo apartado el Inspector ha de colaborar en la planificación y la coordinación de los recursos educativos, si la EpS está implícita en la escuela, en las aulas, en los docentes. Y para finalizar la última función estaría vinculada a la EpS debido a que este tema transversal tiene su origen en la reforma educativa y por lo tanto le corresponde al Inspector colaborar en todo que le sea posible que la EpS se pueda realizar en los centros.

1.4.2. LOS EQUIPOS DE ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN PSICOPEDAGÓGICA (EAP).

En referencia a los EAPs podemos decir que se crearon en 1983 (Orden de 20 de mayo de 1983 al DOGC 344/83 de 13 de Julio de 1983) que se pueden definir como “un servicio de apoyo y asesoramiento psicopedagógico y social a los centros educativos y a la comunidad educativa” (<http://www.xtec.es/eap/presenta.htm> del 21/08/2006).

Según el Decreto 155/94, de 28 de junio, por el cual se regulan los servicios educativos del Departament d’Educació (DOGC. 1918), los EAPs enmarcan su plan de trabajo en las necesidades prioritarias del sistema educativo, las necesidades de los centros de intervención, y, en su caso, las acciones acordadas con los servicios educativos del sector.

En cuanto a las **características** de los EAPs podemos decir:

- Están organizados en equipos de sector.
- Tienen una composición multiprofesional: pedagogos, psicólogos y trabajadores sociales.
- Son un servicio público de la Administración Educativa en un sector de la comunidad.
- Intervienen en las diferentes etapas educativas: educación infantil, primaria y secundaria.

Las **funciones** del EAP son:

- a) Identificación y evaluación de las necesidades educativas especiales de los alumnos, en colaboración con los maestros y profesores, especialistas y servicios específicos.
- b) Participación en la elaboración y el seguimiento de los diversos tipos de adaptaciones del currículum que puedan necesitar los alumnos, en colaboración con los maestros y profesores, especialistas y servicios específicos.

- c) Asesoramiento a los equipos docentes sobre los proyectos curriculares de los centros educativos por lo que hace a los aspectos psicopedagógicos y de atención a la diversidad de necesidades del alumnado.
- d) Asesoramiento al alumnado, familias y equipos docentes sobre aspectos de orientación personal, educativa y profesional.
- e) Colaboración con los servicios sociales y sanitarios del ámbito territorial de actuación, para poder ofrecer una atención coordinada a los alumnos y familias que lo necesiten.
- f) Aportación de apoyo y criterios técnicos psicopedagógicos a otros órganos de la administración educativa.
- g) Otras funciones que les atribuya el Departament de Educació.

La intervención de los EAPs se organiza en los ámbitos siguientes:

1. Alumnado y respectivas familias.
 - Identificación y evaluación psicopedagógica y social de necesidades educativas del alumnado.
 - Asesoramiento al profesorado en la planificación de la respuesta educativa: plan de atención individualizada, adaptaciones y modificaciones de curriculum,
 - Seguimiento del alumnado con necesidades educativas especiales a lo largo de su escolaridad.
 - Asesoramiento y orientación a las familias, en especial en el proceso de transición al mundo laboral.
 - Orientación a las familias sobre servicios y recursos del sector, becas y ayudas, y en la colaboración con el centro escolar.
 - Elaboración de informes y dictámenes.
2. Centros educativos:
 - Asesoramiento en proyectos y experiencias de inclusión escolar.
 - Asesoramiento al equipo directivo y a la Comisión de atención a la diversidad y otros órganos del centro en la planificación y el desarrollo de estrategias de atención a la diversidad del alumnado y en la organización de recursos.
 - Asesoramiento a los equipos docentes en la enseñanza-aprendizaje de competencias básicas del alumnado y colaboración en la detección y la

concreción de estrategias de intervención con el alumnado que presentan dificultades en su logro.

- Asesoramiento a los equipos docentes en la detección y prevención de conductas de riesgo y en la resolución de situaciones de conflicto.
- Asesoramiento y colaboración en programas orientados a los alumnos y las familias.
- Coordinación con los maestros especialistas de educación especial y con el profesorado de psicología y pedagogía.
- Asesoramiento al profesorado en procesos de tutoría y de orientación del alumnado, y en la organización de actividades de orientación e información sobre los recursos del sector.
- Seguimiento de las actuaciones de los técnicos de integración social.

3. Sector:

- Colaboración en el proceso de transición del alumnado entre las diferentes etapas educativas.
- Coordinación con los diferentes servicios educativos del sector: centro de recursos educativos para deficientes auditivos (CREDA), centro de recursos pedagógicos (CRP), ...
- Colaboración e la creación de estructuras participativas: centros-familias, intercentros, centros-comunidad....
- Colaboración con otros servicios o programas del Departament d'Educació o de otros departamentos de la Generalitat de Catalunya, de otras administraciones e Instituciones.
- Colaboración con servicios implicados en la atención en la población infantil y juvenil con trastornos mentales, trastornos generalizados del desarrollo- psicosis y autismo- y otros trastornos y discapacidades que están escolarizadas en centros de educación especial o centros ordinarios en el marco del convenio de colaboración entre el Departament d'Educació y el Departamento de Salud y con el Programa de Salud y Escuela.
- Participación en el trabajo de redes y planes educativo de entorno.
- Coordinación de grupos de trabajo con profesorado del sector para establecer criterios de intervención para la atención a la diversidad y para fomentar actuaciones específicas que se dirijan al alumnado con más dificultades para aprender y con más necesidades educativas especiales para la mejora de la práctica educativa.

- Detección de necesidades y aportación de sugerencias y propuestas para la planificación de la respuesta educativa en el sector.
 - Impulso y colaboración en programas planes y programas de intervención en el ámbito social: absentismo, salud escolar, ...
 - Colaboración en la creación de comisiones sociales como espacio de coordinación de los diferentes agentes que intervienen en el ámbito social en un determinado sector.
4. Trabajo social: La intervención del EAP en este bloque la desarrollará el/la trabajador/a social:
- La valoración socio-familiar del alumnado con necesidades educativas especiales derivadas de una discapacidad o de una situación social desfavorecida para poder identificar los aspectos a mejorar en el contexto escolar, en su proceso de aprendizaje y en el entorno familiar.
 - La orientación y la información a las familias relativas a los servicios y recursos del sector, a las becas y las ayudas, etc. Actuaciones que favorezcan el acercamiento y la relación familia, escuela y que permitan el uso de los recursos adecuados y la mejora de su calidad de vida.
 - El diseño y la planificación de planes de intervención en el ámbito social relativos a programas específicos del absentismo, salud escolar, Y en determinadas zonas, si hace falta, se potenciará la creación de comisiones, como la comisión social para atender de la manera más integral posible, las necesidades del alumnado y de sus familias y buscar alternativas para los alumnos que presenten graves dificultades de adaptación.
5. El trabajo interno de equipo: En este bloque se continuarán considerando prioritarias las actuaciones relacionadas con el proceso interno como son:
- Elaborar criterios comunes para la práctica psicopedagógica y social que favorezcan la interdisciplinariedad.
 - Analizar casos e intervenciones.
 - Concretar prioridades, estrategias y actuaciones.

Como se puede observar el trabajador social participa en la EpS ya que puede llegar a diseñar y planificar programas de salud escolar teniendo como objetivo principal la mejora de calidad de vida tanto del alumno como de la familia.

Observadas las funciones y los ámbitos de intervención de los EAPs, la experiencia como profesional en este campo y la vinculación con la temática estudiada hemos creído conveniente centrarnos en el análisis de la figura del trabajador social del EAP por eso hemos realizado dos entrevistas a dos trabajadoras sociales de dos EAPs.

2. LOS AGENTES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD SANITARIA Y SOCIAL.

2.1. EN LA ATENCIÓN PRIMARIA SANITARIA:

2.1.1. CONCEPTO Y FUNCIONES.

Ya en 1978 en la Conferencia de Alma-Ata se establecía que la Atención Primaria de Salud era primordial para poder satisfacer las necesidades esenciales de salud en la mayoría de la población.

En esta conferencia se define la **Atención Primaria de salud** como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1978).

En cuanto a las funciones de la atención primaria en los artículos 18.2 y 56.2 de la Ley General de Sanidad (1986) establece que las funciones que debe asumir son de: promoción, prevención, curación, rehabilitación, docencia e investigación.

Por lo que se consideran **funciones de la Atención Primaria** de salud las siguientes:

- Promoción de la Salud.

Es el conjunto de medidas que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los individuos, de la familia y de la comunidad.

- La prevención de la enfermedad.

Agrupar a todos los servicios dirigidos a la persona para evitar la aparición de las enfermedades o la evolución de las mismas.

- La asistencia o curación.

Se considera ésta una función básica, pues la población con la que se actúa, a diferencia de las funciones anteriores, es la que se encuentra enferma.

- La rehabilitación.

Se basa en proporcionar a los pacientes los instrumentos necesarios para que puedan volver a funcionar normalmente o puedan adaptarse satisfactoriamente a sobrellevar una función normal, tanto física como psíquica y social.

- La docencia y la investigación.

Se consideran fundamentales para el progreso de todo sistema sanitario.

Sirva como ejemplo, el Decreto 84/1985, Reforma de la Atención Primaria en Catalunya, en el cual hace referencia a las funciones del equipo de la Atención Primaria, mencionando entre otras y haciendo referencia a la Educación para la Salud: “... la ejecución de programas y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la educación sanitaria directa a la población”.

Las **actividades** que se derivan de las funciones mencionadas anteriormente son variadas y complejas; Martín Zurro (1994) las engloba integrándolas en las funciones correspondientes:

- Diagnóstico de la situación y de los problemas de la salud de la población.
 - Se considera esta actividad previa a cualquier otra y no vincula expresamente a las funciones mencionadas.
- Actividades relacionadas con la Promoción de la Salud:
 - Educación sanitaria individual y colectiva: que pueden llevarse a cabo en el centro de salud, en las escuelas y otras instituciones y como pueden ser campañas sobre hábitos vitales, cursos a educadores y a grupos motivados.
- Actividades relacionadas con la Prevención de la Enfermedad:
 - Atención a grupos de riesgo.
 - Vacunaciones.
 - Profilaxis materno-infantil.
- Asistencia:
 - Visita en Centro y domicilio.
 - Espontánea.
 - Programada.
 - Diagnóstico precoz, tratamiento y control.
- Rehabilitación:
 - Grupos de enfermos crónicos.
 - Patología aguda.
 - Psíquica.

- Reinserción social con el soporte de los servicios sociales de base.
- Otras actuaciones de funcionamiento y soporte:
 - Sesiones y reuniones.
 - Trabajos de organización interna.
 - Formación continuada y docencia.
 - Investigación.

El pilar organizativo en el que se basa el desarrollo de los contenidos sanitarios de la Atención Primaria de Salud es el **trabajo en equipos multidisciplinares**. En España el proceso de implantación de estos equipos se inicia en 1984, a partir de la publicación del Real Decreto 137/84 del Ministerio de Sanidad y Consumo y que analizaremos mas detenidamente en el punto siguiente.

2.1.2. EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

El Equipo de Atención Primaria ha de asumir los objetivos y las actividades médicas desde una perspectiva multidisciplinar, tanto desde un enfoque individual como comunitario, en cuyos contenidos imperen la prevención, la promoción y otros relacionados con aspectos económicos, sociales y culturales autóctonos de la población atendida.

En cuanto a las **características esenciales** que definen cualquier tipo de trabajo en equipo pueden ser (Gilmore et al, 1974):

- Objetivos comunes.
- Clara comprensión de funciones.
- Coordinación de técnicas y conocimientos.
- Organización flexible y consensuada.
- Participación de todos los componentes en la toma de decisiones y responsabilidad final.

Para un óptimo funcionamiento del Equipo de Atención Primaria es necesario profesionales expertos en distintas áreas, con un marco en común de objetivos y una organización del trabajo basada en su división funcional, de acuerdo con las capacidades técnicas y las disponibilidades de cada uno de ellos y no con una rígida y simple asignación estamental.

Es imprescindible para un buen funcionamiento del Equipo tener una programación conjunta y tener aspectos compartidos en la práctica por varios de sus componentes.

Que el equipo de salud funcione realmente como tal no es una tarea fácil y más aún cuando los profesionales sanitarios no tienen demasiada experiencia de trabajo en el seno de verdaderos equipos multidisciplinares. Por lo tanto **“la formación de equipos**

de salud multidisciplinarias es uno de los instrumentos básicos para el desarrollo integral de los postulados de la Atención Primaria de Salud” (Martín y Cano, 2003: 61).

El núcleo básico del Equipo de Atención Primaria es el formado por aquellos profesionales indispensables en el desarrollo de sus funciones esenciales en los ámbitos asistenciales, preventivos y de promoción de la salud.

En España, las disposiciones legales sobre la delimitación de los miembros de los equipos de Atención Primaria incluyen a médicos de familia, pediatras, profesionales de la enfermería, matronas, auxiliares de clínica, farmacéuticos, veterinarios, trabajadores sociales y personal auxiliar polivalente. Mientras que en Catalunya, la composición de los equipos es diferente de la señalada, ya que se incluye a los odontólogos y los estomatólogos, dejando como elementos colaboradores a los farmacéuticos y matronas y no mencionando específicamente a los veterinarios.

Por lo que podemos decir que el núcleo básico del equipo son: médicos de familia, pediatras, enfermeros y asistentes sociales. Consideramos este grupo de profesiones agentes de Educación para la Salud porque también de ellos depende la formación integral del individuo, su bienestar, su calidad de vida.

Nos detendremos a realizar una pequeña reseña de los **profesionales** anteriormente citados y su relación con la Educación para la Salud:

- **El pediatra.**

Las continuas transformaciones que muestra nuestra sociedad hace que el papel de la pediatría cambie pero eso sí teniendo como referencia el niño, *“el objetivo siempre es el mismo: el niño, pero las circunstancias varían, según se considere al menor individualmente enfermo, como motivo de una especializada asistencia (Pediatría clínica), el niño sano donde son precisas destacadas normas de higiene y profilaxis (Pediatría preventiva y Puericultura), el niño sano o enfermo sometido al influjo físico y psíquico de la comunidad o sociedad en que se desarrolla (Pediatría social y rehabilitadora) y la Ecopediatría”* (Cruz, 2003:5).

El mismo autor expone que todas estas facetas citadas tienen numerosos puntos comunes y que la tendencia progresiva, casi unánime, a fundirlas en una sola ciencia: la Pediatría.

El objetivo de la asistencia pediátrica primaria es el de facilitar unos niveles de salud y bienestar óptimos tanto para los niños como para sus familias. Este objetivo se consigue a través de diversas actividades interrelacionadas, incluyendo la vigilancia, la observación y la prevención de los problemas, la promoción de la salud y la coordinación de la asistencia para atender a las necesidades de los niños.

Actualmente una gran parte del tiempo del ejercicio profesional se invierte hoy en día en la atención al niño sano, concentrándose en la dinámica familiar y tratando nuevas enfermedades.

Los pediatras de atención primaria han de ser conscientes de la importancia que tiene informar sobre temas relacionados con la Educación para la Salud, como pueden ser:

- Prevenir accidentes, a través de consejos sobre la utilización de los cinturones de seguridad en el coche, la seguridad en el agua, en el hogar, el control de tóxicos.
- Convertirse en expertos para evitar los abusos, ya sean de drogas, maltrato infantil o de los padres.
- Asesorar a las familias en los objetivos relacionados con su estilo de vida, como la necesidad de compartir tiempo con la familia y comprender las limitaciones de tiempo y las tensiones relacionadas con el trabajo y la forma como la familia se enfrenta a estas situaciones.
- Promover una buena salud a través del asesoramiento de: dietas saludables, ejercicio, ... (Hoekelman, 2002).

- **La enfermera.**

Estamos totalmente de acuerdo en que *“el desarrollo de la Atención Primaria en España no es viable sin el concurso de profesionales de enfermería capaces de asumir un papel principal en la impartición de cuidados de salud desde una perspectiva integral tanto en el plano individual como en el comunitario”* (Martín, 2003:64).

El profesional de enfermería desempeña una variedad de funciones en su práctica profesional. Entre las funciones más importantes podemos destacar: la atención a la salud, la docencia, la administración y la investigación.

Respecto a su campo de actuación son muchos y muy variados, pero no hay duda que los ámbitos de intervención con mayor futuro son los de atención domiciliaria, prevención y promoción de la salud y coordinación de recursos sociales y sanitarios.

En el contexto de la promoción y Educación para la Salud la enfermera tiene un papel central, sobre todo en la dirección puesta en práctica de las actividades de educación sanitaria, dirigidas tanto a individuos sanos como a enfermos o en situación de riesgo, e impartidas de forma individual o colectiva.

Tanto en Catalunya como el resto de España se han implantado las llamadas consultas de enfermería dónde se llevan a cabo actividades relacionadas con

la promoción de la salud, la prevención y especialmente con aquellas técnicas o procedimientos de enfermería como pueden ser: extracciones de sangre, test del embarazo,

Estas consultas han de ser un elemento de gran utilidad y ayuda respecto nuestra temática estudiada, la Educación para la Salud en el contexto formal educativo. De hecho, en la actualidad, se están ubicando consultas de enfermería en algunos centros de Educación Secundaria.

- **El trabajador social.**

Uno de los elementos de cambio cualitativo de la asistencia prestada a la población ha sido la incorporación de los trabajadores sociales en los Equipos de Atención Primaria de Salud.

Las funciones y las actividades de éstos giran esencialmente alrededor de las características de la comunidad atendida y tienen su base en un conocimiento profunda de ellas.

El trabajador social ha de ser capaz de identificar y definir las demandas y las necesidades de la población y de diseñar las actuaciones precisas para el control de los problemas y emergencias sociales en las formas individual, familiar y comunitaria.

Otro ámbito de acción es la participación comunitaria, descrita en el primer apartado del capítulo, en ella su función será de elemento de enlace entre los individuos, las entidades y el equipo de salud.

Su población diana son las personas y grupos en situación de riesgo social (alcoholismo, inadaptación, inmigración, paro, vejez, etc) y hacia ellos se dirigirán la mayor parte de sus esfuerzos.

2.2. EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES:

2.2.1. CONCEPTO Y FUNCIONES.

Los Servicios Sociales de Atención Primaria son el fruto de un desenlace de cambios en los planteamientos de la atención social. Por un lado, son el reflejo de políticas de bienestar social que quieren crear redes de servicios. Por otro, reflejan también la transformación que han tenido los servicios sociales de las administraciones públicas, ya que los centros de Servicios Sociales de Atención Primaria son una de las células administrativas más cercanas al ciudadano, y que al mismo tiempo, fomentan los procesos participativos.

Estos Servicios sociales tienen la misión de **atender las necesidades más inmediatas, generales y básicas de las personas, las familias y los grupos, y de contribuir a la prevención de las problemáticas sociales y a la reinserción y la integración social de las personas en situación de riesgo de exclusión.**

Desde los servicios sociales de atención primaria se llevan a cabo las **funciones** siguientes:

- La información, la orientación y el asesoramiento, el trabajo social comunitario, la detección y la prevención.
- La realización de valoraciones, intervenciones y tratamientos de soporte y de seguimiento a personas, familias y grupos.
- La realización de propuestas de atención a las personas, a los servicios de atención social especializada.
- La gestión de los servicios que configuran el primer nivel de atención social.
- La coordinación, la cooperación y el establecimiento de programas y actuaciones conjuntas con otras redes de atención. (Generalitat de Catalunya, 2003:38).

Este primer nivel de atención comprende los **servicios** siguientes:

- Servicios básicos de atención social primaria.
- Servicios de atención domiciliaria.
- Servicios residenciales de estancia limitada.
- Servicios de comedor.
- Servicios de asesoramiento técnico de atención social primaria.
- Servicios de centros abiertos para niños y adolescentes.

En un principio solamente analizamos los servicios básicos de atención social primaria dejando otros servicios que también pueden tener relación con nuestra temática estudiada, la Educación para la Salud como pueden ser: comedor y asesoramiento técnico de atención social primaria.

Podemos definir **Servicios Básicos de atención social primaria** “*como un conjunto organizado y coordinado de acciones profesionales, llevadas a término mediante el respectivo equipo técnico, que tienen como objetivo promover los mecanismos para conocer, prevenir, e intervenir en personas y/o familias*” (Generalitat de Catalunya, 2004:9).

Los objetivos son: **garantizar y mejorar el bienestar social y favorecer la integración de las personas y familias.**

Las **funciones** son:

- Detección y prevención de situaciones de riesgo social o exclusión.

- Recepción y análisis de las demandas relativas a las necesidades sociales del área territorial correspondiente.
- Información, valoración, orientación y asesoramiento.
- Aplicación de acciones o intervenciones de refuerzo y seguimiento de familias.
- Gestión y coordinación de los servicios correspondientes al primer nivel.
- Tramitación y seguimiento de programas y prestaciones que requieran su intervención.
- Trabajo social comunitario.
- Tramitación de propuestas de derivación a los servicios sociales de atención especializada o a otras redes asistenciales.

Los destinatarios de estos servicios son aquellas personas o familias que viven o se encuentran en las respectivas áreas territoriales, y, en especial, a aquellos individuos y familias con dificultades de desarrollo y de integración social o falta de autonomía personal.

2.2.2. EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Este equipo básicamente está formado por trabajadores sociales, educadores sociales, psicólogos, trabajadores familiares, sociólogos, abogados y personal administrativo, cuyo ámbito de actuación es el área básica de servicios sociales. El equipo profesional básico por cada territorio de 20.000 habitantes ha de estar formado como mínimo por un trabajador social y un educador social.

Cada persona desde su disciplina profesional realiza las diferentes funciones de información y orientación y, además, otros trabajos como pueden ser la gestión de recursos, la supervisión de equipamientos, la dinamización del grupo. Estos diferentes profesionales tienen funciones diversas pero trabajan en proyectos comunes desarrollando las tareas propias de cada profesión pero con objetivos comunes.

En cuanto a la **intervención** que se desarrolla en los centros de Servicios Sociales de Atención Primaria **se puede clasificar según esta tipología:**

- Individual: cuando la acción de orientar recae principalmente sobre un individuo. A pesar de este hecho, es necesario integrar la acción en el entorno familiar y comunitario.
- Familiar: cuando la acción de orientar se realiza sobre algunos miembros del núcleo familiar (pareja, madre-hijo, ...).
- Grupal: cuando la acción orientadora se realiza sobre un grupo de personas ya sean grupos naturales o grupos de intereses o problemáticas comunes.

- Comunitaria: Cuando la acción de orientar tiene como objetivo implicar diferentes sectores de la comunidad y dinamizar las redes sociales tan formales como informales.

Mayoritariamente las diferentes acciones orientadoras que se realizan en los centros de servicios sociales son de forma directa, ya que es el profesional el que se sitúa en una relación directa con la persona objeto de orientación ya sea de forma individual o grupal. También se pueden realizar intervenciones indirectas a partir de asesoramientos a maestros, padres, líderes de la comunidad que después llevaran a cabo actuaciones.

Nos detendremos a realizar una pequeña reseña de los **profesionales** anteriormente citados y su relación con la Educación para la Salud:

- **Los trabajadores sociales.**

El objetivo de su trabajo es la normalización social de los sujetos que atienden.

Sus intervenciones conllevan acciones preventivas, asistenciales, educativas y rehabilitadoras, realizando trabajos de:

- Información: asesora a la población sobre sus derechos, deberes y dar a conocer los servicios y recursos existentes. En el campo de la Educación para la Salud sería dar a conocer talleres dónde tratar por ejemplo temáticas como el consumo de drogas, el sexo la higiene, la alimentación, la creación de “esplais”,
- Individual y familiar: detectar situaciones de necesidad y/o riesgo como pueden en situaciones personales del niño y del adolescente: malos tratos físicos o psíquicos, desnutrición o falta de higiene importante, consumo de sustancias que generen drogodependencias, abuso sexual, adolescentes embarazadas, ... y situaciones familiares como pueden ser: prostitución, progenitor con enfermedad grave, drogodependiente o en prisión, familias con muchas dificultades económicas, viviendas altamente deficientes,... .
- Comunitario: proponer sistemas para favorecer la participación social, fomentar el asociacionismo, promover el voluntariado, encontrar soluciones colectivas para problemas individuales como pueden ser falta de servicios para el tiempo libre, presencia de grupos de adolescentes por las calles en horas de clase, el alto índice de delincuencia.
- Gestión y organización: realizar y ejercer los programas propuestos, sugiriendo cambios o reformas en los Servicios Sociales.
- Promoción e investigación: elaboración de programas de actuación a partir del estudio y conocimiento de la realidad social.

- Coordinación: integrar todas las acciones que se lleven a término a través de los programas, promover el trabajo en equipo haciendo de intermediario entre la institución y el usuario,
- Documentación: realizar informes y memoria general del servicio, informar a la administración,

- **Los educadores sociales.**

Su intervención es centrada en infancia (0-12 años), la adolescencia y la juventud (13-24 años), llevando a cabo una acción eminentemente educativa.

El educador se centra más en el aspecto individual, en el tratamiento individualizado siendo las funciones de:

- Detectar problemáticas familiares (padres alcohólicos, drogadictos, violencia doméstica, ...) que incidan negativamente en el niño o adolescente.
- Contactar y coordinar con entidades, asociaciones, grupos para la infancia y adolescencia.
- Sensibilizar y realizar educación ciudadana en relación a la infancia y adolescencia.
- Elaborar propuestas de futuros recursos para la infancia y adolescencia a partir de la recogida de datos.
- Realizar el seguimiento de individuos o grupos en riesgo social.
- Prevención de las situaciones de marginación juvenil.
- Intervenir en la canalización de la red de servicios para intentar restablecer la conexión familiar, escuela, barrio, trabajo o intervenciones con Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia, Juzgados o Servicios Especializados.

- **El psicólogo.**

Las funciones específicas del psicólogo serían:

- Elaborar informes sobre la situación personal y relacional de cada caso, teniendo en cuenta el ámbito familiar y social en que se envuelve y analizando la posible influencia sobre su desarrollo y socialización.
- Realizar o colaborar, si es necesario, interviniendo en momentos de crisis y efectuando el seguimiento oportuno.

- Decidir sobre las necesidades de soporte terapéutico de carácter psicológico o psicosocial o sobre la derivación de los casos a servicios psiquiátricos.

Observadas las características también podemos decir que este grupo de profesionales actúan como agentes de Educación para la Salud ya que toda relación con el trabajo social es una profesión en la cual se están constantemente tomando decisiones relativas a las personas, decisiones dedicadas ya que están en juego el bienestar de estas personas y su libertad, conceptos con un alto grado de relatividad y por lo tanto sujetos a provocar importantes conflictos de valores.

3. RESUMEN.

Por agente de EpS se puede considerar toda aquella persona que contribuye a la formación integral del individuo y a que éstos y los grupos adopten conductas positivas de salud, por lo tanto la EpS escolar depende de la implicación de todas las comunidades en la cual se desarrolla la persona: familiar, escolar, social y sanitaria. Actores de Educación para la Salud, todos implícitamente o explícitamente podemos serlo.

En cuanto al responsable de la EpS ha de ser una persona que debe tener claramente un perfil multidisciplinar (sanitario, social, educativo y familiar), conocedor del tema, motivado por su trabajo y con unas excelentes competencias personales y sociales.

Antes de realizar el análisis de los agentes de EpS en la comunidad educativa hemos querido hacer una pequeña introducción sobre el concepto de comunidad educativa, llamada así como al conjunto de personas que se unen para realizar en común un quehacer educativo, un proyecto educativo siendo los elementos que intervienen: profesores, alumnos y padres de familia (elementos primarios) y servicios educativos, Inspectores de Educación, Ayuntamientos, personal administrativo, servicios sanitarios, etc (elementos por extensión).

El primer agente de EpS que describimos es el alumno, sus aspectos evolutivos y psicopedagógicos del niño de CM-CS en la etapa de EP. La importancia educativa de esta etapa (6-12 años) se pone de manifiesto simplemente con señalar que en ella el niño o la niña sufren una serie de cambios evolutivos que lo sitúan en la antesala de la adolescencia. Se trata, por tanto, de una etapa que suele ser decisiva en la configuración de la personalidad adulta resultando importante la implicación de la Educación para la Salud en la Educación Primaria.

El crecimiento personal de los alumnos /as en la etapa de primaria está bastante condicionado por la igualdad que se establece entre su nivel de desarrollo y el proceso educativo. Así mismo este crecimiento también es fruto de la interacción constante entre el individuo y el medio culturalmente organizado.

La intervención pedagógica debe favorecer el proceso del desarrollo de tal manera que los aprendizajes sean, a la vez, ocasión de nuevas adquisiciones y, sobre todo, que sirvan para alcanzar el desarrollo de las distintas capacidades por lo que son edades claves para poder realizar una óptima Educación para la Salud tanto por parte de la escuela como de la familia.

Hemos intentado dar unas pinceladas sobre las teorías psicológicas del desarrollo para poder ver que el desarrollo de una persona está condicionado por una serie de factores interrelacionados entre sí como son genética, ambiente, cultura y aprendizaje.

La finalidad de este apartado es describir al alumno de CM y CS, al no ser fácil hacer un perfil conjunto del niño de 8 a 12 años ya que su estadio evolutivo, su estimulación, sus experiencias pueden ser diferentes hemos diferenciado según el ciclo, 8 a 10 años (CM) y de 10 a 12 años (CS).

Y para finalizar el apartado del alumno nos gustaría concluir comentando que la educación, las prácticas educativas, son una pieza clave en el proceso de desarrollo personal y más en la Etapa de Primaria, primera etapa obligatoria cuyo objetivo fundamental es la formación integral de la persona, el mismo objetivo que persigue la Educación para la Salud.

El segundo agente de EpS a analizar es la familia, primer contexto en el cual se inicia el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño y primera instancia socializadora de la infancia. Siguiendo a Musitu y Cava (2001) describimos diferentes estilos de socialización parentales: autoritativo, indulgente, autoritario y negligente implicando después según el estilo parental diferentes características de los hijos.

La relación familia-escuela es fundamental para adquirir una personalidad sana. Escalas de valores contradictorias entre el ambiente familiar y escolar siempre es fuente de conflicto para el niño. La colaboración de los padres para el desarrollo de los hábitos y actitudes positivas en la etapa escolar se hace necesaria. El primer motivo de su justificación se centra en una necesidad fundamental; la escuela como continuación del ambiente familiar, de las vivencias y experiencias del niño. Para alcanzar un desarrollo progresivo, armónico y saludable es necesario que padres y educadores mantengan una serie de contactos que ayuden a esta tarea.

Progenitores y maestros comparten la educación, y por supuesto la Educación para la Salud de los niños y las niñas que asisten a los centros escolares. Es imprescindible buscar pactos, acuerdos en los hábitos de higiene, alimentación, en el descanso,... La coordinación es esencial y así establecer canales mutuos de participación mediante los que, a grosso modo, los agentes educativos de ambos contextos conozcan las actividades y las rutinas que se realizan en el con contexto y el porqué de ellas.

Se describen diferentes tipos de intervención de los padres en las escuelas: las asociaciones de padres y madres de alumnos, el consejo escolar, las reuniones colectivas o individuales y las entrevistas individuales.

A continuación describimos el profesor, agente fundamental de la EpS en la escuela. La realidad escolar de hace unas décadas no es la misma que la actual, la sociedad imprime cambios vertiginosos que por supuesto ha llevado a una redefinición del trabajo docente, de su profesión, de su formación y de su desarrollo profesional.

Se necesita un profesional de la educación que sepa ser: mediador en el proceso de enseñanza-aprendizaje de grupos heterogéneos, educador más allá de instructor de los conocimientos, un proponente de valores, un trabajador más de la comunidad y tener una actitud colegial para trabajar en equipo.

En cuanto el papel que tiene el docente en la Educación para la Salud escolar es primordial por tres motivos: el primero por el conocimiento que tiene de los alumnos, el segundo por su conocimiento en técnicas pedagógicas y el tercero por ser modelo de conductas a imitar. El rol del profesor en esta temática no tiene que ser el de un auténtico experto sino el de una persona facilitadora que manipule una gran variedad de estrategias de enseñanza-aprendizaje, que coordine recursos, facilite discusiones y promueva aprendizajes de todas las experiencias posibles. Y para que esto se pueda

realizar la condición imprescindible es que los docentes tengan formación específica en Educación para la Salud ya sea a partir de la formación en la Universidad o de la formación permanente y/o continuada.

Seguidamente para tener una visión global de la comunidad educativa y su intervención en EpS hemos creído oportuno analizar el papel de la Inspección educativa y el del Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica. Respecto a la Inspección educativa describimos un poco el organismo y sus funciones, relacionándolas con la temática estudiada. En cuanto al Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógica (EAP) mencionamos sus características, funciones, sus diferentes ámbitos de intervención, analizando concretamente la figura del trabajador social ya que es partícipe de la EpS escolar.

Y para finalizar el capítulo hacemos mención a los agentes de Educación para la Salud en la comunidad sanitaria y social. Como hemos expresado en varias ocasiones la Educación para la Salud está implicada en diferentes ámbitos o contextos o comunidades implicando los diferentes agentes que pueden intervenir, en esta ocasión describiremos dos agentes en Educación para la Salud un primero, el sanitario, antiguamente solamente intervenía en ella y el social cada día más tomado en consideración.

En cuanto a la Atención Primaria Sanitaria podemos comentar que representa el primer contacto de los sujetos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud siendo las funciones de: prevención de la enfermedad, asistencia o curación, rehabilitación, docencia e investigación y promoción de la salud (temática de nuestra investigación). De estas funciones se derivan unas actividades de las cuales sólo mencionamos las relacionadas con la Promoción de la Salud: educación sanitaria individual y colectiva que se puede llevar a cabo en centros de salud, centros educativos y otras instituciones. El pilar organizativo en el que se fundamenta el desarrollo de los temas sanitarios de la Atención Primaria de Salud es el trabajo en equipos multidisciplinares formados por: el pediatra, la enfermera y el trabajador social.

En relación a la Atención Primaria de los Servicios Sociales, decir que su cometido es el de atender las carencias más inmediatas, generales y básicas de los sujetos, las familias y los grupos, y de favorecer a la prevención de las problemáticas sociales y a la reinserción y la integración social de las personas en situación de riesgo de exclusión.

En cuanto el equipo de Atención Primaria podemos comentar que el profesional básico por cada territorio de 20.000 habitantes está formado como mínimo de un trabajador social y un educador social. Describiremos los profesionales de este equipo y su relación como posibles agentes de EpS.

Capítulo IV: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1. EL PROBLEMA OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN	133
2. EL PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	136
3. CLARIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	138
4. HIPÓTESIS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	140
5. RESUMEN	144

1. EL PROBLEMA OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN.

La realización de esta investigación tiene su origen en una **preocupación** por el tema de Educación para la Salud ya que a partir de la experiencia como docente de Educación Primaria he podido observar diferentes maneras de tratar la cuestión.

Este trabajo se centra en la Educación para la Salud de Educación Primaria, etapa donde ejerzo como maestra desde hace 16 años.

En concreto nos basamos en los ciclos medio y superior, edades que comprenden entre los 8 y 12 años en las cuales los **alumnos se están formando, creando unos hábitos, unas actitudes y unos valores. Es una edad en la cual ya podemos observar las influencias de su entorno.**

El centrar el tema de Educación para la Salud en la comarca del Baix Camp se sustenta por **diferentes motivos**:

- a. Personal: Soy una ciudadana que vive en Reus (capital de esta comarca) y como tal me intereso por la política tanto sanitaria, social y educativa que lleva a cabo la ciudad en el tema de Educación para la Salud pudiéndola comparar con otras poblaciones de la comarca.
- b. Profesional: Durante varios años de la investigación he trabajado en escuelas de Reus pudiendo involucrarme más y contextualizar mejor la investigación ya que como docente he podido experimentar el qué, el cómo y el cuándo se realizaba la Educación para la Salud en los centros: visitas de los profesionales sanitarios en las revisiones, charlas sobre temática relacionada.
- c. Como continuación de un trabajo de investigación elaborado por una docente asociada a la Universitat Rovira i Virgili que tenía como título: la Educación para la Salud en la Educación Infantil en la Comarca del Baix Camp.

Podemos decir que investigaciones y publicaciones sobre el tema de Educación para la Salud no hay muchas y menos si buscamos bibliografía actual. **A principios de los 80 surge un gran auge en publicaciones**, que tienen como referencia el tema de Educación para la Salud, como: *Educación para la Salud (1984) de Sainz.*; *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones (1985) de Salleras*; *Educación para la Salud (1988) de Greene y Simons-Morton*,

En la **Comunidad catalana** encontramos que en los inicios de los ochenta se publicaron numerosos artículos sobre salud escolar y especialmente sobre EpS en la Escuela. Aparecieron publicados en revistas especializadas, tanto del ámbito sanitario (Gaceta Sanitària de Barcelona) como en el de la enseñanza (Cuadernos de Pedagogía, Perspectiva escolar). Autores como “*Antó (1983), Martí-Valls (1980), Ferrari (1983), Mendoza (1984), Costa Pau (1984) y Fortuny (1984) publican en torno a la Educación para la Salud*” (García, 1999:215).

A principios de los años 90 decaen las publicaciones siendo un poco incongruente, ya que con la LOGSE se normativiza, es decir, aparece como eje transversal en el currículum. Es a **finales de los 90 y principios de siglo XXI cuando resurgen otra vez investigaciones y libros.**

Manuales de esta época son: Educación para la Salud: La Educación para la Salud del siglo XXI. Comunicación y Salud (1998) de Serrano; Educación para la Salud una transversal curricular (1998) de Gómez Ocaña y Rius; La apuesta por la calidad de vida (2000) de García. y varios; Desarrollo de la Educación para la Salud y del consumidor en los centros docentes (2000) de Gavidia y Rodes; Aportaciones y experiencias en Educación para la Salud (2000) de Morón Marchena; Promoción y educación para la salud: conceptos, metodología, programas (2001) de Páez y varios; La promoción de la salud una perspectiva pedagógica (2003) de Flores Biener; Educación para la Salud (reto de nuestro tiempo) (2004) de Perea Quesada .

A partir de la Base de Datos de Tesis Doctorales (Teseo) hemos realizado un seguimiento de las Tesis Doctorales que se han realizado en España a partir de los años 80 hasta nuestros días siendo el resultado:

Año	Autor	Título
1983	M. Sainz Martín	EpS en el medio escolar.
1984	M. Fortuny Gras	Un projecte de Programa d'Educació Sanitària pels estudiants de Magisteri de Catalunya.
1986	J.F. Caselles Pérez	Prevención Primaria de las drogas: El ámbito educativo. Un proyecto para la región de Murcia.
1987	J. Zabala Erdozain	La EpS: análisis documental y comparado (1940-1985).
1989	M.C. Baeza Hernández	Prevención de la drogadicción a través de cambio de actitudes. Un programa escolar.
1989	J. García Fernández	Valoración de la eficacia de un programa de salud bucodental en la escuela de Primaria.
1990	L. Vitores Montoya	Contribución al conocimiento de la Salud y enfermedad infantil en el marco de la Atención Primaria.
1991	M.V. de la Torre Prados	Evaluación de un programa de EpS en el ciclo medio de EGB.
1993	M.C. Doménech Alba	Análisis bibliométrico en EpS.
1994	F. Quinza Segura	Conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la salud en los estudiantes de Magisterio.
1994	X. Aguado Jodar	Educación postural de tareas cotidianas en la EP: una visión ergonómica.
1994	Marcelo García Sánchez	Estudio cualitativo sobre los conceptos y actitudes de los niños ante la salud, la enfermedad y las medicinas.
1995	M.Dolores Dapia Conde	Evaluación de un proyecto curricular innovador orientado hacia la EpS en el marco de la investigación-acción.
1995	Aliana Fernández Guimares	La EpS en la formación inicial de maestro: concepciones sobre salud y estrategias para su modificación.

1996	M. Rosa Pino Juste	La EpS: marco teórico y análisis de la situación en el medio rural gallego en la EP.
1996	M. José Domingo Aleixandre	Los niños españoles en 1993: valores y estilos de vida. Alimentación y nutrición.
1996	Valentín Gavidia Catalan	Análisis de las concepciones del profesorado en EpS. Diseño, desarrollo y evaluación de una propuesta para su transformación.
1996	Dolors Juvinyà Canal	L'EpS a l'escola i el paper del professorat.
1998	A. Jesús Casimiro Andujar	Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares, entre final de EP (12 años) y final de ESO (16 años).
1999	Jesús Rebollo Roldán	EpS. Un enfoque desde la fisioterapia comunitaria.
1999	M. Dolores Castillo Sánchez	Sexualidad y Sida: EpS en centros docentes implicación del profesorado y nivel de conocimientos y actitudes del alumnado.
1999	A. Jesús Padilla Gurria	El desarrollo etnográfico y posibilidades de EpS en la Sierra Gaditana.
2001	Domingo Martín Rivas	La EpS en la escuela en la Unión Europea. Modelos, Instituciones y Programas.
2001	Mario Gutiérrez Bedmar	Desarrollo y aplicación de un programa informático en EpS.
2003	Marcelo Florentino	EpS y la génesis de su práctica educativa en la escuela. Una investigación biográfico-narrativa.
2003	Laura Caballero Molano	Educación nutricional y salud. Valoración de un programa de Educación nutricional en el medio escolar.
2004	M. Dolores González de Haro	La EpS en las etapas escolares de Infantil y Primaria: dificultades y alternativas.

Cuadro 7: Tesis doctorales con temática EpS que se han realizado desde la década de los 80 hasta nuestros días.

Somos conscientes de que para que exista una óptima hegemonía entre la concepción global de salud y el hecho educativo se tiene que considerar la Educación para la Salud no como una serie de intervenciones aisladas en el espacio y en el tiempo sino como un aspecto fundamental del proyecto educativo impregnándose del entorno y de la comunidad educativa por lo que consideramos indispensables todos los agentes que intervienen en la Educación para la Salud como son:

- **El profesor /a** es la pieza clave de la educación para la salud, ya que conoce al alumno, la escuela y el contexto social, tiene una competencia profesional reconocida y la experiencia necesaria para llevarla a cabo. El docente tendría que actuar de unión entre los otros actores del proceso educativo y así poder dar continuidad y coherencia al trabajo realizado.
- **Los alumnos /as** son sujetos activos, participantes en el desarrollo de los contenidos, el diseño de actividades y su respectiva evaluación. La participación de éstos es tanto una estrategia como una finalidad de la educación para la salud.

- **Los padres y madres** son los que aseguran la continuidad educativa de las actividades escolares, evitando las contradicciones entre lo que se aprende y lo que se hace, reforzando las conductas positivas y ofreciendo a la escuela un contacto más directo con la realidad social.
- **Los profesionales socio-sanitarios** tienen un importante papel como colaboradores de los docentes, porque poseen unos conocimientos y unas informaciones técnicas y específicas que pueden poner a disposición de profesores /as, alumnos /as, padres y madres. En este apartado también ubicaríamos los **profesionales de los servicios educativos** como pueden ser los trabajadores sociales de los Equipos de atención y orientación psicopedagógica (EAPs) y los responsables del Programa Educativo de Salud Escolar (PESE) y los inspectores de educación.

2. EL PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

En la realización de nuestra investigación científica partimos de que *“la investigación científica es una investigación sistemática, controlada, empírica y crítica, de proposiciones hipotéticas sobre supuestas relaciones que existen entre los fenómenos naturales”* (Kerlinger, 1985 en Tejada, 1997:13) o *“el procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que permite descubrir nuevos hechos o datos, relaciones o leyes, en cualquier campo del conocimiento”* (Ander Egg, 1980 en Tejada, 1997:14).

Si afinamos más en el concepto podemos decir que una **investigación educativa** (Arnal y otros 1992:35) es *“una categoría conceptual amplia en el estudio y análisis de la educación que trata las cuestiones y problemas relativos a la naturaleza, epistemología, metodología, fines y objetivos en el marco de la búsqueda progresiva de conocimiento en el ámbito educativo”*. Aunque podemos decir que son muchos los significados que puede asumir la expresión investigación educativa por lo que es imposible dar una definición de investigación que satisfaga las diferentes concepciones existentes.

Observadas las diferentes perspectivas de investigación en educación, la empírico-analítica, la humanístico-interpretativa y la **orientada a la práctica educativa** nosotros nos vinculamos con esta última ya que como comenta Keeves, 1988; Nisbet, 1988 en Arnal y otros (1992:87) *“la investigación educativa orientada a la práctica es una investigación educativa que se diseña, realiza y comunica con el propósito específico de proporcionar información para la toma de decisiones (a nivel político o dentro de la práctica escolar), de controlar la implantación de una determinada política o de examinar los efectos de la política existente”*. Y que como apela Nisbet, 1988 (en Arnal y otros 1992:87): *“esta investigación tiene una aplicación directa en la política o práctica educativa; en sentido amplio se extiende a los estudios de investigación diseñados con el propósito de comprender los procesos educativos y mejorar la praxis educativa”*.

Nuestra investigación trata de **analizar el tema de Educación para la Salud en el ciclo medio y superior de la EP en la comarca del Baix Camp**, para posteriormente realizar **propuestas de mejora**, es decir, que intentaremos buscar unos **datos que nos**

aporten información sobre la situación actual del tema y así tener argumentos, iniciativas, replanteamientos para poder mejorar la práctica de la EpS.

La investigación educativa actual *“aglutina múltiples formas de lenguaje y de lógicas subyacentes... Estas multiplicidad conlleva diversas formas de hacer, produciéndose variaciones en los procedimientos, en los objetivos, e incluso, en los presupuestos epistemológicos en los que se inspiran”* (Colás y Buendía 1994:43). Por lo que podemos concluir que es imprescindible clarificar nuestra metodología de investigación teniendo siempre en cuenta, la *“naturaleza multidimensional de ésta y considerando las varias acepciones que aparecen en los textos como son: la lógica de la investigación, la lógica de los métodos y el proceso de investigación”* (Arnal y otros 1994:82).

La metodología que utilizamos es una **combinación de métodos** *“elegir el método más adecuado que explique los acontecimientos educativos en cada ocasión y resuelva óptimamente los problemas que se plantean en cada contexto específico no deja de ser una de las mayores aspiraciones de nuestra comunidad educativa”* (Buendía y otros, 1999:12).

Ya Bericat, 1998 en Buendía y otros (1999) se planteaba cada vez más la necesidad de complementariedad e integración entre los distintos métodos disponibles en la actualidad. En nuestro estudio podríamos introducir la palabra **complementariedad en los dos métodos que utilizaremos (cuantitativo y cualitativo) ya que a partir de estas estrategias podremos obtener mayor información.**

Nos adherimos a la idea de Bisquerra (2004:78) ya que *“en la actualidad, el discurso de la integración y complementariedad metodológica supera el de la incompatibilidad paradigmática (véanse las numerosas publicaciones que sobre investigación social han aparecido en los últimos años: Denzin, 1978; Cook y Reichardt, 1986; Guba, 1990; Bericat, 1998 son algunas de ellas) y se tiende a adoptar una postura flexible ante el nexo entre la dimensión teórica y la dimensión metodológica (concretada en unas técnicas y procedimientos específicos de investigación) de cada uno de los paradigmas”*.

Un cuadro bastante interesante en el que se describe las aportaciones de las dos metodologías comentadas anteriormente es el que realiza Stromquist (1983).

Fases de investigación	Aportaciones del enfoque cualitativo al cuantitativo	Aportaciones del enfoque cuantitativo al cualitativo
Durante el diseño de la investigación.	El uso combinado de entrevistas y observación puede ayudar a una adecuada selección de la muestra.	El uso previo del cuestionario puede contribuir a elegir los casos o situaciones más representativas.
Durante la recolección de los datos.	Pueden dar a conocer la receptividad de los sujetos a los instrumentos, los marcos de referencia o el vocabulario empleado.	El uso previo de los cuestionarios puede ayudar a evitar preguntas rutinarias en la entrevista o a identificar áreas que pudieran tener una incidencia especial en el contexto de estudio.
Durante el análisis de los datos.	Las entrevistas pueden ayudar a confirmar los aspectos revelados por el cuestionario, ampliar determinados elementos identificados en el mismo, o a clarificar respuestas ambiguas y complementarias las relaciones cuantitativas.	El uso del cuestionario puede ayudar a corregir la tendencia del observador de asumir que existe una congruencia entre los distintos aspectos que son objetos de análisis. Otro aspecto es la comprobación de ciertas interpretaciones permitiendo la colección de datos de forma más sistemática y representativa.

Tabla 1: Aportaciones de ambas estrategias de investigación (Fuente: Stromquist, 1983).

3. CLARIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.

Nuestra investigación tiene como objetivo fundamental **analizar la Educación para la Salud en los ciclos medio y superior de Educación Primaria de la comarca del Baix Camp.**

De este **objetivo más general se definen objetivos más concretos:**

Comunidad escolar

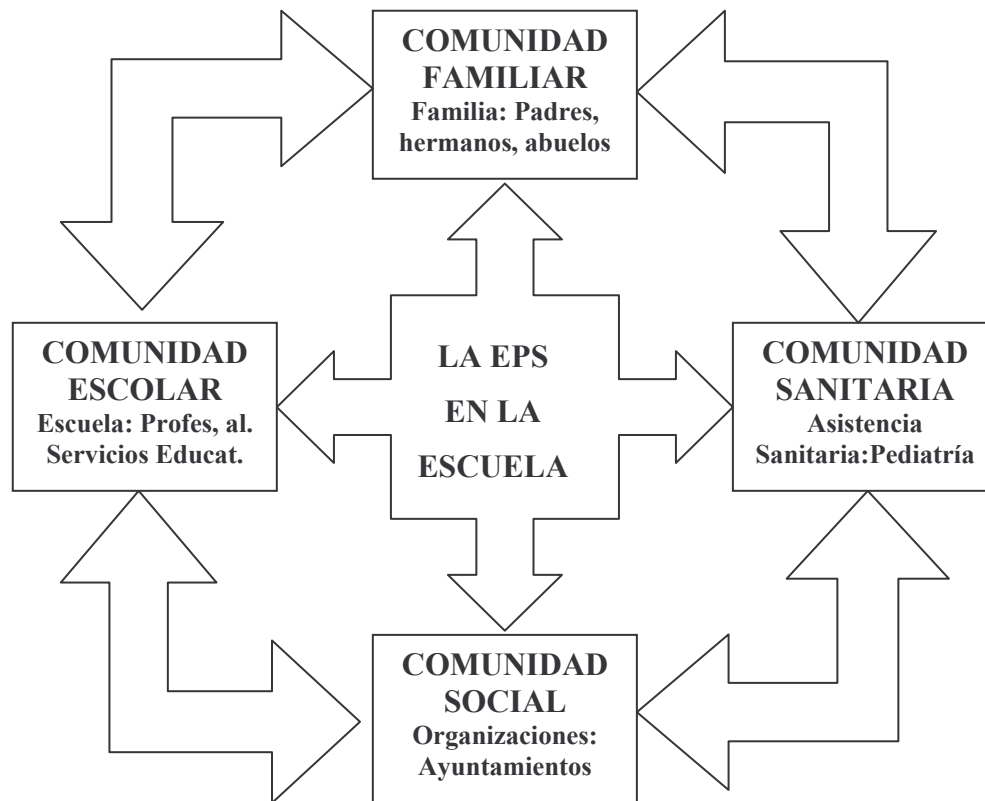
- Objetivos respecto a los profesores:
 - Analizar la formación de los docentes referente al tema de EpS.
 - Conocer la atribución que los profesores hacen sobre la responsabilidad en materia de la EpS entre la familia del alumno y los diferentes profesionales que pueden intervenir.
 - Averiguar la necesidad de los docentes a incorporar o incrementar el tratamiento de EpS en el currículum de Educación Primaria.
- Objetivos respecto a los alumnos:
 - Averiguar los conocimientos que tienen los alumnos sobre la EpS.
 - Analizar los hábitos de higiene personal del alumno.
 - Observar los hábitos que pueden influir en la EpS del alumno.
- Objetivos respecto a la Inspección Educativa y Servicios Educativos (EAP y PESE):
 - Analizar la formación de los profesionales en el tema de EpS.
 - Conocer la atribución que estos profesionales hacen sobre la responsabilidad en materia de la EpS en general y del propio servicio educativo integrado e Inspección.
 - Analizar la relación y cooperación entre los profesionales de Inspección y de los servicios educativos y los diferentes agentes/profesionales que intervienen en la EpS (docentes, médicos, enfermeros, padres, ...).

Comunidad familiar

- Objetivos respecto a los padres o tutores legales.
 - Analizar los hábitos de salud de los niños en la familia.
 - Conocer la atribución que los padres hacen sobre la responsabilidad en materia de la EpS entre la familia y los diferentes profesionales que pueden intervenir.
 - Conocer la EpS que se realiza en la familia.
 - Averiguar la opinión de los padres sobre la EpS escolar.

4. HIPÓTESIS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

A partir de la revisión teórica presentada podemos observar que la Educación para la Salud depende de la implicación de todas las comunidades donde se desarrolla la persona.



Estamos de acuerdo con Carrasco y Calderero que *“para poder llevar a cabo una investigación necesitamos no sólo tener un problema sino también una solución que es la más probable para el mismo. A esta solución se le denomina hipótesis”* (2000:35).

Para la confección de nuestras conjeturas vinculamos la relación de los puntos que forman cada sección de contenido juntamente con las variables que establecemos en las hipótesis para intentar detectar si hay o no hay conexiones significativas. Siendo las variables a partir de las cuales establecemos las hipótesis:

- Zonas (Reus, Cambrils y resto de poblaciones del Baix Camp).
- Tipo de centro: público o concertado.

Hipótesis referidas a los Profesores:

1. Definición de los conceptos: Educación para la Salud y promoción para la salud:

- H₀: No existen diferencias en los profesores de Primaria de las diferentes zonas ni diferentes tipos de titularidad de centro en la comarca del Baix Camp respecto a:
 - Concepto de EpS.

- Finalidades de EpS.
- Los elementos fundamentales para la promoción de la salud: autoestima, autonomía personal, estrés, calidad de vida, bienestar, hábitos y actitudes.
- Las condiciones físicas en los centros que favorecen a la EpS.

2. Educación para la Salud y su desarrollo en el centro y aula:

- H₀: La valoración es la misma para todos los profesores de Primaria de las diferentes zonas y de diferentes tipos de titularidad de centro en la comarca del Baix Camp en relación a:
 - Valoración de la EpS que se realiza en el centro.
 - Las estrategias a seguir para trabajar la EpS en el aula.

3. Contenidos y hábitos en Educación para la Salud:

- H₀: No existen diferencias de opinión entre los maestros de Primaria de las diferentes zonas ni diferentes tipos de titularidad de centro en la comarca del Baix Camp en cuanto:
 - La planificación de los temas de EpS en la programación del aula.
 - El tratamiento que se hace de los hábitos de la higiene

4. Responsabilidad de la EpS:

- H₀: No existen diferencias sobre la opinión que tiene el profesorado de Primaria de las diferentes zonas ni diferentes tipos de titularidad de centro en la comarca del Baix Camp respecto a:
 - El grado de responsabilidad en materia de la EpS que tienen las diferentes figuras como son: el padre; la madre; los abuelos y abuelas; el resto de familia; el pediatra; el tutor de la escuela; la escuela; los centros cívicos; los servicios sociales; el Ayuntamiento y la sociedad.
 - La opinión de los profesores sobre si han dejado de plantear algún tema por miedo a la reacción de los padres

Hipótesis referidas a los Alumnos:

5. Conocimientos que tienen los alumnos sobre los temas de Educación para la Salud:

- H₀: Los temas de EpS: alimentación y nutrición, limpieza e higiene personal, drogas, alcohol y tabaco, salud mental, actividad y descanso, prevención y control de enfermedades, seguridad y primeras curas, salud y medio y salud sexual es tratado

de la misma forma por todos los alumnos de ciclo medio y superior de Primaria de las diferentes zonas y de diferentes tipos de titularidad de centro en la comarca del Baix Camp.

6. Higiene personal del alumno:

- H₀: El hábito higiénico y bucal de los alumnos de ciclo medio y superior de Primaria de las diferentes zonas y de diferentes tipos de titularidad de centro en la comarca del Baix Camp es el mismo para todos.

7. Hábitos que pueden influir en la Educación para la Salud del alumno:

- H₀: No existen diferencias sobre la opinión que tienen los alumnos de ciclo medio y superior de Primaria de las diferentes zonas y de diferentes tipos de titularidad de centro en la comarca del Baix Camp respecto a:
 - El medio de comunicación: la televisión, el tiempo y sus programas.
 - Las preferencias por realizar las diferentes actividades un domingo por la tarde.
 - Las preferencias o gustos a la hora de escoger la comida.
 - La compra que realizan a partir de una cantidad (100 pesetas o 0,60 euros).
 - La manera de celebrar el cumpleaños.

Hipótesis referidas a los Padres:

Las hipótesis de trabajo se crean alrededor de tres secciones:

8. Hábitos de salud en el hijo:

- H₀: No existen diferencias entre los padres de ciclo medio y superior de Primaria de las diferentes zonas y de diferentes tipos de titularidad de centro en la comarca del Baix Camp en cuanto:
 - A la hora de llevar a los niños a las revisiones médicas.
 - La realización periódica de las vacunaciones en los niños.
 - Las pautas de alimentación en los hijos.
 - El trato del tema de actividad y descanso de sus hijos.
 - El hábito higiénico y bucal de los hijos.

9. Familia y Educación para la Salud:

- H₀: La opinión de los padres de ciclo medio y superior de Primaria de las diferentes zonas y de diferentes tipos de titularidad de centro en la comarca del Baix Camp es idéntica en cuanto a:
 - Los hábitos de la familia respecto a la EpS en el seno familiar.
 - El concepto de EpS.
 - El cuestionamiento si se habla de temas de EpS en casa.
 - Qué temas de EpS se han de trabajar más en la escuela.
 - El momento adecuado (la edad del hijo) en que se debe comenzar a trabajar la prevención de las drogodependencias.
 - La valoración de la curiosidad previa al cuestionario sobre el tema de Educación para la Salud.

10. Responsabilidad de la Educación para la Salud:

- H₀: No existen diferencias entre los padres de ciclo medio y superior de Primaria de las diferentes zonas y de diferentes tipos de titularidad de centro en la comarca del Baix Camp respecto a:
 - El asesoramiento de los pediatras en temas de EpS.
 - El cuestionamiento de la participación de los padres en EpS en el centro educativo.
 - El grado de responsabilidad en materia de la EpS que tienen las diferentes figuras como son: el padre; la madre; los abuelos y abuelas; el resto de familia; el pediatra; el tutor de la escuela; la escuela; los centros cívicos; los servicios sociales; el Ayuntamiento y la sociedad

11. Educación para la Salud y su vinculación con la escuela :

- H₀: La valoración de los padres de ciclo medio y superior de Primaria de las diferentes zonas y de diferentes tipos de titularidad de centro en la comarca del Baix Camp es la misma respecto a:
 - Qué temas de EpS se han de trabajar más en la escuela.
 - Qué temas de EpS son prioritarios en la Etapa de Educación Primaria.
 - El papel de la escuela sobre la EpS.
 - Cuando el hijo ha de tomar un medicamento en horario escolar.

5. RESUMEN.

En este capítulo presentamos el planteamiento de la investigación. Estaríamos de acuerdo con Tejada en que *“formular un problema de investigación es una de las etapas claves del proceso de investigación científica, por no decir la más importante y compleja”* (1997:29).

Podemos comentar que la elaboración de esta investigación tiene su origen en un interés profesional y preocupación personal puesto que como docente me surgen dudas de la realización o no de la EpS en los centros, de cómo se lleva a cabo si se implican los Ayuntamientos, Para poder proceder a la delimitación y concreción del tema hemos realizado una revisión de la bibliografía y una pertinente recopilación de datos sobre la misma, un ejemplo es el cuadro que hemos elaborado con la compilación de tesis doctorales de temática EpS que se han realizado desde la década de los 80 hasta nuestros días.

La investigación educativa está orientada a la práctica educativa ya que se realiza con el propósito de proporcionar información sobre problemas prácticos para tomar decisiones, siendo la finalidad no la acumulación de conocimientos sobre el proceso educativo sino aportar información que guíe la toma de decisiones y los procesos de cambio para mejorar la práctica educativa, por ello apostamos por una metodología mixta y justificamos la complementariedad de ambas para conseguir la máxima información posible.

El objetivo fundamental de nuestra investigación es analizar la Educación para Salud en la comarca del Baix Camp en las escuelas de Educación Primaria, y específicamente, en los ciclos medio y superior para poder después concretar los objetivos específicos de los agentes de EpS de la comunidad escolar: docente, discente, Servicios Educativos e Inspección Educativa y de los agentes de EpS de la comunidad familiar, los padres.

En cuanto a la hipótesis del trabajo de investigación podemos comentar que han de estar bien fundamentadas, es decir, implantadas en nuestra base teórica y deben ser contrastables, de manera que se pueda recurrir a la experiencia para demostrar su verosimilitud, siendo siempre congruente con las leyes naturales. Para la confección de nuestras conjeturas vinculamos la relación de los puntos que forman cada sección de contenido juntamente con las variables que establecemos en las hipótesis para intentar detectar si hay o no hay diferencias significativas. Siendo las variables a partir de las cuales establecemos las hipótesis por zonas (Reus, Cambrils y resto de poblaciones del Baix Camp) y según titularidad del centro: público o concertado.

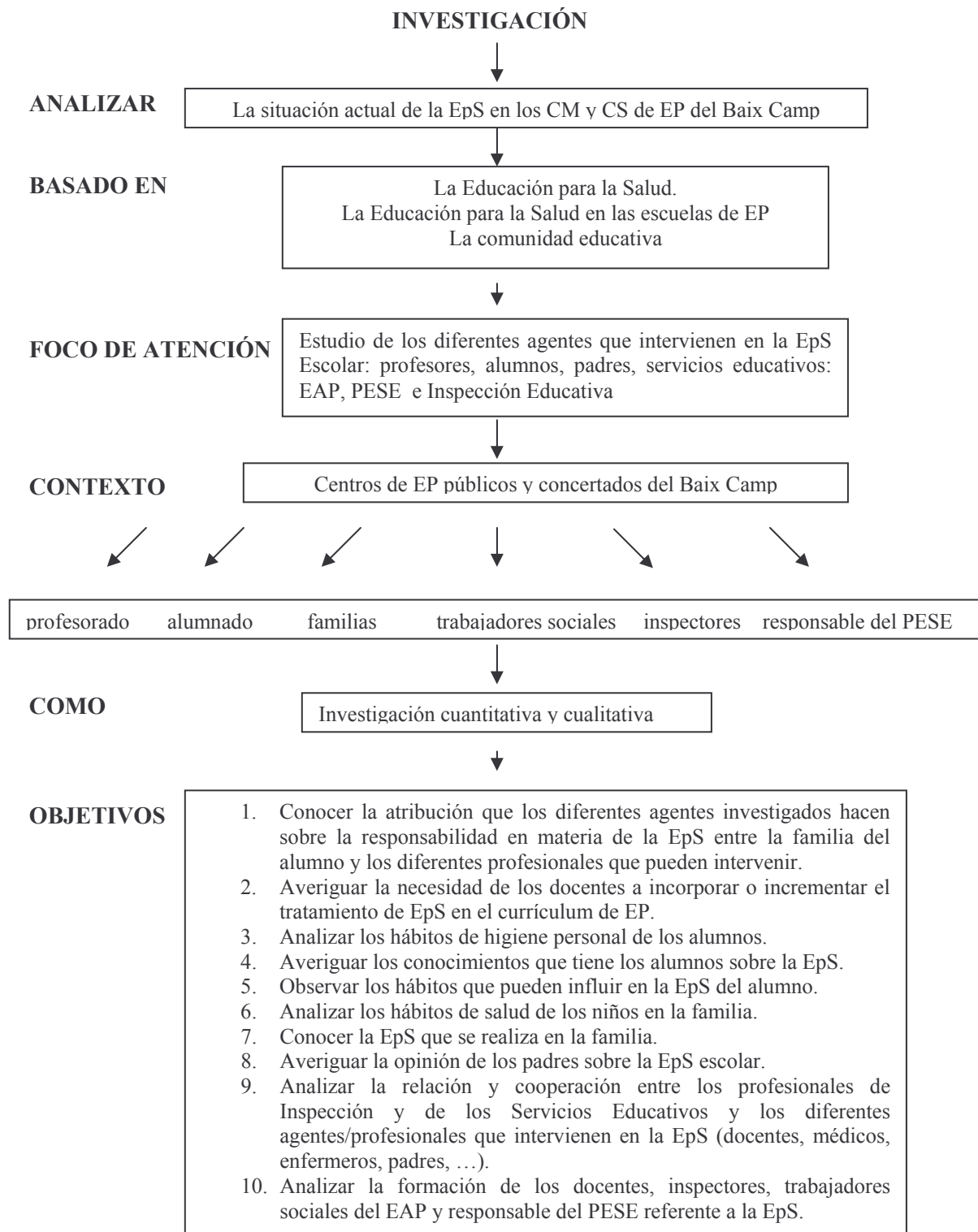
Y para finalizar exponemos las hipótesis realizadas a los diferentes agentes de EpS investigados.

Capítulo V: DISEÑO Y METODOLOGÍA

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	147
2. FASES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	148
3. LA MUESTRA	152
4. TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA RECOGIDA DE DATOS:	
4.1. CUESTIONARIOS	158
4.2. ENTREVISTAS	166
5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	169
6. RESUMEN	172

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

En estos momentos ya podemos presentar el diseño de la investigación, pues ya tenemos decidido las finalidades y el foco, así como las bases. Las bases metodológicas nos configuran expresamente el ámbito. Los objetivos y las fases nos lo contextualizan en el espacio y el tiempo. El diseño no es más que la idea expresa y permanente que nos va a servir de guía a lo largo de todo el proceso. A continuación presentamos un esquema del diseño de nuestro trabajo.



Por lo tanto, estaríamos de acuerdo con Kerlinger, (1975) y Bartolomé, (1988) en Arnal y otros (1992:91) que nos dicen: *“el diseño estructura la organización de la investigación y es un esquema global que indica lo que realizará el investigador, cómo alcanzará los objetivos de la investigación y cómo abordará el problema planteado”*.

2. FASES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

En este apartado ofrecemos una visión general de las etapas o fases de nuestra investigación.

Las **fases del trabajo** son:

1ª FASE: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

- Análisis del problema.

El planteamiento de la investigación sobre el tema de Educación para la Salud tiene su origen en una **preocupación personal** debido a la experiencia como docente he podido observar las diferentes maneras de realizar este eje transversal.

- Revisión de la literatura referida a la Educación para la Salud en la etapa de Educación Primaria:

La bibliografía encontrada alrededor de este tema es **principalmente de los años 80** donde se puso de “moda” hablar de Educación para la Salud.

En la actualidad están apareciendo investigaciones y publicaciones que tratan este tema pudiendo decir que generalmente estos libros, programas de Educación para la Salud están dirigidos principalmente a los **alumnos de secundaria**.

2ª FASE: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

- Formulación de los objetivos del trabajo:

En esta etapa nos hemos centrado en **analizar la Educación para la Salud en la Escuela y principalmente en los ciclos medio y superior de la Etapa de Primaria investigando los agentes de la comunidad educativa**.

- Diseño de la metodología de análisis:

La metodología a utilizar es llamada **“metodología mixta”** cuya combinación de métodos cuantitativos y cualitativos nos lleva a obtener la **máxima información posible teniendo una visión más global y más cercana a la realidad**.

- Desarrollo de los contenidos teóricos:

Esta etapa de estudio abarca **todo el proceso de investigación** ya que se inició con la revisión de bibliografía y se acabará cuando termine la tesis.

○ Definición de la muestra:

La realización de la muestra, como después explicaremos en este capítulo, es un trabajo fácil de representar en el papel pero difícil de realizar en la práctica ya que nuestro objetivo era tener **un resultado representativo de la población muestral elegida de la comarca del Baix Camp**.

○ Creación y validación de instrumentos:

Se han realizado **cuestionarios a alumnos, padres y profesores y entrevistas a directores, coordinadores de ciclo, inspectores, trabajadoras sociales de EAPs y responsable del Programa PESE**. La elaboración de éstos ha sido compleja y laboriosa ya que nuestra finalidad era obtener la máxima información del tema en cuestión.

La validación se hizo en la Escuela de Prácticas de la ciudad de Tarragona y con un grupo de expertos (profesores universitarios y técnicos del Ayuntamiento de Reus).

3ª FASE: RECOLECCIÓN DE DATOS.

○ Aplicación de los instrumentos y recogida de datos:

La investigación se presentó a todos los centros de Educación de Primaria de la comarca del Baix Camp, algunos equipos directivos declinaron la colaboración al momento, otros nos comentaron que primero había de pasar por la aceptación del claustro de profesores. Una vez concertada la participación de los centros de las tres zonas a estudiar pudimos poner en marcha la aplicación de los instrumentos.

Es un **momento crítico ya que para la aplicación de los cuestionarios tanto del alumno como del profesor, se requiere tiempo y en la escuela, siempre falta**. Pasó igual con la realización de las entrevistas a directores fue difícil concertarlas y realizarlas, tenemos que decir que actuábamos con un hándicap en contra era el 3º trimestre y en la Escuela durante ese periodo se concentran muchas actividades por lo que podemos decir que algunas escuelas denegaron su participación.

En una posterior fase de investigación se intenta que la entrega del cuestionario a los padres y la realización de las entrevistas a los coordinadores de ciclos medio y superior se realice en una época más tranquila, en teoría, principios del segundo trimestre la cual cosa hizo que los profesores dispusieran de un tiempo prudente para realizar la entrevista y los padres tuvieran el tiempo necesario para contestar a las preguntas.

En cuanto a las entrevistas realizadas a los profesionales de los servicios educativos e Inspección fue complicado compaginar agendas pero se realizaron sin ningún imprevisto.

4ª FASE: ANÁLISIS DE LOS DATOS, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA.

- Tratamiento de los datos:

Los **datos de las entrevistas** se transcriben uno a uno en un **procesador de textos** haciendo posteriormente un análisis de contenido. Al ser pocas entrevistas se opta por no utilizar ningún paquete informático.

Los **datos de los cuestionarios** se analizan a partir de un **tratamiento estadístico (programa SPSS)**. En cuanto a las preguntas abiertas las tratamos clasificando cada respuesta en categorías, según sus afinidades temáticas.

- Análisis de datos.

Permite llegar a los resultados de la investigación, los cuales a su vez, permitirán verificar las hipótesis planteadas.

- Propuestas de mejora.

Nuestra investigación educativa está orientada a la práctica educativa, es decir es una investigación educativa que se diseña, realiza y comunica con el propósito específico de proporcionar información para la toma de decisiones dentro de la práctica escolar con **el propósito de comprender los procesos educativos y mejorar la praxis educativa**.

Por lo que podemos considerar que la propuesta de mejora es la última fase de este trabajo de investigación y que sirve como punto de inicio a trabajos posteriores.

A continuación presentamos un cuadro resumen sobre las diferentes fases presentadas, sus estrategias e instrumentos a seguir:

FASES	INSTRUMENTOS	OBSERVACIONES
<p>1ª FASE:</p> <p>Análisis del problema.</p> <p>Revisión de la literatura de la EpS en las escuelas de EP.</p>		<p>Planteamiento de la investigación. Preocupación personal.</p> <p>Bibliografía principalmente de los años 80.</p> <p>Libros y programas de EpS dirigidos a alumnos de la ESO.</p>
<p>2ª FASE:</p> <p>Objetivo de la investigación.</p> <p>Diseño de la metodología.</p> <p>Desarrollo de los contenidos teóricos.</p> <p>Definición de la muestra.</p> <p>Creación y validación de los instrumentos.</p>	<p>Cuestionarios a profesores. Cuestionarios a alumnos. Cuestionarios a padres. Entrevistas a Equipos Directivos Entrevistas a Coordinadores de ciclo. Entrevistas a trabajadores sociales del EAP. Entrevistas a Inspectores de educación. Entrevista a responsable del PESE.</p>	<p>Analizar la EpS en la escuela de EP (CM y CS) investigando los agentes de la comunidad educativa.</p> <p>Metodología mixta: obtener máxima información.</p> <p>Abarca todo el proceso de investigación.</p> <p>Muestra representativa.</p> <p>Elaboración compleja y laboriosa.</p> <p>Validación realizada por grupo de expertos (Universitat Rovira i Virgili y técnicos del Ayuntamiento de Reus) y escuela de Prácticas de Tarragona.</p>
<p>3ª FASE:</p> <p>Aplicación de los instrumentos.</p>	<p>Presentación de la investigación a todos los centros de EP de la comarca del Baix Camp.</p> <p>Cuestionarios a profesores. Cuestionarios a alumnos. Cuestionarios a padres. Entrevistas a Equipos Directivos Entrevistas a Coordinadores de ciclo. Entrevistas a trabajadores sociales del EAP. Entrevistas a Inspectores de educación. Entrevista a responsable PESE.</p>	<p>Aceptación o no a la colaboración de la investigación por parte de los centros de EP de la comarca del Baix Camp.</p> <p>Hándicap: disposición del tiempo en los diferentes agentes a la hora de realizar los cuestionarios y entregarlos y concretar las entrevistas.</p>

4ª FASE:		
Tratamiento de los datos.	Entrevistas.	Grabación y transcripción a un procesador de textos.
		Agrupar por indicadores.
Tratamiento de los datos.	Cuestionarios.	Tratamiento estadístico (programa SPSS).
Análisis de datos.		Obtención de resultados y análisis de éstos.
Propuesta de mejora.		Propósito de comprender los procesos educativos y mejorar la praxis educativa.

Cuadro 8: Resumen de las fases de investigación.

3. LA MUESTRA.

La población objeto de estudio son los agentes que intervienen en la EpS escolar como son: alumnos, padres y profesores de CM y CS de escuelas de Primaria y de titularidad pública y concertada, Servicios Educativos e Inspección educativa de la comarca del Baix Camp.

Para realizar el estudio, y con el objetivo que los resultados obtenidos se puedan generalizar en esta población, hemos seleccionado una **muestra**, pudiéndola definir como *“una parte de un conjunto o población debidamente escogida, que somete a observación científica en representación del conjunto, con el propósito de obtener resultados válidos, también para el universo total investigado”* (Sierra Bravo, 1999:174).

Por lo tanto cogemos de la población objeto de estudio un conjunto de profesores, alumnos y padres a partir de una técnica de muestreo. La clasificación más habitual de los tipos de muestreo es la que se divide en probabilístico y no probabilístico. Nosotros hemos utilizado el probabilístico para los alumnos y el no probabilístico para los docentes y padres.

El tipo de muestreo nos permite utilizar diferentes técnicas para seleccionar la muestra. La técnica de muestreo que hemos utilizado en nuestro estudio es el **muestreo aleatorio estratificado** ya que *“este método aumenta la precisión de la muestra, pues permite seleccionarla en relación con estratos o categorías que se presentan en la población y que se consideran relevantes para los objetivos de la investigación”* (Bisquerra, 2004: 146).

Hicimos una doble estatificación a partir de:

1ª. La población de la comarca del Baix Camp separadas en tres zonas (según tamaño de la ciudad o pueblos):

- Reus (capital de la comarca, ciudad de 89.006 habitantes).
- Cambrils (pueblo de 21.000 habitantes).
- El resto de poblaciones de la comarca (pueblos de menos de 2000 habitantes).

2ª: Y dentro de estas zonas incluiremos las escuelas de Primaria de titularidad pública y concertada.

En cuanto al **proceso para realizar la muestra** se realizó a partir del envío de una carta de presentación de la investigación proponiendo la participación en ésta a todos los centros de Educación Primaria: públicos y concertados del Baix Camp.

De los centros de Reus se obtuvo respuesta afirmativa en seis, 4 escuelas públicas y 2 escuelas concertadas, de los de Cambrils se sumaron tres, 2 escuelas públicas y 1 escuela concertada y por último de los de resto de poblaciones quisieron participar cuatro, 3 escuelas públicas y 1 escuela concertada.

Estos centros colaboraron en la realización de las encuestas a los profesores y alumnos, en las entrevistas a los directores y coordinadores tanto de ciclo medio como de ciclo superior.

En otra fase del estudio nos presentamos en las escuelas que habían colaborado para comentarles la participación de los padres de la escuela en nuestra investigación. De las 6 escuelas de Reus que en un principio participaron, solamente tres aceptaron seguir con el estudio, 2 de escuelas públicas y 1 de escuela concertada, de las 3 de Cambrils colaboraron dos, 1 escuela pública y 1 escuela concertada y para finalizar de las de resto de poblaciones únicamente se sumaron dos centros de titularidad pública.

Por lo tanto la muestra queda:

Respecto a los ALUMNOS:

Para que la muestra se distribuyera de forma representativa tanto en los centros públicos como en los centros concertados, hemos partido de una población de alumnos distribuida de la siguiente manera (según datos facilitados por el servicio de estadística de la Generalitat de Catalunya (IDESCAT) pertenecientes al censo del año 2000.

La población por edad en todos los centros es de 5953.

La suma de la población por zonas, tipo de centro y curso del alumnado es:

ZONAS	TIPO DE CENTRO	3º E.P.	4º E.P.	5º E.P.	6 E.P.	TOTAL P/C	TOTAL ZONAS
REUS	Público	546	533	560	481	2120	4032
	Concertado	457	463	482	510	1912	
CAMBRILS	Público	111	122	113	114	460	751
	Concertado	69	75	72	75	291	
RESTO DE POBLACIONES	Público	279	258	258	297	1092	1170
	Concertado	20	15	19	24	78	
TOTAL		1482	1466	1504	1501	5953	

Tabla 2: Suma de la población del alumnado según zona, centro y cursos.

Utilizamos la fórmula Sierra Bravo (1994) como método de muestreo para poder asegurar la representatividad de la muestra. Según la fórmula:

$$n = \frac{4 \times p \times q \times N}{E^2 \times (N - 1) + 4 \times p \times q}$$

“p” i “q” son las proporciones, su valor es de 50, la situación más desfavorable lo que permite elegir un tamaño muestral más elevado; “E” es el error y “N” es el tamaño de la población.

$$n = \frac{4 \times 50 \times 50 \times 5953}{4^2 \times (5952) + 4 \times 50 \times 50}$$

Por lo que el resultado de la muestra es de 565 individuos.

La muestra final se distribuyó a partir de la afijación proporcional, es decir teníamos en consideración la proporción de individuos de cada estrato en la población. Por lo tanto la muestra teórica que coincide con la muestra real de los alumnos queda representada:

ZONAS	TIPO DE CENTRO	3º E.P.	4º E.P.	5º E.P.	6 E.P.	TOTAL P/C	TOTAL ZONAS
REUS	Público	52	52	52	45	201	383
	Concertado	44	44	46	48	182	
CAMBRILS	Público	10	12	10	12	44	72
	Concertado	7	7	7	7	28	
RESTO DE POBLACIONES	Público	27	24	24	27	102	110
	Concertado	2	2	2	2	8	
TOTAL		142	141	141	141	565	

Tabla 3: Muestra de alumnos según zona, tipo de centro y cursos.

Respecto a los DOCENTES:

A todos los profesores de CM y CS de los centros que habían aprobado la colaboración en nuestro estudio se les envió una carta de presentación de la investigación adjuntándose un cuestionario.

El total de maestros de CM y CS que voluntariamente participaron en el estudio ha sido de 46 siendo 30 docentes de CM-CS de la escuela pública y 16 docentes de CM-CS de la escuela concertada.

En cuanto al total de entrevistas realizadas a los coordinadores de ciclo, ya sea de CM o CS, han sido 10. Se desglosan en 7 entrevistas a coordinadores de ciclo de la escuela pública y 3 entrevistas a coordinadores de ciclo de la escuela concertada.

En referencia a las entrevistas que se han pasado a los Equipos Directivos de los centros podemos comentar que han sido un total de 11. Se han realizado 7 entrevistas en la escuela pública y 4 entrevistas en la escuela concertada.

También se llevaron a cabo 2 entrevistas a las trabajadoras sociales del EAP y una entrevista a la responsable del PESE (profesionales de los Servicios Educativos) y dos entrevistas a Inspectores de educación.

Respecto a los PADRES:

A todos los padres de CM y CS de las escuelas que habían aceptado la participación de los progenitores en la investigación se les envió una carta de presentación del estudio que estábamos realizando juntamente con un cuestionario.

El total de padres de CM y CS que voluntariamente participaron en el estudio han sido 144 siendo 90 padres de CM-CS de la escuela pública y 54 padres de CM-CS de la escuela concertada.

Es necesario comentar que los padres aunque hayan participado de manera voluntaria mantienen la proporcionalidad representativa en cuanto a la distribución por zonas y titularidad de los centros.

Consecuentemente la muestra de los agentes de EpS investigados queda reflejada a partir de este cuadro resumen:

ZONAS	REUS		CAMBRILS		RESTO POBLACIÓN		TOTAL
TITULARIDAD	P	C	P	C	P	C	P-C
Alumnos	201	182	44	28	102	8	565
Padres	50	46	12	8	28	-	144
Docentes	16	8	8	5	6	3	46
Coordinadores	4	1	2	1	1	1	10
Equipos Directivos	4	2	2	1	1	1	11
Trabaj. Social EAP	2						2
Inspectores	2						2
Responsable PESE	1						1

Tabla 4: Muestra total de los agentes de la EpS investigados de la comunidad educativa.

Hemos creído conveniente especificar **la muestra de los agentes investigados a partir de los centros, su zona y su titularidad**. Por consiguiente la muestra queda representada:

*** Alumnos:**

Teniendo en cuenta la participación de los centros en la investigación obtenemos la **muestra final**, es decir, el **número de cuestionarios a alumnos** que tenemos que pasar. Por lo que la presentación de la muestra final por centros públicos y concertados de las tres zonas **se repartió proporcionalmente** entre los centros que habían mostrado su interés en colaborar en nuestro trabajo:

En Reus:

TIPO DE CENTRO	3º CM	4º CM	5º CS	6º CS	TOTAL P/C
R-P-1	13	13	13	11	50
R-P-2	13	13	13	12	51
R-P-3	13	13	13	11	50
R-P-4	13	13	13	11	50
R-C-1	21	22	23	24	90
R-C-2	22	22	23	24	91
TOTAL	96	96	98	93	383

Tabla 5: Muestra de alumnos de Reus según escuelas, titularidad y cursos.

En Cambrils:

TIPO DE CENTRO	3º CM	4º CM	5º CS	6º CS	TOTAL
C-P-1	5	6	5	6	22
C-P-2	5	6	5	6	22
C-C-1	7	7	7	7	28
TOTAL	17	19	17	19	72

Tabla 6: Muestra de alumnos de Cambrils según escuelas, titularidad y cursos.

En resto de comarca o poblaciones:

TIPO DE CENTRO	3ºCM	4ºCM	5º CS	6º CS	TOTAL
RC-P-1	9	8	8	9	34
RC-P-2	9	8	8	9	34
RC-P-3	9	8	8	9	34
RC-C-1	2	2	2	2	8
TOTAL	29	26	26	29	110

Tabla 7: Muestra de alumnos del resto de poblaciones según escuelas, titularidad y curso.

*** Padres:**

La muestra total de padres de Reus que realizaron el cuestionario fue de 96, desglosándose según la titularidad de centros 50 padres de la escuela pública y 46 padres de la escuela concertada. Si observamos la muestra de progenitores según ciclos, se realizaron 47 cuestionarios a padres de CM y 49 cuestionarios a padres de CS.

La muestra total de padres de Cambrils que contestaron las preguntas fue de 20, desglosándose según la titularidad de centros 12 padres de la escuela pública y 8 padres de la escuela concertada. Si tenemos en cuenta la muestra de progenitores según ciclos, se pasaron 10 cuestionarios a padres de CM y 10 cuestionarios a padres de CS.

La muestra total de padres del resto de la comarca que efectuaron el cuestionario fue de 28, siendo 14, el mismo número de progenitores de CM y CS que contestaron los a éstos.

*** Profesores:**

En cuanto a los docentes de Reus han contestado el cuestionario voluntariamente 16 maestros de CM y CS de la escuela pública y 8 maestros de CM y CS de la escuela concertada. Se han realizado 6 entrevistas a Equipos Directivos, 4 en centros públicos y 2 en centros concertados. Y finalmente hemos realizado 4 entrevistas a coordinadores de CM y CS de centros públicos y una entrevista al coordinador de CM de un centro concertado.

Los maestros de Cambrils que han contestado de manera voluntaria a las preguntas han sido 13, siendo 8 docentes de CM-CS de la escuela pública y 5 docentes de CM-CS de la escuela concertada. Se han pasado 3 entrevistas a Equipos Directivos, 2 en centros públicos y 1 en un centro concertado. Posteriormente se han realizado 2 entrevistas a coordinadores de CM y CS de centros públicos y una entrevista al coordinador de CS de un centro concertado.

Y para concluir los docentes de resto de poblaciones que han contestado de manera voluntaria al cuestionario han sido 9, siendo 6 docentes de CM-CS de la escuela pública y 3 docentes de CM-CS de la escuela concertada. Se han efectuado 2 entrevistas a

Equipos Directivos, una en una escuela pública y la otra en una escuela concertada. Y por último se han realizado dos entrevistas a coordinadores de CM-CS, una entrevista al coordinador de CS de una escuela pública y una entrevista al coordinador de CS de un centro concertado.

*** Respecto a los profesionales de los Servicios Educativos e Inspección Educativa:**

Hemos realizado entrevistas a: las trabajadoras sociales del EAP de Cambrils y del EAP de Reus, al responsable del PESE del Departament d'Educació y finalmente hemos contado con la colaboración de dos inspectores de la zona del Baix Camp.

4. TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA RECOGIDA DE DATOS.

Una de las tareas primordiales en nuestra investigación ha sido establecer los instrumentos a utilizar para la recogida de datos ya que *“la recogida de datos se erige en una de las fases más trascendentales en el proceso de investigación científica, por cuanto debe aportar la información necesaria y válida para la confirmación o rechazo de las hipótesis planteadas”* (Tejada, 1997:95).

En nuestro trabajo de investigación es necesaria la complementariedad entre las técnicas en la recogida y análisis de datos obteniendo como resultado una información más enriquecedora. *“Son muchos los autores que abogan por una complementariedad (Glaser y Strauss, 1967; Alvira, 1983; Anguera, 1985, Cook y Reichardt, 1986; Peltó y Peltó, 1991, Salomon, 1991)”*(Fernández Batanero, 1998:395). Así utilizamos el cuestionario y la entrevista.

4.1. EL CUESTIONARIO.

Los instrumentos que se pueden utilizar para recoger la información son numerosos, en nuestro caso optamos por el **cuestionario** definiéndose *“como un conjunto de preguntas o ítems acerca de un problema determinado, que constituye el objeto de la investigación, y cuyas respuestas han de ser contestadas por escrito”* (Tejada, 1997:102).

García y otros (1996:186) definen el cuestionario *“como una forma de encuesta caracterizada por la ausencia del encuestador, por considerar que para recoger información sobre el problema objeto de estudio es suficiente una interacción impersonal con el encuestado. Así, escribirá unas preguntas, las acercará a aquellas personas que considera pueden proporcionarle información sobre el problema que está analizando y les pedirá que escriban sus respuestas”*.

Consideramos que la utilización del cuestionario en nuestra investigación es imprescindible ya que posee **unas ventajas** (Selltiz y otros, 1976 en Buendía y otros, 1999:136):

1. Es un procedimiento relativamente barato y fácil de aplicar a los sujetos.
2. Su naturaleza impersonal mantiene una cierta uniformidad en las distintas aplicaciones a los individuos.

3. La garantía del anonimato facilita la libertad para la respuesta.
4. Pone al sujeto en una actitud menos obligada para que la respuesta sea inmediata, ya que, habitualmente, se permite un margen de tiempo en el que se puede intelectualizar y razonar la respuesta.
5. Gran alcance; se puede obtener de una población numerosa abundante información. Esta extensión de información buscada suele lograrse en detrimento de la profundidad.

Pero, por otro lado, esta técnica tiene una serie de **limitaciones o inconvenientes** (Selltiz y otros, 1976, en Buendía y otros, 1999:136):

1. Puede haber errores sistemáticos en la selección de los individuos que han de contestar.
2. A pesar del gran número de preguntas que pueden hacerse también hay un límite. Además, la fatiga de los encuestados puede afectar a la fiabilidad de las respuestas.
3. Cuando la investigación es extensa en sus objetivos, el proceso de encuesta suele ser lento y pesado, especialmente si se exigen sucesivas fases de aplicación.

Para la realización del cuestionario hemos seguido a los autores Borg y Gall, 1983; Cohen y Manion, 1985; Colás y Buendía, 1998 y Buendía y otros, 1998, en Buendía y otros (1999:135) ya que nos describen los **pasos para confeccionar un cuestionario**, pudiendo resumirse:

1. Definir los objetivos de la encuesta o cuestionario.
2. Decidir la información necesaria.
3. Definir la población objeto de estudio.
4. Establecer los recursos disponibles.
5. Elegir el método de encuesta o cuestionario.
6. Diseñar el cuestionario.
7. Planificar el método de análisis de datos.
8. Realización de una encuesta piloto.
9. Revisión.
10. Selección de la muestra de sujetos.
11. Realización de la encuesta o cuestionario.

12. Codificación de los datos.
13. Tabulación y análisis de resultados.
14. Escribir el informe.

El planteamiento a seguir en la elaboración de los cuestionarios de los profesores, padres y alumnos ha sido el siguiente:

A. La Planificación del cuestionario.

Como describe Sierra Bravo (1994:306): *“la finalidad del cuestionario es obtener de manera sistemática y ordenada, información de la población investigada sobre las variables objeto de investigación. Esta información generalmente se refiere a lo que las personas encuestadas son, opinan, piensan, sienten, esperan, quieren o desprecian, aprueban o desaprueban, a los motivos de sus actos, opiniones y actitudes”*. Nosotros buscamos en el cuestionario **obtener la máxima información de los docentes, discentes y padres de CM y CS de la Escuela de Primaria** sobre la EpS de manera que podamos dar respuesta a los diferentes objetivos de la investigación.

B. La elaboración del cuestionario.

En la confección conviene tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se debe redactar una presentación que especifique el objetivo de la investigación y qué se pretende.
- No ha de ser excesivamente largo.
- La redacción de las preguntas debe ser sencilla, haciendo servir un lenguaje apropiado para las personas a las que va dirigido.
- Variables de identificación y de clasificación, como puedan ser género, edad, nivel de estudios, etc.
- Se tiene que considerar el orden de las cuestiones. Presentar las preguntas más interesantes al principio, agrupándolas por temáticas y así evitar la desorientación en el momento de responder.
- Las preguntas abiertas deberán ser concisas y de respuesta breve. (Bizquera, 2004).

Estamos de acuerdo con Sierra Bravo (1994:313) cuando afirma que: *“la construcción de un cuestionario, es una operación muy delicada y difícil. Es delicada ya que dada la importancia central del cuestionario en la investigación, es importante que sea realizada con la mayor perfección porque de ella depende el éxito de la misma. Es difícil porque además de la gran dificultad que entrañaría siempre en la investigación social captar y expresar en indicadores concretos los aspectos de la realidad*

objeto de investigación, implica también muchos problemas de tipo lingüístico y psicológico”.

Para la confección de los tres cuestionarios hemos tenido en cuenta los objetivos de nuestra investigación elaborando unas preguntas (ítems) que aportan información sobre los diferentes bloques de contenido establecidos anteriormente (ver cuadro de la página siguiente).

CUESTIONARIO	BLOQUES	ÍTEMS	OBJETIVOS
Profesores (anexo5)	<p>I. Variables de identificación personal y profesional.</p> <p>II. Definición de los conceptos: EpS y promoción.</p> <p>III. EpS en el centro y aula.</p> <p>IV. Contenidos y hábitos en EpS.</p> <p>V. Responsabilidad de la EpS.</p>	<p>1,2,3,4,5,6,7</p> <p>12, 13, 14, 15, 17</p> <p>8, 11, 16, 18, 19 20</p> <p>10, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28</p> <p>9, 23</p>	<p>Analizar la formación de los docentes referente al tema de EpS.</p> <p>Averiguar la necesidad de los docentes a incorporar o incrementar el tratamiento de EpS en el currículum de EP.</p> <p>Conocer la atribución que los profesores hacen sobre la responsabilidad en materia de la EpS entre la familia del alumno y los diferentes profesionales que pueden intervenir.</p>
Alumnos (anexo3)	<p>I. Variables de identificación personal.</p> <p>II. Conocimientos que tiene el alumno sobre los temas de EpS.</p> <p>III. Higiene personal del alumno.</p> <p>IV. Hábitos que pueden influir en la EpS del alumno.</p>	<p>1, 2, 3</p> <p>4, 5</p> <p>9, 10</p> <p>6, 7, 8, 10,11,12</p>	<p>Averiguar los conocimientos que tienen los alumnos sobre la EpS.</p> <p>Analizar los hábitos de higiene personal del alumno.</p> <p>Observar los hábitos que pueden influir en la EpS del alumno.</p>

CUESTIONARIO	BLOQUES	ÍTEMS	OBJETIVOS
Padres (anexo15)	I. Variables de identificación personal y profesional.	0	
	II. Hábitos de salud en el hijo.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	Analizar los hábitos de salud de los niños en la familia.
	III. Familia y EpS.	9, 10, 11, 13, 14, 16, 21	Conocer la EpS que se realiza en la familia.
	IV. Responsabilidad de la EpS.	12, 15, 18	Conocer la atribución que los padres hacen sobre la responsabilidad en materia de la EpS entre la familia y los diferentes profesionales que pueden intervenir.
	V. EpS y su vinculación con la escuela.	17, 19, 20, 22, 23	Averiguar la opinión de los padres sobre la EpS escolar

Cuadro 9: Elaboración de los cuestionarios a profesores, alumnos y padres.

En cuanto la formulación de las preguntas tanto en el cuestionario de los profesores, como en el de alumnos y el de los padres hemos tenido en consideración **diferente formas de respuesta**, tomando como referencia a Bisquerra (1989):

- Con distintos tipos de respuesta: En los cuestionarios de alumnos y de profesores son de respuestas cerradas o estructuradas, en cambio en el cuestionario de los padres son respuestas abiertas.
- Dentro de las respuestas cerradas encontramos:
 - Las de elección (se marca una o más respuestas, siguiendo las indicaciones):

- + Dicotómicas: Dos opciones de respuesta (sí, no; cierto, falso, ...).
- + Con tres alternativas: Como por ejemplo: sí, no, no lo sé.
- + Politémicas: Con varias alternativas de respuesta.
- Las de relleno (el encuestado ha de poner una o más palabras que se le piden).
- También podemos encontrar preguntas con respuestas de escala. Por ejemplo: Muy en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo, muy de acuerdo.
- Las preguntas pueden ser generales o específicas y se pueden disponer en “forma de embudo”. De las más generales a las más específicas y a la inversa.
- Pueden basarse sobre conceptos, hechos, opiniones,... .
- Las respuestas pueden ser de ordenación: de mayor a menor, por grado de importancia,
- Checklist responses: entre varias alternativas seleccionar una.

Una vez elaborada las preguntas diseñamos la estructura del cuestionario, apoyándonos en las sugerencias de Del Rincón y otros (1995:215-216):

- Estructuración:
 - El diseño debe ser claro y simple. Una forma de respuesta más fácil y motivadora consiste en marcar el recuadro correspondiente a cada posible respuesta. Dichos recuadros se situarán a la derecha.
 - Es bueno introducir preguntas que despierten el interés de los encuestados, que sean fáciles de contestar, aunque no sean relevantes para la finalidad del cuestionario.
- Presentación:
 - La apariencia del cuestionario es esencial. Así una presentación demasiado comprimida abruma y desanima.
 - Diferenciar las distintas partes de un cuestionario ayuda a identificar y centrarse en la respuesta.
 - Las instrucciones deben repetirse tantas veces como sea necesario.

En la aplicación del cuestionario hemos tenido en cuenta estas dos premisas, tanto la estructuración como la presentación. En cuanto a la primera no hemos tenido problemas. La segunda, la presentación, nos ha costado un poco más debido a la gran extensión del cuestionario del profesor teniendo que modificar tamaño de la letra, resumir ciertas preguntas,

Una vez **diseñados los tres cuestionarios fueron sometidos a un proceso de validación**. Este proceso se realizó de la siguiente manera:

1. Validación de expertos: Seis profesores de la Universidad Rovira i Virgili; cuatro técnicos del Área de Salud Pública del Ayuntamiento de Reus.

La segunda prueba de validación se realizó después de haber incorporado las aportaciones de los expertos y su correspondiente revisión.

2. La aplicación de la prueba piloto tuvo lugar en el CEIP de Prácticas de la ciudad de Tarragona pasándose el cuestionario a profesores, alumnos, y padres de CM y CS.

A partir de las sugerencias recibidas por los profesores, los alumnos y los padres del centro en cuestión y la revisión consiguiente se pudieron realizar los cuestionarios definitivos.

Podemos observar los **cuestionarios definitivos**, en el anexo 3 (cuestionario del alumno), en el anexo 5 (cuestionario del profesor) y en el anexo 15 (cuestionario del padre).

C. La aplicación del cuestionario.

Para poder llevar a cabo nuestra investigación nos hemos presentado a todos los centros de Educación Primaria, públicos y concertados de la comarca del Baix Camp. Para ello hemos elaborado una **carta de presentación** dirigida al Director de la escuela (anexo 1) explicando quiénes somos y qué tipo de colaboración necesitamos.

Si el centro aceptaba la participación en el proyecto se les ofrecía los cuestionarios de alumnos y de profesores a los coordinadores de CM-CS para que éstos pudieran repartir los primeros a los tutores de los cursos de CM y CS y los segundos a los docentes de CM-CS.

Respecto al cuestionario de los alumnos se elaboró unas instrucciones (anexo 2) para que los tutores realizaran las explicaciones oportunas para la correcta aplicación por parte de los alumnos.

En referencia al cuestionario de los docentes se realizó una **carta presentación** (anexo 4) explicando el objetivo de nuestra investigación y la importancia de la colaboración en ella.

En cuanto a los padres de los alumnos de los centros colaboradores se distribuyó juntamente con el cuestionario una **carta de presentación** (anexo 14) exponiendo la finalidad de la investigación y la importancia de participar en ella.

Una vez recogida la información la introducimos en una base de datos dándole un tratamiento estadístico y una codificación de información, para que después podamos analizar y poder extraer conclusiones.

4.2. LA ENTREVISTA.

La entrevista es una técnica cuya finalidad es obtener la información de manera oral y personal a partir de acontecimientos experimentados y aspectos subjetivos de la persona como las creencias, las opiniones, las actitudes, los valores, en relación con el tema que se está estudiando.

Calderero y Carrasco (2000:84) definen la **entrevista** como “*una relación personal en forma de conversación a través de la cual el entrevistado responde a cuestiones que pueden ser libres, o previamente diseñadas y planteadas por el entrevistador*” otra definición sería “*la técnica que, desde un marco interpretativo, hace posible la recogida de datos para profundizar en los aspectos deseados, mediante la incorporación de matrices del contexto y del marco de interpretación del entrevistado*” (Tejada, 1997:104).

La finalidad de la realización de la entrevista en nuestra investigación es principalmente la de **ahondar en nuestro tema, la Educación para la Salud, conocer el contexto de la escuela más profundamente ya que implicamos a los servicios educativos que intervienen en ella, reflexionar e implicar a todos los agentes que influyen en el proceso de investigación.**

Hay diferentes modalidades de entrevista: estructurada, no estructurada y semiestructurada. En nuestra investigación utilizaremos dos formatos la entrevista estructurada (coordinadores de CM y CS y directores de los centros) y la entrevista semiestructurada (inspectores de educación, trabajadoras sociales del EAP y responsable del PESE).

En cuanto a la realización de la entrevista estructurada hemos planificado previamente la batería de preguntas en relación con un guión preestablecido, secuenciado y dirigido, dejando poco margen para que el entrevistado pueda añadir comentarios, realizar apreciaciones o salirse del guión siendo generalmente las preguntas cerradas. Aún así siempre nos hemos dejado llevar pudiendo realizar in situ otras preguntas que hemos creído oportunas, ya sea por la dinámica de la escuela, o por las facilidades que nos han dado, pudiendo así profundizar en nuestro trabajo.

Las ventajas e inconvenientes que comporta la utilización de las **entrevistas estructuradas** nos las describe Tejada (1997:104) y son:

- Ventajas.
 - o Pueden requerir menos tiempo.

- Se obtiene el mismo tipo de información de todos los entrevistados.
- Rigidez en el desarrollo, por cuando que el guión de entrevista marca la pauta a seguir y el entrevistado controla el orden.
- Inconvenientes.
 - Las respuestas pueden no efectuarse con las “propias palabras” de los entrevistados.
 - Los entrevistados puede ser dirigidos y, por tanto, proporcionar información sesgada.

Respecto a la entrevista semiestructurada estamos de acuerdo con Cardona en que “*se utilizará cuando lo que interesa es obtener datos comparables de participantes diferentes*” (2002:149). Partimos de un guión que determina con antelación cual es la información relevante que se necesita obtener. Las preguntas se elaboran de forma abierta lo cual permite obtener una información más rica en matices permitiéndonos ir entrelazando temas e ir construyendo un conocimiento holístico y comprensivo de la realidad.

Hemos seguido las **fases de la realización de una entrevista** a partir del guión realizado por Calderero y Carrasco (2000:84):

1. Planificación o preparación de la entrevista y su validación, en donde cabe destacar los siguientes aspectos.

- El entrevistador debe procurar causar buena impresión.
- El lugar donde se realiza debe estar alejado de ruidos y miradas indiscretas, procurando crear un ambiente relajante y acogedor.
- El entrevistado debe conocer el objetivo de la entrevista, su justificación y su carácter anónimo y confidencial.
- Si la entrevista es estructurada, debe hacerse previamente un guión con los objetivos y las preguntas correspondientes, y si es semiestructurada el guión incluirá los objetivos y una relación de cuestiones generales a tratar.

Las entrevistas han pasado por el mismo proceso que los cuestionarios en cuanto la validación poniéndose a disposición le los mismos expertos.

Se realizaron entrevistas a: los directores o responsable de los Equipos Directivos (anexo 6); los coordinadores de CM-CS (anexo 7); los profesionales de los Servicios Educativos como son: trabajadores sociales de los EAPS (anexo 13) y responsable del PESE (anexo 11); y finalmente a los inspectores de Educación (anexo 9).

Tenemos que comentar que para la realización de las entrevistas a los profesionales de los Servicios educativos e Inspectores de educación se confeccionó diferentes cartas de presentación: Inspección educativa (anexo 8), responsable del PESE (anexo 10), director del EAP de la zona (anexo 12).

Hemos de reseñar que las entrevistas eran entregadas a la persona o personas del centro a entrevistar como mínimo tres días antes, con el fin de que éstos ya supieran el qué y el cómo se les preguntaría.

2. Realización o ejecución de la entrevista, que incluye:

- Realizar las preguntas con la mayor naturalidad posible, evitando que el entrevistado se crea que está en un interrogatorio.
- Procurar que se asemeje a una conversación, sin que medie tiempo entre pregunta y pregunta.
- El entrevistador ha de evitar que los entrevistados puedan averiguar la opinión que tiene sobre cada pregunta.
- Es conveniente que el entrevistador vaya tomando con discreción las notas precisas, sin confiar demasiado de la memoria.

Antes de realizar la entrevista se pedía permiso al entrevistado para poder utilizar la grabadora ya que nos resultaba más cómodo a la hora de transcribir la información y siendo el entrevistador la única persona que escucharía la cinta. En caso de denegar el permiso se solicitaba poder ir tomando notas.

3. Conclusiones, en donde cabe destacar.

- Al terminar la entrevista debe ser especialmente patente el clima de cordialidad.
- Asimismo, una vez finalizada la entrevista el entrevistador debe proceder a revisar su contenido y a sacar las conclusiones correspondientes, con la mayor objetividad posible y siempre dentro del propósito de la investigación.

Al término de la entrevista se realizaban algunas reflexiones y se intentaba hacer un resumen de los datos aportados. Después se transcribía la información a papel, haciéndose llegar a las personas entrevistadas para que pudieran revisar y rectificar si lo consideraban oportuno la transcripción. Una vez realizadas las modificaciones se incorporaban a la fase de tratamiento de información.

Es imprescindible la utilización de las entrevistas ya que es un instrumento muy válido para la máxima recogida de información, observándose realmente la implicación del docente, y de la Escuela en general.

5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Según García, Gil y Rodríguez (1996) el análisis de datos compone uno de los trabajos más estimulantes para la persona que se introduce en la tarea de una investigación, es a partir de este proceso, cuando los hechos recogidos empiezan a dar luz sobre las realidades estudiadas; se inicia el reto de encontrar significados a todo el material informativo procedente de varias fuentes. Los datos constituyen las piezas del puzzle que se tienen que ir acoplando utilizando la evidencia recogida como fuente fundamental de búsqueda de nuevas evidencias susceptibles de irse incorporando a la realidad estudiada y de esta forma, aproximarnos a la descripción y comprensión de los diferentes elementos que componen el objeto de estudio.

Utilizamos **métodos estadísticos** para poder analizar los datos numéricos, expresar las leyes generales, decidir si las hipótesis confirman o rechazan y finalmente llegar a la generalización de los resultados.

Empleamos la **estadística descriptiva**, paso previo del proceso cuantitativo comprendiendo la tabulación, la representación y la descripción de los datos empíricos a fin de hacerlos más manejables y entenderlos mejor de cara a la posterior verificación o no de las hipótesis.

Las actividades a realizar bajo esta perspectiva son: la elaboración de las tablas de frecuencia y el cálculo de porcentajes representadas a partir de las distintas representaciones gráficas (ciclogramas, histogramas, polígonos de frecuencia), la descripción de los datos empíricos a través de las medias de tendencia central (media, mediana y moda) y las medias de dispersión o variabilidad (rango, varianza y desviación típica) la mayoría de estas actividades estarán reflejadas en el capítulo siguiente.

En nuestro análisis también hemos utilizado la **estadística inferencial** que consiste en inferir propiedades de una población a partir de los datos obtenidos de la muestra.

Actualmente, gracias a los recursos informáticos, el análisis cuantitativo de los datos puede acelerarse muchísimo mediante el uso de programas estadísticos que permiten realizar todas las técnicas de la estadística descriptiva y la estadística inferencial. Uno de los más reconocidos y utilizados en investigación social y en nuestra investigación es el **paquete estadístico SPSS** (Statistical Package for Social Sciences) versión 14.

Distinguimos dos pasos fundamentales en cuanto al análisis cuantitativo de datos de nuestra investigación:

- Una fase de análisis exploratorio inicial de los datos que consiste en la depuración de la matriz de datos (estructura en forma de tabla que contiene los valores de cada sujeto en diferentes variables) y en análisis descriptivos de los mismos.
- Una segunda fase de análisis bivariable a través de estudios inferenciales, como son las pruebas de contraste de medias, tanto paramétricas, como no paramétrica.

Aplicamos el **test Chi cuadrado** que se puede utilizar como test de significación para contrastar la hipótesis nula de que las diferencias observadas en la muestra no se pueden extender al universo o población, o bien como test de independencia para comprobar la asociación entre las variables de la tabla, o sea, para ver si se puede rechazar o no la hipótesis nula de la independencia entre ambas variables.

Para realizar la prueba Chi-Cuadrado de Pearson tenemos que establecer previamente el nivel de significación que representa la probabilidad de error que se está dispuesto a asumir al rechazar la hipótesis nula. En Ciencias Sociales los niveles de significación más usuales son 0,05 y el 0,01. Si los valores de nuestro estudio han resultado ser $p < 0.05$ hemos rechazado la hipótesis nula, rechazando así la hipótesis de igualdad de distribuciones.

Tenemos que tener en cuenta que mediante este grado de significación representa la probabilidad de error que se está dispuesto a asumir al rechazar la hipótesis nula siendo conscientes que el conocimiento al que se llega a través de la estadística es probabilístico. Siempre se contempla un margen de error ya que el conocimiento que proporciona la estadística no es absoluto. Es imprescindibles ser conscientes de ello en el análisis de resultados y establecimiento de conclusiones, para así evitar un uso incorrecto de la estadística (Bisquerra, 2004).

Respecto al análisis cualitativo Gil (1994) lo define como un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones y comprobaciones realizadas a partir de los datos con el objetivo de extraer significado relevante relativo a un problema de investigación.

Al proceso de análisis de datos cualitativos Ruiz le denomina “método cualitativo de análisis de contenido” (1999:197) ya que lo precisa como “*una metodología que utiliza varios procedimientos para efectuar inferencias válidas de un texto que debe entenderse y tratarse como un escenario de observación o como el interlocutor de una entrevista del cual se extrae información para someterla a un análisis e interpretación posteriores*”.

Las entrevistas realizadas han sido registradas a partir de grabadora o pasadas directamente al papel siendo después transcritas al procesador de textos para poder posteriormente realizar el análisis de datos.

Hemos pasado por diferentes fases para analizar los datos cualitativos:

- Una primera fase de revisión sobre la calidad de la información obtenida.
- Una segunda fase de reducción de la información implicando la selección, focalización y abstracción de los datos brutos en unidades de significado llamadas categorías de contenido, de acuerdo con unos criterios temáticos de EpS.

Dos operaciones representativas en esta fase son la categorización, entendida como la división y simplificación del contenido a unidades o categorías de acuerdo con criterios temáticos, y la codificación, operación concreta por la cual se asigna a cada unidad de contenido el código propio de la categoría donde se incluye.

Como comenta Bardin (1986) lo más eficaz dentro del análisis de contenido cualitativo es el análisis categorial y como no, es el momento más decisivo y creativo del análisis de contenido, el de la identificación, selección y estructuración de las categorías de análisis (Pérez Juste, 1985).

- Una tercera fase de extracción de conclusiones implica una reflexión permanente sobre el proceso y el contenido de los datos. En un principio estas conclusiones son abiertas. En el transcurso del proceso de reducción y exposición de los datos estas conclusiones se van desarrollando hasta que permiten identificar regularidades, patrones, explicaciones, así como la elaboración de determinadas generalizaciones, tipologías y modelos.

Observamos que el **análisis de contenido** es una de las técnicas utilizadas tradicionalmente para descodificar mensajes manifiestos. Se puede considerar, como afirma Gil (1992), como una estrategia de investigación que tiene su origen en el intento de evitar la intuición, la impresión personal y la subjetividad en la comprensión de los datos

Para contrastar y enriquecer la información obtenida sobre la realidad de la EpS escolar necesitamos la utilización de distintas técnicas de recogida de información por lo que en nuestra investigación utilizaremos **la triangulación** ya que *“la amplia aceptación teórica y sobre todo práctica de la triangulación por parte de casi todas las metodologías ha constituido un gran avance que ha servido no solo para contactar mejor con la realidad, sino también para romper muchas barreras rígidas entre ciertas metodologías”* (Dendaluze, 1998:18).

Cohen y Manion definen la triangulación como *“el uso de dos o más métodos de recogida de datos en el estudio de algún aspecto del comportamiento humano que intentan trazar, o explicar de manera más completa, la riqueza y complejidad del comportamiento humano estudiándolo desde más de un punto de vista y, al hacerlo así, utilizando datos cuantitativos y cualitativos.”* (1990:331).

Estamos de acuerdo con Tejada (1997) en que la triangulación se caracteriza por la integración complementaria de distintos tipos de instrumentos y técnicas de recogida de información. En nuestra investigación utilizamos el cuestionario para obtener información general del colectivo docente, discente y padres para pasar después a utilizar entrevistas en más profundidad del colectivo docente (entrevistas a coordinadores de CM y CS y equipos directivos), inspectores y servicios educativos, con el fin de profundizar más en el fenómeno de estudio.

Por lo tanto la triangulación se ha venido definiendo como una modo de optimizar los resultados que un investigador logra tras aplicar una técnica concreta para su trabajo, ya que, *“cada método revela facetas ligeramente diferentes de la misma realidad simbólica. Cada método es una línea diferente de visión dirigida hacia el mismo punto, la observación de la realidad social y simbólica. Al combinar varias de estas líneas, los investigadores obtienen una visión de la realidad mejor y más sustantiva, un conjunto más rico y más completo de símbolos y de conceptos teóricos y un medio de verificar muchos de estos elementos. El uso de múltiples líneas de visión se denomina frecuentemente triangulación”* (Berg, 1989: 4-5).

6. RESUMEN.

Estamos de acuerdo con Calderero y Carrasco (2000:14) que *“el objeto del diseño de la investigación consiste en proporcionar un modelo de verificación que permita contrastar hechos con teoría, y su forma es la de un plan general que determine las operaciones necesarias para hacerlo”*. Con el objetivo de especificar el diseño de nuestro trabajo hemos elaborado un mapa conceptual que nos ha servido de guía a lo largo de todo el proceso de investigación.

En cuanto a las fases del trabajo de investigación podemos comentar:

1ª Fase: Planteamiento de la Investigación se realiza el análisis del problema sobre la Educación para la Salud y la revisión de la literatura referida sobre el tema en cuestión.

2ª Fase: Diseño de la investigación se elabora la formulación de los objetivos y de las hipótesis del trabajo siendo el objetivo fundamental analizar la Educación para la Salud en los ciclos medio y superior de la Etapa de Primaria en las Escuelas de la comarca del Baix Camp; se realiza el diseño de la metodología de análisis: metodología mixta; se muestra el desarrollo de los contenidos teóricos sobre la Educación para la Salud; se define la muestra que se estratifica en tres zonas, Reus, Cambrils y el resto de poblaciones de la comarca y se divide a su vez en centros públicos y centros concertados; y por último se crea y valida los instrumentos: se confeccionan tres cuestionarios: docentes, discentes y padres, creándose también entrevistas: coordinadores de ciclo y otras para un miembro del equipo directivo del centro, generalmente el director /a; inspectores de educación, trabajadoras sociales de EAPs y responsable del Programa PESE.

3ª Fase: Recolección de datos se realiza a partir de la aplicación de los instrumentos y recogida de datos. La investigación se presentó en todos los centros de EP de la comarca del Baix Camp, algunos de éstos declinaron la colaboración. Una vez confirmados los centros participantes se pudo poner en marcha la aplicación de los instrumentos.

4ª Fase: Análisis de los datos, conclusiones y propuestas de mejora se efectúa el tratamiento de los datos, si son cuestionarios se transcriben en el programa estadístico SPSS y si son entrevistas se transcriben en un procesador de texto y se realiza un análisis de contenido. A continuación se obtiene los resultados y se prepara el informe y finalmente se elaboran unas propuestas de mejora.

En cuanto a la muestra de nuestra investigación podemos comentar que son los agentes de EpS que intervienen tanto en la comunidad escolar como familiar ya descritos anteriormente. Siendo el tipo de muestreo probabilístico para los alumnos cuya técnica de muestreo es el doble estratificado a partir de la población de la comarca del Baix Camp separadas en tres zonas según tamaño de la ciudad o pueblos y si son escuelas de Educación Primaria de titularidad pública o concertada y no probabilístico para los docentes y padres.

La metodología que seguimos como ya hemos comentado con anterioridad es la cuantitativa y la cualitativa ya que en nuestro trabajo la complementariedad entre las técnicas cuantitativas (cuestionarios) y cualitativas (entrevistas) en la recogida y análisis de datos nos aportan más información para poder hacer mejor el análisis de la

Educación para la Salud en los ciclo medio y superior de la Educación Primaria en las Escuelas del Baix Camp.

El instrumento por excelencia en nuestra investigación es el cuestionario. En este capítulo ofrecemos diferentes informaciones sobre éste: concepto, ventajas de su utilización y pasos para elaborarlo. Nos detendremos en el planteamiento a seguir en la elaboración de los cuestionarios de los profesores, padres y alumnos siendo los pasos: en primer lugar la planificación del cuestionario cuyo objetivo es obtener la máxima información de los agentes de EpS investigados. En segundo lugar le sigue la elaboración del cuestionario que para la confección de las preguntas hemos tenido en cuenta los objetivos planteados a investigar en los agentes, una vez elaborados las cuestiones diseñamos la estructura y presentación y acto seguido los cuestionarios son validados por un grupo de expertos, siendo los cuestionarios: alumno (anexo 3), profesor (anexo 5) y padre (anexo 15). Y en tercer lugar está la aplicación del cuestionario, dónde se comenta las diferentes cartas de presentación que se han realizado para poder introducirnos en los centros y en los agentes de EpS de la comunidad educativa.

La otra técnica utilizada es la entrevista, en nuestro trabajo damos diferentes informaciones acerca de este instrumento: concepto, ventajas e inconvenientes de las entrevistas estructuradas. En cuanto a las fases de la realización de la entrevista podemos decir que hay tres fases: la primera es la planificación o preparación de la entrevista y su validación siendo las entrevistas: directores (anexo 6), coordinadores de CM-CS (anexo 7), profesionales de los Servicios Educativos como son: trabajadores sociales de los EAPS (anexo 13) y responsable del PESE (anexo 11) y finalmente los inspectores de educación (anexo 9). La segunda fase es la realización o ejecución de la entrevista si se nos daba permiso grabábamos la entrevista. Y finalmente, en tercer lugar, las conclusiones, cuando terminaba la entrevista se realizaban algunas reflexiones y se intentaba hacer un resumen de todos los datos aportados.

Y para finalizar el capítulo describimos las técnicas de análisis de la información. Utilizamos la estadística descriptiva e inferencial y en concreto, la prueba Chi-Cuadrado que nos sirve como test de significación para contrastar la hipótesis nula o bien como test de independencia para comprobar la asociación entre las variables de la tabla. El recurso informático utilizado en este trabajo es el paquete estadístico SPSS versión 14. En cuanto al proceso de análisis de datos cualitativos utilizamos la técnica de análisis del contenido. Y por último para obtener una óptima información sobre la realidad de la EpS escolar utilizamos la triangulación que se caracteriza por la integración complementaria de distintos tipos de instrumentos y técnicas de recogida de información.

Capítulo VI: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. RESULTADOS DE LOS DATOS DE LOS CUESTIONARIOS:

1.1. CUESTIONARIO A PROFESORES 178

1.2. CUESTIONARIO A ALUMNOS 202

1.3. CUESTIONARIO A PADRES 233

2. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS:

2.1. ENTREVISTAS A DIRECTORES DE CENTROS DE EP 261

2.2. ENTREVISTAS A COORDINADORES DE CM Y CS 266

**2.3. ENTREVISTAS A LA INSPECCIÓN EDUCATIVA
Y A LOS SERVICIOS EDUCATIVOS: EAP Y
RESPONSABLE DEL PESE 272**

3. RESUMEN 278

1. RESULTADOS DE LOS DATOS DE LOS CUESTIONARIOS:

El análisis de datos puede definirse como “... *el conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones y comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación*” (García, Gil y Rodríguez, 1996:200).

Como comenta Sierra Bravo “...*terminada la etapa de la investigación de recogida de datos, la aplicación a la población objeto de la investigación de los instrumentos de observación se concreta en una masa informe de datos individuales, sin agrupación alguna, y por tanto, carentes en tal estado de significación sociológica*” (1989:406).

Estamos de acuerdo con Fernández Botanero (1998) en que los datos es el material bruto a partir del cual el investigador elabora todo el proceso de estructuración y vertebración del sentido de la investigación.

En primera instancia analizaremos los datos de los cuestionarios, para pasar a un segundo lugar al análisis de la información extraída de las entrevistas realizadas.

Con la finalidad de facilitar la comprensión de los resultados de nuestra investigación y en función de las diferentes técnicas y estrategias que utilizaremos para el análisis de los datos vamos a seguir unos apartados derivados del estudio de los tres cuestionarios realizados a los principales agentes de la EpS en la Comunidad educativa: profesores, alumnos y padres.

En primer lugar damos a conocer los resultados, con la aplicación de estadísticos descriptivos como son las **frecuencias, los porcentajes, las medias y las desviaciones típicas** acompañándose de la prueba de decisión estadística Chi-Square de Pearson que nos afirmará si los grupos que comparamos presentan diferencias estadísticamente significativas con un margen de error de 5%.

Trabajamos con hipótesis estadísticas, con la hipótesis nula que se representa con el símbolo H_0 genéricamente puede expresarse diciendo que las diferencias son iguales a cero, es decir, que no hay diferencias entre los grupos que comparamos. Y la hipótesis alternativa cuyo símbolo es H_1 , que afirma que sí hay diferencias, es decir, que los grupos que comparamos presentan diferencias estadísticamente significativas.

Como resultado de la aplicación de una prueba de decisión se concluye en aceptar o rechazar la hipótesis nula. En este último caso se da por aceptada la hipótesis alternativa.

1.1. CUESTIONARIO A PROFESORES:

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

La muestra total de los **profesores** encuestados es de **46** siendo la **distribución por zonas:**

Reus: 24
Cambrils: 13
Pueblos (resto de la comarca): 9

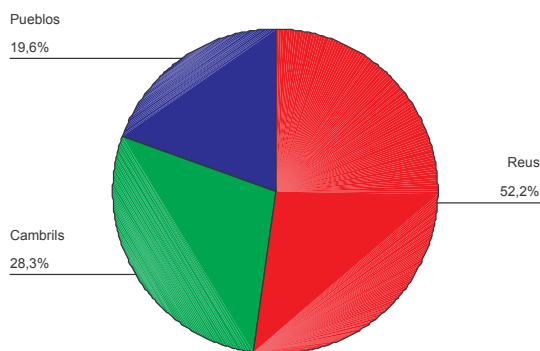


Gráfico 1: Muestra de docentes según zonas de estudio.

La muestra de profesores en los **centros públicos** y en los **concertados** es:

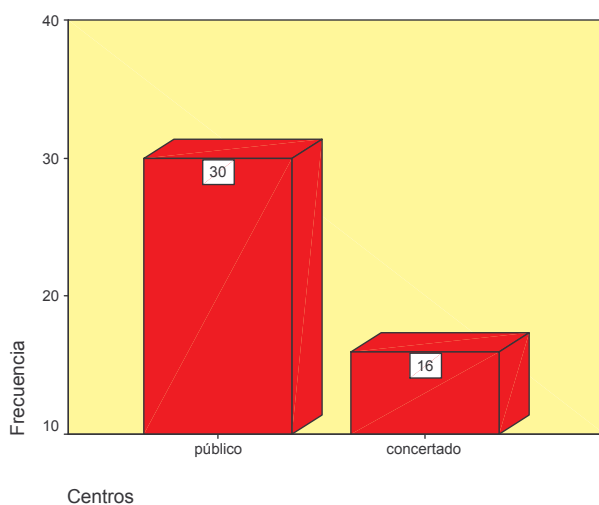


Gráfico 2: Muestra de centros públicos y concertados.

De los **profesores encuestados 35 son mujeres y 11 hombres:**

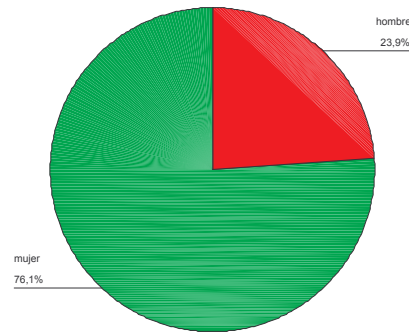


Gráfico 3: Muestra de profesores según sexo.

Respecto a la **formación** que tienen los docentes podemos decir que **mayoritariamente son maestros de Primaria.**

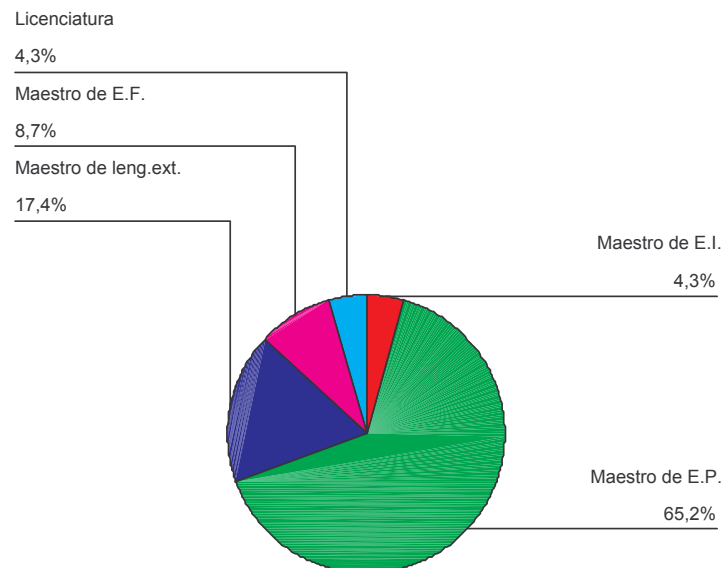


Gráfico 4: Formación de los docentes.

En cuanto a la **edad de los docentes** podemos decir que **predominan los que se encuentran entre 41 y 50 años**:

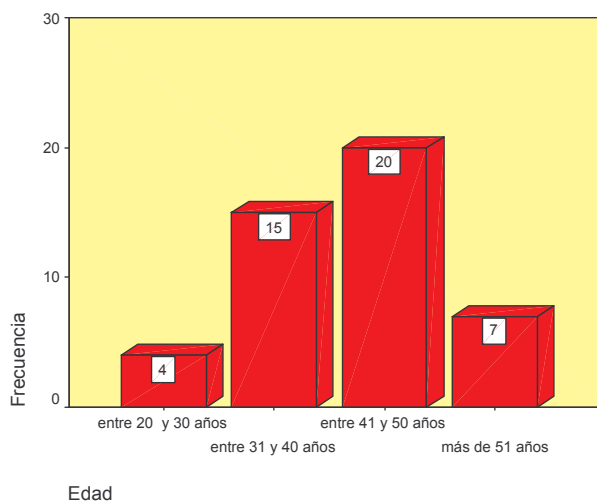


Gráfico 5: Edad de los docentes.

En cuanto a la **especialidad que imparte en el centro** podemos observar:

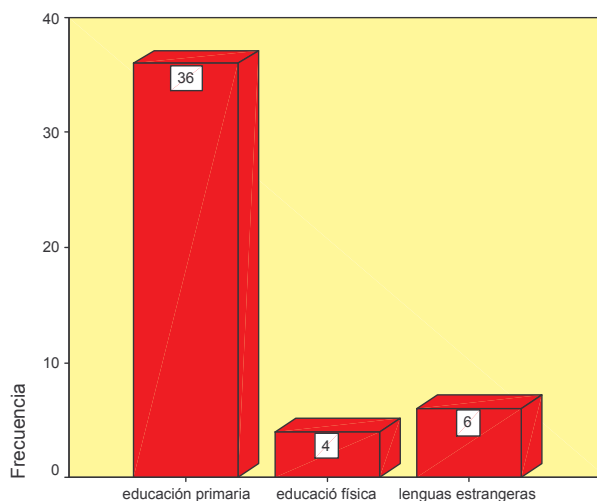


Gráfico 6: Especialidades que imparten los docentes.

En referencia a si tienen **formación específica en Educación para la salud** podemos observar que solamente un **28,3%** responden que **“sí” han realizado cursos, seminarios, ...**

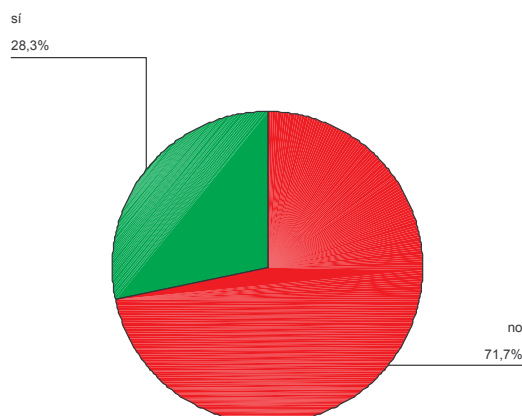


Gráfico 7: Formación de los docentes en EpS.

Los cursos, seminarios que han realizado los docentes en el tema de Educación para la salud son:

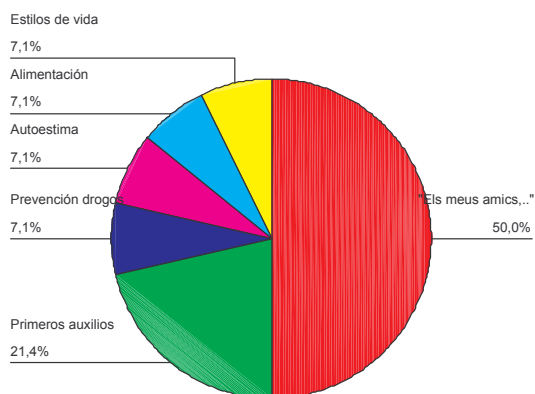


Gráfico 8: Cursos de EpS realizados por los docentes.

En los docentes de las diferentes zonas de la muestra y su formación en Educación para la Salud encontramos diferencias significativas según la prueba Chi-Cuadrado.

A partir de la gráfica podemos observar:

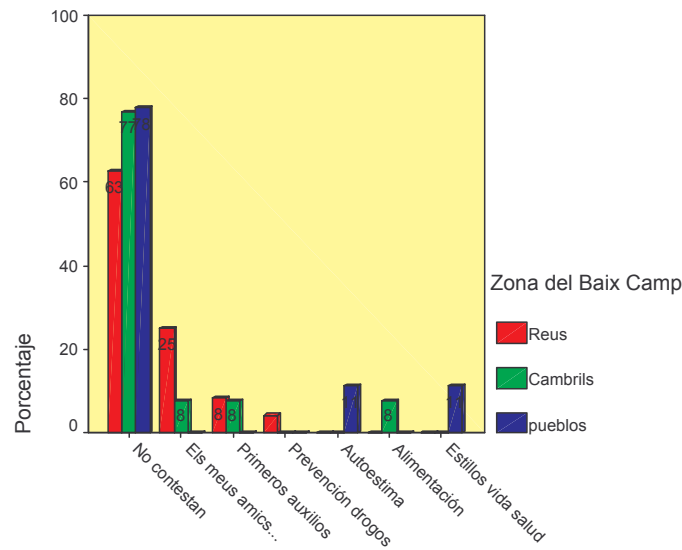


Gráfico 9: Opinión de los docentes según zona sobre la realización de Cursos o Seminarios de EpS.

Los docentes que han realizado más cursos o seminarios son los de Reus con un total de nueve, le sigue los profesores de Cambrils con tres y los de pueblos o resto de comarca con dos.

A continuación realizamos un **esquema** en cuanto a las hipótesis del profesor y sus bloques de contenido y seguidamente analizamos los resultados a partir de los **bloques de contenido aceptando o no las hipótesis** e *indicando en paréntesis la correspondencia con el ítem del cuestionario docente.*

HIPÓTESIS	zona	Titularidad
4. Responsabilidad de la EpS:		
4.a. Grado responsabilidad EpS de diferentes figuras:		
- El padre la madre; los abuelos y abuelas; el resto de familia; el pediatra; el tutor de la escuela; la escuela y la sociedad.	H ₀	H ₀
- Centros cívicos.	H ₁	H ₀
- Servicios sociales.	H ₁	H ₀
- Ayuntamientos.	H ₁	H ₀
4.b. Dejar de plantear algún tema por miedo a la reacción de padres.	H ₀	H ₀

Cuadro 10: Hipótesis del profesor y sus bloques de contenido.

1. DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS: EPS Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD.

1.a. Concepto de Educación para la Salud (ítem 12).

El 93,5% de los maestros entienden la EpS, a partir de la propuesta, “*el proceso de formación y responsabilización del individuo para poder adquirir los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva*”.

Solamente el 6,5% de los profesores comparten la definición de la EpS como: “*la transmisión de información por parte del profesor (normas y pautas) para que los alumnos adquieran conocimientos*”.

Y en cuanto a la última opción sobre el término de EpS “*el intento de la prevención de la enfermedad a partir del cambio de las conductas de riesgo de los alumnos*” ningún profesor se ha adherido a la definición.

Los docentes tienen asumido el concepto actual de EpS que incide no solamente en el individuo sino también en el entorno dejando de lado el concepto de la etapa clásica en que las acciones estaban solamente dirigidas al alumno.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no se hallan diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

1.b. Finalidades de la Educación para la Salud (ítem 13).

A las diferentes finalidades propuestas, el 80,4% del profesorado encuestado considera que la finalidad de la EpS es “*la promoción del bienestar físico, social y mental del individuo*”.

El 10,9% opina que la finalidad es “*la promoción de la higiene y la salud física del individuo*” y a continuación con un porcentaje de 8,7% de los docentes comentan que la finalidad puede ser “*la promoción y cuidado de la salud en el individuo*”.

La última opción de finalidad de Educación para la Salud “*la promoción y prevención del individuo*” no ha estado escogida por ningún profesor.

Por lo tanto en general, se entiende que la EpS atañe a la promoción del bienestar físico, social y mental del individuo (concepción integral de la persona) cuyo propósito es formar personas autónomas capaces de construir su propio estilo y modificar su entorno para conseguir un equilibrio que les proporcione bienestar.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** ya que no existen diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

1.c. Elementos fundamentales para promoción de la salud: autoestima, autonomía personal, estrés, calidad de vida, bienestar, hábitos y actitudes (ítem 14).

En el cuestionario se planteaban unos aspectos fundamentales para la promoción de la salud que los maestros habían de valorar según el grado de importancia de (poco a mucho), valorando 1 como mínimo valor “poco” y 5 máximo valor “mucho”.

Los profesores consideran que los elementos de mayor importancia en la promoción de la salud son: *autoestima* y *hábitos* con un 4,78 seguido de *actitudes* con un 4,70.

A continuación está con un 4,65 la *autonomía personal*, le sigue el valor de 4,59 en el aspecto *calidad de vida*, con una puntuación de 4,11 está el *bienestar* y finalmente el aspecto que tiene menos importancia es el *estrés* con el valor de 3,91.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** ya que no hay diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

1.d. Las condiciones físicas en los centros que favorecen a la EpS (ítem 15).

Se les propone una serie de condiciones físicas que favorecen la EpS en la escuela las cuales pueden valorar de 1 entendido como valor mínimo “poco” hasta el 5 como máxima puntuación “mucho”.

Los profesores asignan el valor más alto de media con un 4,8 al tema del *comedor*, el *menú*, ...; le sigue el tema del *orden* y la *limpieza en la escuela* con el valor 4,74.

A continuación compartiendo valor de media 4,52 están los temas del *ambiente térmico* y *ventilación de la escuela* y *los ruidos*, les sigue con un valor de 4,33 la *iluminación del centro* y para finalizar con el valor de 4,26 el *mobiliario del centro*.

Por los resultados podemos comentar que los docentes valoran más los temas como la alimentación y la higiene que no la prevención de riesgo laborales en los centros educativos, aunque también se les confiere un alto valor.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no existen diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

2. EPS Y SU DESARROLLO EN EL CENTRO Y AULA.

2.a. La EpS que se realiza en el centro (ítem 16).

El 52,2 % de los docentes encuestados opinan que la EpS que se realiza en el centro es “buena”, el 41,3% la consideran “regular” y el 6,5% la consideran “muy buena”.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no se hallan diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

2.b. Las estrategias a seguir para trabajar la EpS en el aula:

- *Áreas donde se puede incluir la EpS* (ítem 19).

El 100% de los profesores afirman que la EpS se ha de incluir en la materia de *medio natural*.

La *educación física* con un 95,7% es la segunda área más señalada, como tercera área y con 91,3% está el área de *medio sociocultural*, a continuación con un porcentaje de 67,4% están las *áreas de música y plástica*, seguidamente con un 65,2%, está el área de *lengua*, le sigue con 45,7% el área de *religión*.

Y por último el área menos considerada para enmarcar la EpS es la de *matemáticas* con un 41,3%.

A pesar de constituir un eje transversal, es decir, que se debería abordar desde todas las materias, parece ser que las áreas de medio natural, educación física y medio social y cultural son las que los profesores entienden que están más vinculadas a la temática de EpS.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no existen diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

- *Coordinación del tutor con el profesor de EF en el tema de EpS* (ítem 11).

La Educación Física es un área considerada muy adecuada para trabajar la EpS y a un especialista que generalmente tiene poco tiempo con los alumnos, se considera la necesidad de reforzar la coordinación con el tutor, por ello nos detendremos en analizar el tipo de coordinación existente.

Coordinación con profesor EF	Sí (%)	No (%)
Horario	67,4	30,4
Vestimenta	91,3	6,5
Higiene personal	95,7	2,2
Normas de convivencia	95,7	2,2
Enfermedades que padecen los alumnos	91,3	6,5
Cambio de ropa	82,6	15,2
Respecto por el entorno	80,4	17,4

Tabla 8: Coordinación del tutor con el especialista de E.F. sobre el tema de EpS.

A partir de esta tabla resumen del porcentaje de respuestas dadas por los docentes intentamos averiguar si existe o no coordinación en el tema de la EpS con el profesor de Educación Física.

Podemos observar que los temas que más se coordinan (de mayor a menor porcentaje) son: la *higiene personal*, las *normas de convivencia*, la *vestimenta*, las *enfermedades que padecen los alumnos*, el *cambio de ropa* y el *respeto por el entorno*.

La respuesta que obtiene un porcentaje menor con respecto a las otras es “*si se comenta o no con el profesor de Educación física la realización del horario*”, es lógico este porcentaje ya que en los centros generalmente el jefe de estudios elabora los horarios y no los tutores ni especialistas.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no se hallan diferencias significativas entre las variables de **zona** y **titularidad**.

- **Recursos didácticos que le gustaría trabajar para potenciar la EpS en la escuela** (ítem 20).

De los recursos didácticos propuestos por los maestros conceden un alto valor entre “bastante y mucho” a los programas de EpS que vienen realizados por el *Departament d’ Educació*.

Le sigue los programas de Educación confeccionados por los *Ayuntamientos* cuya valoración es alta aunque menor que la anterior “bastante”.

A continuación, y con muy poca diferencia conceden con menor valor a los programas realizados por la *escuela* y, por último, los docentes descartan la afirmación que “*no hace falta seguir un programa, solamente se ha de seguir según la necesidad de los alumnos*”.

Gráficamente podemos observar:

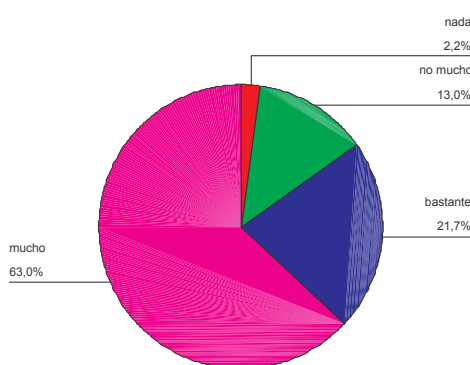


Gráfico 10: Imp. de Programas de EpS del Dep. Ed. según docentes.

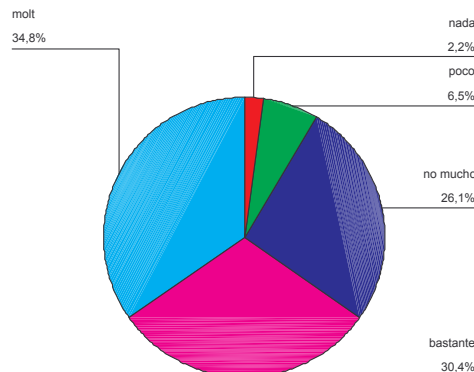


Gráfico 11: Imp. de Programas de EpS de Ayuntamientos según docentes.

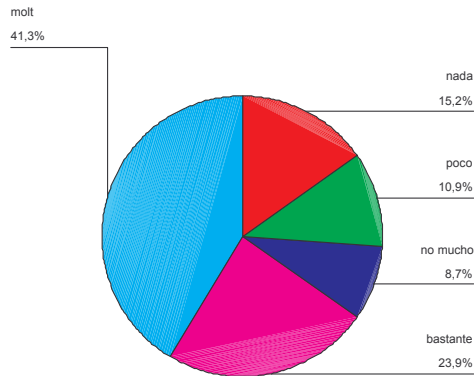


Gráfico 12: Imp. de Programas de EpS de la propia Escuela según docentes.

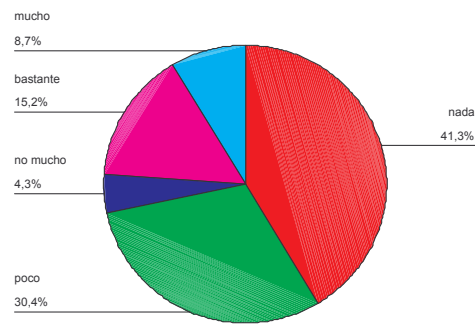


Gráfico 13: Opinión del docente que no hace falta seguir ningún programa de EpS.

A partir de estas gráficas podemos comentar que en el Programa de EpS que más confía los docentes es el que realiza el Departament de Educació, el denominado Programa de Educación para la Salud en las escuelas (PESE) instaurado hace más de dos décadas en el Departament.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no hay diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

- **Metodologías planteadas para potenciar la EpS** (ítem 18).

De las diferentes metodologías planteadas para potenciar la EpS diseñadas en el cuestionario podemos comentar la valoración de los docentes a partir de la tabla:

Metodologías	Media sobre 5
De forma ocasional: campañas	3,11
Integrándola en la dinámica de las aulas	4,26
Creando un rincón en el aula,...	3,04
Actividad extraescolar	2,47
Trabajar la EpS en cada área	3,30
Hacer actividades simultáneas con los padres	3,52

Tabla 9: Valoración de los docentes sobre estrategias a seguir para trabajar la EpS en el aula.

El aspecto mejor valorado a partir de las medias tomando como referencia desde 1 “nada importante” hasta 5 “muy importante” para potenciar la EpS en la escuela es la de *integrarla en la dinámica del aula*.

A continuación los docentes opinan que sería “importante” *realizar actividades simultáneas con los padres*, seguidamente de la *integración de la EpS en todas las áreas*, es decir, como eje transversal.

Con menor valoración estarían las *estrategias para potenciar la EpS de forma ocasional, creando un rincón en la clase que trate el tema y finalmente como actividad extraescolar.*

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** en algunos aspectos pues no existen diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Integrándola en la dinámica de las aulas.
- Creando un rincón en el aula.
- Actividad extraescolar.
- Trabajar la EpS en cada área.

Titularidad:

- Integrándola en la dinámica de las aulas.
- Creando un rincón en el aula.
- Actividad extraescolar.
- Trabajar la EpS en cada área.
- De forma ocasional: campañas.
- Hacer actividades simultáneas con los padres.

Sin embargo, si existen diferencias significativas, se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)**, en algunos aspectos si tenemos en cuenta la variable de:

Zona:

- De forma ocasional: campañas.
- Hacer actividades simultáneas con los padres.

De forma ocasional: campañas

			Valore los siguientes aspectos que pueden potenciar la EpS en la escuela: de forma ocasional: campañas					Total
			nada	poco	no mucho	bastante	mucho	
Zona Baix Camp	Reus	Frecuencia		1	11	7	5	24
		% within zona del Baix Camp		4,2%	45,8%	29,2%	20,8%	100,0%
	Cambrils	Frecuencia	3	2	5	2	1	13
		% within zona del Baix Camp	23,1%	15,4%	38,5%	15,4%	7,7%	100,0%
	Pueblos	Frecuencia	4		4	1		9
		% within zona del Baix Camp	44,4%		44,4%	11,1%		100,0%
Total	Frecuencia	7	3	20	10	6	46	
	% within zona del Baix Camp	15,2%	6,5%	43,5%	21,7%	13,0%	100,0%	

Tabla 10: Valoración del docente según zona sobre la potenciación de la EpS en la escuela de forma ocasional, a partir de campañas.

A partir de la tabla podemos observar que los maestros de Reus son los que dan más importancia, “mucho”, a potenciar la EpS a partir de *campañas*, a continuación están los profesores de Cambrils que no le dan “mucho importancia” a la realización de la EpS a partir de campañas y después están los

docentes de pueblos o resto de la comarca que piensan que de esta forma se potencia “poco” la EpS.

Hacer actividades simultáneas con los padres

Si observamos la gráfica:

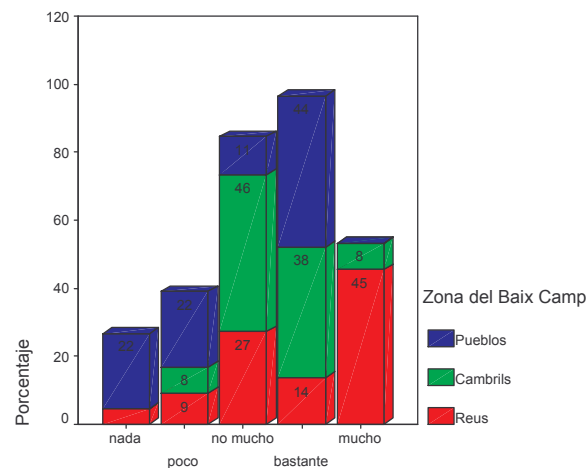


Gráfico 14: Valoración de los docentes según zonas sobre hacer actividades simultáneas con los padres.

La mayoría de los profesores de Reus opinan que es “importante” hacer *actividades simultáneas con los padres para potenciar la EpS*.

Los docentes de Cambrils valoran en menor grado esta realización de actividades mientras que los profesores de pueblos o del resto de la comarca le dan “poca importancia” a la hora de hacer actividades simultáneas con los padres para potenciar la EpS.

Lo que nos hace pensar que es conveniente la implicación de las familias para realizar una óptima EpS.

3. CONTENIDOS Y HÁBITOS EN EPS.

3.a. **La planificación de los temas de EpS en la programación del aula:**

- ***Grado de importancia que tienen los temas de EpS*** (ítem 10).

Los docentes opinan que los temas de EpS de mayor importancia (de mayor a menor valoración) son: *la higiene, la educación cívica, la prevención de drogodependencias, alimentación y nutrición, la prevención en el juego y en el deporte, el medio ambiente, el conocimiento del cuerpo: diferenciación genital, la educación sexual, el consumo, la actividad física, la prevención de accidentes en la escuela, el equilibrio mental y el desarrollo, la prevención de accidentes en la casa, la prevención de las enfermedades, la prevención de depresiones infantiles y por último es la asistencia sanitaria.*

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** ya que no hay diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Educación sexual.
- Prevención de accidentes en casa.
- Prevención de las enfermedades.
- Prevención de depresiones infantiles.
- Prevención en el juego y en el deporte
- Prevención de drogodependencias.
- Alimentación y nutrición.
- Actividad física.
- Asistencia sanitaria.
- Equilibrio mental.
- Higiene.
- Actividad física.
- Medio ambiente.
- Educación cívica
- Conocimiento del cuerpo: diferenciación genital.

Titularidad:

- Educación sexual.
- Prevención de accidentes en casa.
- Prevención de las enfermedades.
- Prevención de depresiones infantiles.
- Prevención en el juego y en el deporte
- Prevención de drogodependencias.
- Alimentación y nutrición.
- Actividad física.
- Asistencia sanitaria.
- Equilibrio mental.
- Higiene.
- Actividad física.
- Medio ambiente.
- Educación cívica
- Conocimiento del cuerpo: diferenciación genital.
- Consumo.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Consumo.

Consumo

Si observamos el gráfico:

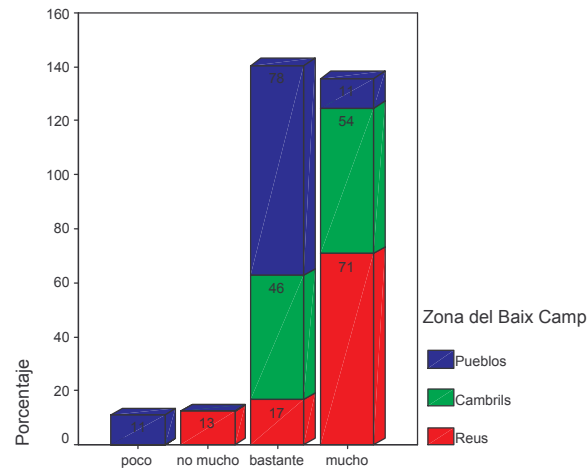


Gráfico 15: Valoración de los docentes según zonas sobre la importancia del tratamiento en EpS que se atribuye al consumo.

Podemos comentar que el 71% de los maestros de Reus valoran “mucho” la importancia que debe de tener el *consumo* a la hora de tratar la EpS.

Los profesores de Cambrils se posicionan entre las valoraciones “mucho” con un 54% y “bastante” con un 46%.

Y finalmente diremos que el 78% de los docentes de pueblos o resto de la comarca valoran este tema con “bastante”.

- **Grado de importancia de temas de EpS y su programación al aula** (ítem 21).

Observando las medias de las valoraciones que realizan los docentes sobre el grado de importancia de temas de EpS y su programación al aula podemos decir que los temas considerados entre “muy importantes y bastante importantes” a la hora de planificar las clases son: *la igualdad de los deberes y derechos entre los dos sexos, la higiene personal y lo que comen los alumnos a la hora de desayunar.*

Los temas asignados entre “bastante importantes e importantes” a la hora de planificar las clases son: *si tienen preocupaciones, problemas, si hacen ejercicio, la existencia de cosas que se pueden tomar con prudencia y de otras que no se tendrían que consumir (inicio del tratamiento del tema de drogas), el tiempo de descanso, el cuerpo: sensualidad y sexualidad, el consumo de bebidas alcohólicas y aquello que comen en una fiesta de cumpleaños realizada en la clase.*

Los temas considerados entre “importante y poco importante” son: *el consumo de tabaco, la sexualidad y las actividades extraescolares.*

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- El consumo de tabaco.
- La sexualidad.
- Las actividades extraescolares
- La educación sexual.
- Si tienen preocupaciones, problemas.
- Si hacen ejercicio.
- La existencia de cosas que se pueden tomar con prudencia y de otras que no se tendrían que consumir (inicio del tratamiento del tema de drogas),
- El tiempo de descanso.
- El cuerpo: sensualidad y sexualidad,
- El consumo de bebidas alcohólicas
- Aquello que comen en una fiesta de cumpleaños realizada en la clase.
- La higiene personal.
- Las actividades extraescolares.

Titularidad:

- El consumo de tabaco.
- La sexualidad.
- Las actividades extraescolares
- La educación sexual.
- Si tienen preocupaciones, problemas.
- Si hacen ejercicio.
- La existencia de cosas que se pueden tomar con prudencia y de otras que no se tendrían que consumir (inicio del tratamiento del tema de drogas),
- El tiempo de descanso.
- El cuerpo: sensualidad y sexualidad,
- El consumo de bebidas alcohólicas
- Aquello que comen en una fiesta de cumpleaños realizada en la clase.
- La higiene personal.
- Las actividades extraescolares.
- La igualdad de los deberes y derechos entre los dos sexos.
- Lo que comen los alumnos a la hora de desayunar.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al existir diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- La igualdad de los deberes y derechos entre los dos sexos.
- Lo que comen los alumnos a la hora de desayunar.

La igualdad de los deberes y derechos entre los dos sexos

Si observamos la tabla:

			Usted, cuando planifica las clases. En qué grado incluye los temas: La igualdad de derechos y deberes entre los dos sexos.			Total
			no mucho	bastante	mucho	
Zona del Baix Camp	Reus	Count		4	18	22
		% within zona del Baix Camp		18,2%	81,8%	100,0%
	Cambrils	Count			13	13
		% within zona del Baix Camp			100,0%	100,0%
	Pueblos	Count	1	5	3	9
		% within zona del Baix Camp	11,1%	55,6%	33,3%	100,0%
Total	Count	1	9	34	44	
	% within zona del Baix Camp	2,3%	20,5%	77,3%	100,0%	

Tabla 11: Valoración de los maestros según zonas sobre grado en que se incluye igualdad de derechos y deberes entre dos sexos en la UP del aula.

Comparando los porcentajes de la tabla observamos que son los profesores de Cambrils los que tienen muy en cuenta el tema de la *igualdad de derechos y deberes entre los dos sexos a la hora de planificar la clase*.

Le sigue los docentes de Reus y por último están los profesores de pueblos cuya opinión está repartida entre “bastante, mucho y no mucho”.

Lo que comen los alumnos a la hora de desayunar

Si miramos el gráfico podemos apreciar:

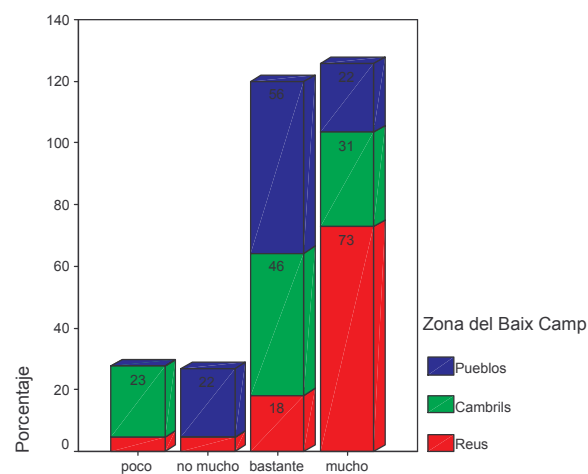


Gráfico 16: Valoración de los maestros según zonas sobre inclusión del desayuno de los alumnos en la unidad de programación del aula.

El 73% de los profesores de Reus consideran “muy importante” *el desayuno de sus alumnos* incluyéndolo en la planificación curricular.

La opinión de los docentes de pueblos está bastante repartida en los porcentajes de: el 56% de “bastante”, el 22% de “no mucho” y el 22% de “mucho”.

Y por último están los maestros de Cambrils que valoran peor la inclusión del tema ya que el 46% de éstos la valoran como “bastante”, el 31% como “mucho” y el 23% de “poco”.

- **Afirmaciones de EpS** (ítem 22).

En cuanto a las diferentes afirmaciones de EpS propuestas en el cuestionario y valoradas entre (1 “nada de acuerdo” y 5 “muy de acuerdo”) por los docentes podemos comentar que:

Los profesores asignan a la afirmación “*La etapa de EP es adecuada para tratar el tema de EpS*” con un valor medio de 4,63, es decir, que están “muy de acuerdo” en el tema.

A continuación con un valor medio de 4,2 le sigue la afirmación el tema “*los hábitos y los conocimientos sobre la salud son básicos para futuros aprendizajes*” por lo que los profesores están “bastante de acuerdo”.

En tercer lugar y con misma valoración media e implicando la misma opinión de los profesores en el anterior resultado está la afirmación “*puede ser que hace falta una mayor implicación de las familias*”.

La siguiente asignación con valor medio de 3,83, es decir con una valoración “de acuerdo” pero acercándose al “bastante de acuerdo” podemos comentar que está la afirmación “*en la Etapa de Primaria hace falta priorizar la educación hacia la higiene corporal y bucal*”.

La penúltima valoración en valor medio con 3,39 equivalente a que se está “de acuerdo” es para la afirmación “*en la etapa de Educación Primaria es pronto para hablar de prevención de drogodependencias (alcohol, tabaco)*”.

Y por último los profesores están un “poco de acuerdo” el valor medio de 2,46 a la afirmación “*la escuela ya se ocupa de muchos temas y no puede dar cabida a la EpS*”.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no hay diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- En la EP hace falta priorizar la educación hacia la higiene corporal y bucal.
- En la EP es pronto para hablar de prevención de drogodependencias (alcohol, tabaco).
- La escuela ya se ocupa de muchos temas y no puede dar cabida a la EpS.
- La etapa de EP es adecuada para tratar el tema de EpS.
- Los hábitos y los conocimientos sobre la salud son básicos para futuros aprendizajes.
- Puede ser que hace falta una mayor implicación de las familias.

Titularidad:

- En la EP hace falta priorizar la educación hacia la higiene corporal y bucal.

- En la EP es pronto para hablar de prevención de drogodependencias (alcohol, tabaco).
- La escuela ya se ocupa de muchos temas y no puede dar cabida a la EpS.
- La etapa de EP es adecuada para tratar el tema de EpS.
- Los hábitos y los conocimientos sobre la salud son básicos para futuros aprendizajes.
- Puede ser que hace falta una mayor implicación de las familias.
- Los hábitos y los conocimientos sobre la salud son básicos para futuros aprendizajes

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Los hábitos y los conocimientos sobre la salud son básicos para futuros aprendizajes.

Los hábitos y los conocimientos sobre la salud son básicos para futuros aprendizajes

Observando la tabla:

			Considere el grado de importancia que corresponda a la siguiente afirmación: Los hábitos y los conocimientos sobre la salud son básicos para futuros aprendizajes.				Total
			poco	no mucho	bastante	mucho	
Zona del Baix Camp	Reus	Frecuencia		2	10	12	24
		% within zona del Baix Camp		8,3%	41,7%	50,0%	100,0%
	Cambrils	Frecuencia	1	1	6	5	13
		% within zona del Baix Camp	7,7%	7,7%	46,2%	38,5%	100,0%
	pobles	Frecuencia		5	2	2	9
		% within zona del Baix Camp		55,6%	22,2%	22,2%	100,0%
Total		Frecuencia	1	8	18	19	43
		% within zona del Baix Camp	2,2%	17,4%	39,1%	41,3%	100,0%

Tabla 12: Opinión docente según zonas de la afirmación: hábitos y conocimientos sobre salud básicos para futuros aprendizajes.

Si comparamos los porcentajes de la tabla podemos comentar que los profesores de Reus están “muy de acuerdo” en cuanto al tema: *los hábitos y los conocimientos sobre la salud son básicos para futuros aprendizajes*.

Los profesores de Cambrils están “bastante de acuerdo” mientras que los docentes de pueblos o resto de la comarca no están “muy de acuerdo” con con el tema.

3.b. Tratamiento que se hace de los hábitos de higiene:

- *Si los alumnos se lavan las manos después del patio* (ítem 24).

De las diferentes opciones que hemos elaborado sobre si los alumnos se lavan las manos después del patio el 41,3% de profesores opinan que los discentes “no se tienen que lavar las manos después del patio ya que el maestro no lo dice”.

El 21,7%, nos dicen que los alumnos *“sí se han de lavar las manos después del patio ya que el maestro lo reclama”*.

El 21,7%, opinan que los *“propios alumnos ya se lavan las manos después del patio”*.

Y por último, el 15,2% son personas que opinan que *“no lo saben”*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no se hallan diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

- ***Seguimiento del programa del flúor*** (ítem 25).

En cuanto al seguimiento del programa del flúor en las escuelas podemos comentar que el 82,6% de los profesores responden que *“sí” siguen el programa de fluor*.

Este programa está muy instaurado en el Departament d'Educació aunque cada vez los docentes son más críticos a la hora de tener una continuidad.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no existen diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

- ***Si deja ir al lavabo al alumno y su frecuencia*** (ítem 26).

De las diferentes propuestas realizadas el 58,7% de los docentes responden que *“dejan ir a los alumnos al lavabo siempre cuando lo piden”*.

El 34,8%, opinan que *“solamente dejan ir al alumno al lavabo cuando lo piden reiteradamente”*.

Y el 6,5%, comentan que *“siempre deja ir a los alumnos al lavabo libremente sin que lo pidan”*.

Es difícil establecer criterios para que el alumno pueda ir al lavabo, depende del momento en sí, de las repeticiones que pueda realizar, de la necesidad.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no hay diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

- ***Utilización de guantes para curar al alumnado*** (ítem 27).

Respecto a la utilización de guantes para curar al alumno podemos comentar que el 58,7% de los profesores dicen que *“no”* se los pone.

Es un hábito que cuesta que se implante en las escuelas por la rapidez de la actuación ya que cuando se ve a un niño con una herida lo primero que se piensa es en curar y no en ponerse los guantes.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no existen diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

- **Pautas que sigue cuando alumno cae y se hace rasguño** (ítem 28).

De las diferentes pautas propuestas, el profesorado es de la opinión:

El 77,3% responde que “*van al botiquín y curan al alumno*”.

El 11,4% opina que “*van al botiquín leen los consejos básicos de la utilización del botiquín y después curo al alumno siguiendo las instrucciones*”.

Y el 9,1% responde que “*si pueden no curan al alumno e intentan que lo curen otra persona*”.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** ya que no se hallan diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

4. RESPONSABILIDAD DE LA EPS.

4.a. **Grado de responsabilidad en materia que tienen diferentes figuras** (ítem 9):

Podemos comentar que la mayor responsabilidad que otorgan los profesores en este ámbito es para *los padres y las madres* con una puntuación máxima, es decir, un 5 (máximos responsables).

Les sigue *el pediatra* con una valoración de 4,07, después está *el tutor de la escuela* al que se le otorga el valor de 3,7, es decir, que se le considera importante en la responsabilidad de la materia, le sigue *la escuela* con un valor de 3,52.

A continuación con valores inferiores en grado responsabilidad estarían en (de mayor a menor valoración): *sociedad, servicios sociales, Ayuntamientos, abuelos y abuelas, centros cívicos y resto de familia*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** ya que no existen diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- El padre-la madre.
- Los abuelos/as.
- El resto de la familia.
- El pediatra.
- El tutor de la escuela.
- La escuela.
- La sociedad.

Titularidad:

- El padre-la madre.

- Los abuelos/as.
- El resto de la familia.
- El pediatra.
- El tutor de la escuela.
- La escuela.
- La sociedad.
- Los Centros cívicos.
- Los Servicios sociales.
- Los Ayuntamientos.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Los Centros cívicos.
- Los Servicios sociales.
- Los Ayuntamientos.

Los Centros cívicos

Los profesores de Reus opinan con un 38% que la responsabilidad que tienen los *centros cívicos* entorno a la EpS es de “no mucha”.

Los profesores de Cambrils seleccionan mayoritariamente con el 38 % la opción de “poca” responsabilidad mientras que el porcentaje aumenta al 44,4% en la misma opción en los maestros de pueblos o resto de comarca.

Gráficamente podemos observar:

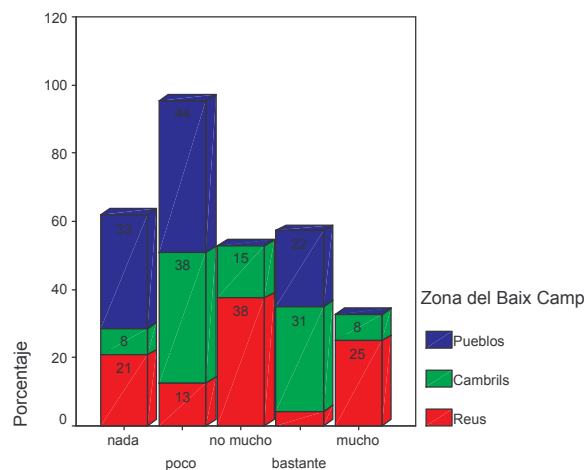


Gráfico 17: Opinión de los docentes según zonas sobre la responsabilidad en EpS de los centros cívicos.

Los Servicios sociales

			responsable Eps en el niño: servicios sociales					Total
			nada	poco	no mucho	bastante	mucho	
Zona del Baix Camp	Reus	Frecuencia	1	2	11	4	6	24
		% within zona del Baix Camp	4,2%	8,3%	45,8%	16,7%	25,0%	100,0%
	Cambrils	Frecuencia	1	3	2	7		13
		% within zona del Baix Camp	7,7%	23,1%	15,4%	53,8%		100,0%
	pobles	Frecuencia	1	4		2	2	9
		% within zona del Baix Camp	11,1%	44,4%		22,2%	22,2%	100,0%
Total		Frecuencia	3	9	13	13	8	46
		% within zona del Baix Camp	6,5%	19,6%	28,3%	28,3%	17,4%	100,0%

Tabla 13: Opinión de los docentes según zona sobre la responsabilidad en EpS de los Servicios Sociales.

Si observamos la tabla y comparamos los porcentajes podemos ver que tanto los profesores de Reus como los de pueblos opinan mayoritariamente que *los servicios sociales* no tienen un papel “muy importante” en el ámbito de EpS mientras que los docentes de Cambrils le concenden un papel “bastante importante”.

Estos resultados pueden implicar que los Servicios Sociales de Cambrils trabajen conjuntamente con los docentes temas relacionados con la EpS y por lo tanto éstos den también responsabilidades de EpS.

Los Ayuntamientos

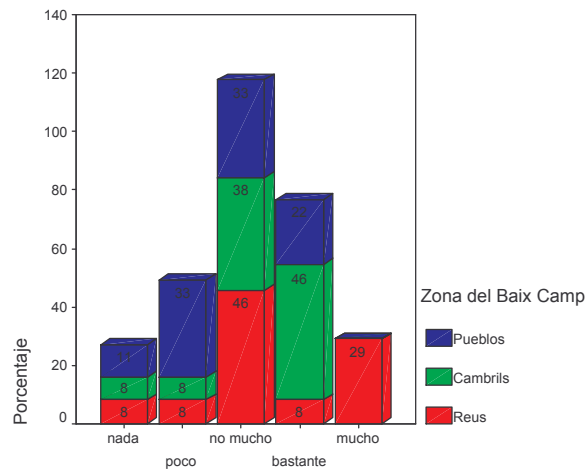


Gráfico 18: Opinión de los docentes según zonas sobre la responsabilidad en EpS de los Ayuntamientos.

Si comparamos los porcentajes de los docentes podemos decir que los que más valoran la responsabilidad en EpS de los Ayuntamientos son los docentes de Cambrils ya que el 46% valoran que es “bastante”.

También el 46% de los docentes de Reus son de la opinión que “no es mucha” la responsabilidad mientras que los docentes de pueblos o resto de la comarca la valoración está más compartida: el 33% comentan que “no es mucha”, otro 33% de docentes comentan que es “poca”.

4.b. Dejar de plantear algún tema por miedo a la reacción de los padres (ítem 23):

De los 46 profesores de Primaria 43, es decir, el 93,5% opinan que “no” *tienen miedo a la reacción de los padres* y 3, el 6,5%, que “sí” *tienen miedo*, siendo estas tres personas docentes de sexo femenino, dos de escuela pública y una de escuela concertada.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no existen diferencias significativas entre las variables de **zona y titularidad**.

Sobre las **últimas preguntas abiertas del cuestionario** podemos comentar:

“Apunte aquellos aspectos que usted considere relevantes sobre la Educación para la Salud en la Etapa de Primaria que crea y que no se ha tratado en este cuestionario” las respuestas han sido:

De los 46 profesores 5 maestras solamente responden a esta cuestión siendo la opinión:

- Dos profesoras opinan que son los padres los implicados en la Educación para la Salud de sus hijos y los profesores solamente han de apoyarlos.
- Una profesora opina que ha de haber horarios de descanso en casa de los alumnos.
- Una docente responde que ha de haber hábitos de dieta equilibrada en casa de los alumnos.
- Una maestra opina que los padres han de tener claro el control de influencias negativas de la televisión.

“Observaciones, consideraciones, que quiera añadir” las respuestas han sido:

De los 46 profesores 3 maestras solamente responden a esta cuestión siendo la opinión:

- Dos docentes opinan que la mayoría de los padres no colaboran con la escuela.
- Una profesora dice que los padres son los responsables de la Educación para la Salud.

1.2. CUESTIONARIOS A ALUMNOS:

0. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

La muestra total de **alumnos encuestados es de 565** siendo la distribución por zonas:

Reus: 383
Cambrils: 72
Pueblos (resto de comarca): 110

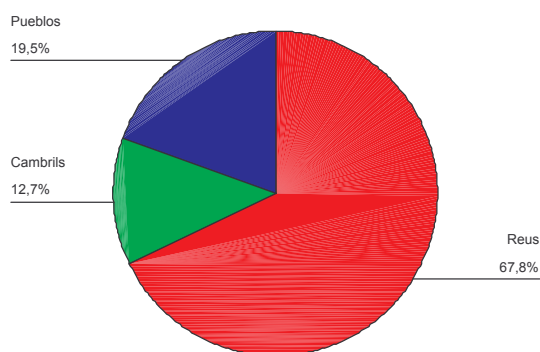


Gráfico 19: Muestra de alumnos según zona.

En el gráfico se representan tanto los **centros públicos como los concertados**:

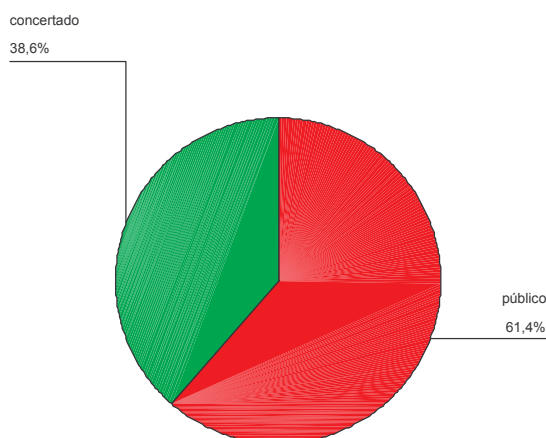


Gráfico 20: Muestra de alumnos según titularidad de centro.

Distribuimos los **centros públicos y concertados en las tres zonas de estudio:**

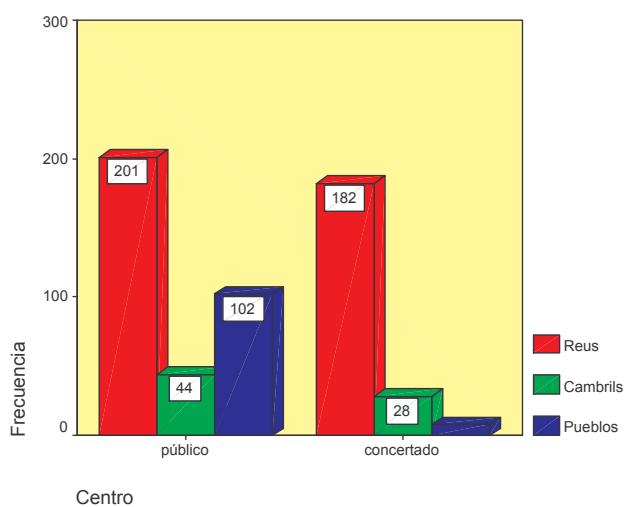


Gráfico 21: Muestra de alumnos según centro y zona.

En cuanto al **sexo** de los alumnos encuestados son:

Alumnos: 289
Alumnas: 276

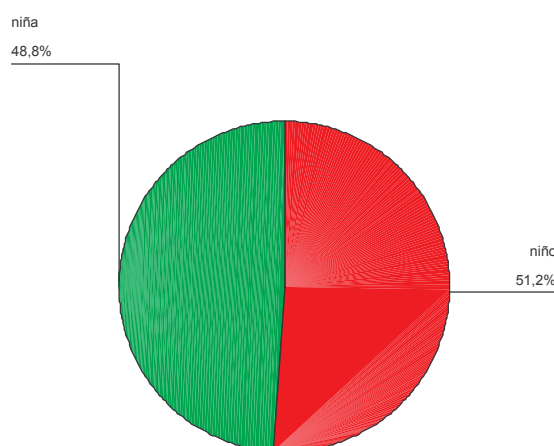


Gráfico 22: Muestra de alumnos según sexo.

Los **cursos** que han participado en la muestra han sido:

Alumnos de 3º: 141

Alumnos de 4º: 142

Alumnos de 5º: 140

Alumnos de 6º: 142

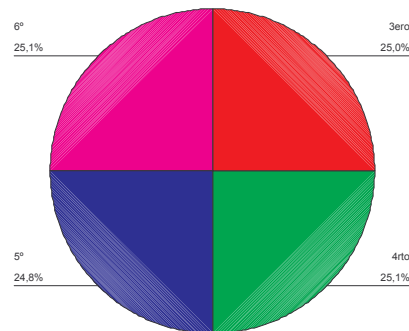


Gráfico 23: Muestra de alumnos según curso.

Siendo la **distribución de cursos por las tres zonas geográficas** :

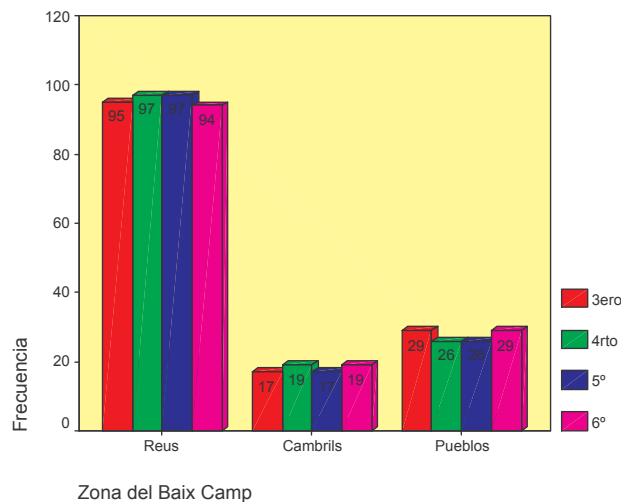


Gráfico 24: Muestra de alumnos según zona y curso.

En la página siguiente realizamos un **esquema** de las hipótesis referidas al alumnado y sus bloques de contenido y seguidamente analizamos los resultados a partir de los **bloques de contenido aceptando o no las hipótesis e indicando en paréntesis la relación con el ítem del cuestionario del alumno** .

HIPÓTESIS	zona	Titularidad
5. Conocimientos que tienen sobre temas de EpS:		
- Alimentación y nutrición:		
* Se han de hacer 4 comidas al día; se tiene que comer reposadamente y con calma; la bebida más recomendable es el agua; se tiene que comer menos golosinas y pasteles; beber cerveza no perjudica la salud.	H ₀	H ₀
* Importancia que da a la alimentación para tener una buena salud.	H ₁	H ₀
* Comer mucho es muy beneficioso para la salud.	H ₁	H ₀
* Comer antes de hacer ejercicio es beneficioso para la salud.	H ₁	H ₁
* Beber entre horas engorda.	H ₁	H ₀
* Bebidas gaseosas son muy buenas para organismo.	H ₁	H ₁
* Después de hacer ejercicio físico tenemos que beber líquidos,...	H ₀	H ₁
- Limpieza e higiene personal:		
* Lavarse los dientes diariamente; después de hacer ejercicio físicos nos tenemos que duchar.	H ₀	H ₀
* Importancia que se le da a la higiene para tener buena salud.	H ₁	H ₀
* Hace falta cambiarse de ropa después de haber realizado EF.	H ₁	H ₁
* Se ha de lavar las manos antes de comer.	H ₀	H ₁
- Drogas, alcohol y tabaco:		
* La importancia que otorga al tabaco para obtener una buena salud; acerca si el alcohol y el tabaco son una droga.	H ₀	H ₀
* Existen drogas legales.	H ₁	H ₀
- Salud mental:		
* La importancia que otorga al estrés para obtener una buena salud; la opinión del alumno de que: nuestros adversarios también son nuestros amigos; no hay perdedores ni ganadores sino que todos son jugadores en un partido de fútbol.	H ₀	H ₁
- Actividad y descanso:		
* El tema de hacer ejercicio para tener una buena salud; el parecer del alumno de que: se ha de dormir como mínimo 8 horas al día; cuando se está en la escuela necesitamos un poco de descanso.	H ₀	H ₀
* Importancia que se le da al descanso para tener una buena salud.	H ₁	H ₀
* Es importante hacer muchas extraescolares para aprender más.	H ₁	H ₀
- Prevención y control de enfermedades:		
* Si está enfermo tiene que ir igualmente a la escuela; si se sienta pone las piernas cruzadas.	H ₀	H ₀
* Importancia que se le da al hospital para tener buena salud.	H ₁	H ₀
* Cuando le hace daño alguna cosa se toma un medicamento.	H ₁	H ₁
- Seguridad y primeros cuidados:		
* Si va en bicicleta hace caso de las señales de circulación; si lee y hace caso de las instrucciones en el uso de los petardos.	H ₀	H ₀
- Salud y medio:		
* Se tiene que mantener en buen estado el medio natural.	H ₀	H ₁
* La propia basura se tiene que recoger y echarla a la papelera.	H ₀	H ₀
- Salud sexual:		
* Las relaciones sexuales son para los adultos.	H ₀	H ₀
* No se puede hablar de sexo en la escuela.	H ₁	H ₀

HIPÓTESIS	zona	Titularidad
6. Higiene personal del alumno:		
- Las veces por la semana en que se ducha el alumno.	H ₁	H ₀
- Las veces al día en que el alumno se lava los dientes.	H ₁	H ₀
7. Hábitos que pueden influir en la EpS del alumno.		
7.a. El medio de comunicación: televisión, programas y tiempo:		
- Programas de TV que ven.	H ₀	H ₀
- Las horas de TV que ven.	H ₁	H ₀
7.b. Las preferencias por realizar actividades tarde de domingo:		
- Jugar con los amigos a la calle, quedarse en casa y mirar la TV, ir cine con los amigos, ir Mc Donald's, pasear con padres.	H ₀	H ₁
7.c. Las preferencias o gustos a la hora de escoger la comida.	H ₁	H ₁
7.d. La compra que realizan a partir cantidad de dinero (0,6€).	H ₁	H ₁
7.e. La manera de celebrar el cumpleaños:		
- Hacer la fiesta en casa, ir al Mc Donald's, ir al Xiqui Parc, ir al cine, ...	H ₁	H ₁

Cuadro 11: Hipótesis del alumno y sus bloques de contenido.

5. CONOCIMIENTOS QUE TIENE EL ALUMNO SOBRE LOS TEMAS DE EPS.

- *Alimentación y nutrición* (ítem 4 y 5):

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no hay diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Se han de hacer 4 comidas al día.
- Se tiene que comer reposadamente y con calma.
- La bebida más recomendable es el agua.
- Se tiene que comer menos golosinas y pasteles.
- Beber cerveza no perjudica la salud.
- Después de haacer ejercicio físico tenemos que beber líquidos, ...

Titularidad:

- Se han de hacer 4 comidas al día.
- Se tiene que comer reposadamente y con calma.
- La bebida más recomendable es el agua.
- Se tiene que comer menos golosinas y pasteles.
- Beber cerveza no perjudica la salud.
- Importancia que se da a la alimentación para tener una buena salud.
- Comer es muy beneficioso para la salud.
- Beber entre horas engorda.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- La importancia que da a la alimentación para tener una buena salud
- El comer mucho es muy beneficioso para la salud.
- Comer antes de hacer ejercicio es beneficioso para la salud.
- Beber entre horas engorda.
- Las bebidas gaseosas (cola, naranjada, ...) son muy buenas para nuestro organismo.

La importancia que da a la alimentación para tener una buena salud

La importancia que le da el alumno de pueblos (resto de comarca) “a la alimentación para tener una buena salud” es máxima ya que el 100% están “de acuerdo”, les sigue las respuestas de los alumnos de Reus con 98,2 % y en tercer lugar están los de Cambrils con un 94,4%.

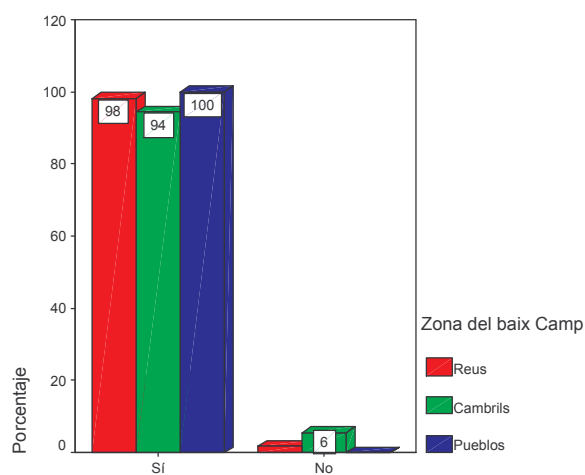


Gráfico 25: Opinión del alumno según zonas sobre importancia que da a la alimentación para tener una buena salud.

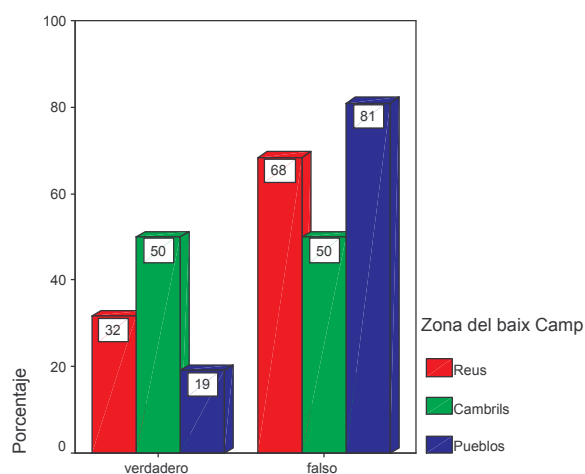
El comer mucho es muy beneficioso para la salud

Gráfico 26: Opinión del alumno según zonas sobre el comer es muy beneficioso para la salud.

Observando la gráfica podemos extraer que el 81% de los alumnos de los pueblos contestan que es falso “*comer mucho sea beneficioso para la salud*” le siguen los alumnos de Reus con un porcentaje del 68,4% y por último está Cambrils con tan sólo un 50%.

Comer antes de hacer ejercicio es beneficioso para la salud

Tanto los alumnos de Reus como los de pueblos (resto de comarca) obtienen resultados muy parecidos, aproximadamente un 75% de los alumnos comentan que es falso que “*comer antes de hacer ejercicio es beneficioso para la salud*”.

Son los alumnos de Cambrils dónde la opinión está más compartida, obteniendo un 54% que es falso y un 46% que es cierto.

Gráficamente:

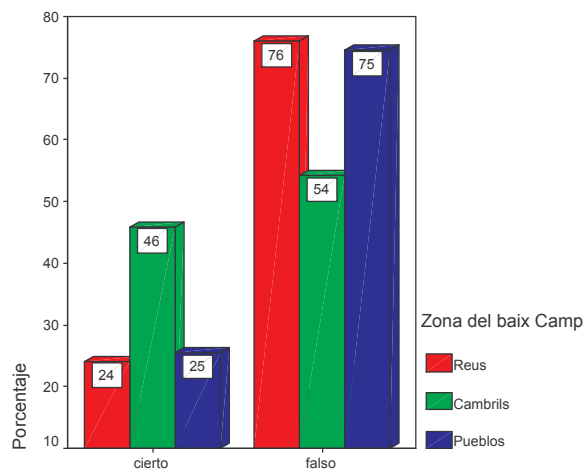


Gráfico 27: Opinión del alumno según zonas sobre el comer antes de hacer Ejercicio es beneficioso para la salud.

Beber entre horas engorda

Observando el gráfico:

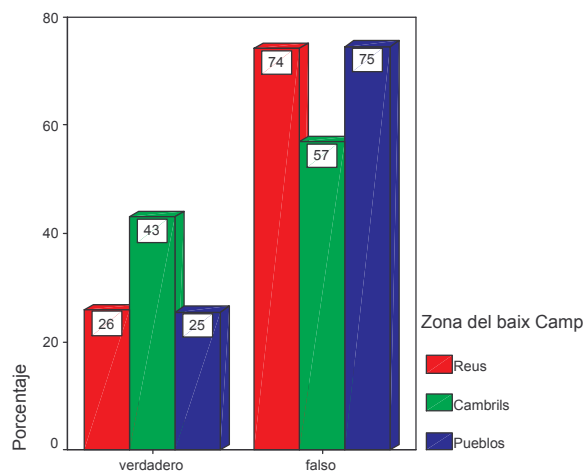


Gráfico 28: Opinión del alumno según zonas sobre el beber entre horas engorda.

Tanto la muestra de alumnos de Reus como la de pueblos obtienen valores muy similares en porcentaje, 74%, opinando que es falsa la frase “*beber entre horas engorda*”.

La opinión de los alumnos de Cambrils queda más repartida entre las respuestas falsas, 57%, y las respuestas verdaderas, 43%.

La frase comentada se basa en un mito totalmente falso pero que está muy instaurada en nuestra sociedad.

Las bebidas gaseosas (cola, naranjada, ...) son muy buenas para nuestro organismo

Los alumnos de pueblos responden que es falso, con un 89%, que “*las que las bebidas gaseosas (cola, naranjada, ...) no son muy buenas para nuestro organismo*”.

A continuación están los alumnos de Reus con un 86% y por último están los alumnos de Cambrils con un 76%.

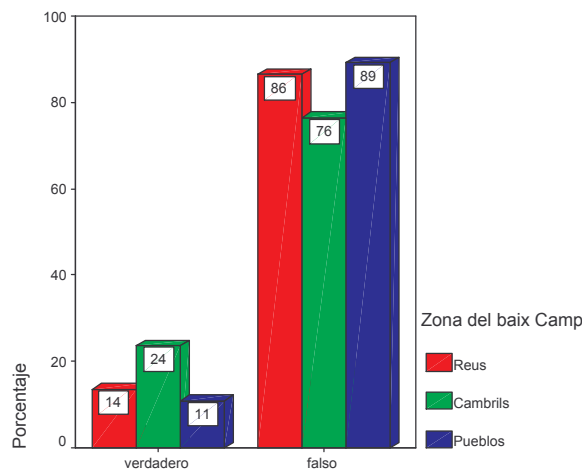


Gráfico 29: Opinión del alumno según zonas sobre que las bebidas gaseosas son muy buenas para el organismo.

Titularidad:

- Comer antes de hacer ejercicio es beneficioso para la salud.
- Las bebidas gaseosas (cola, naranjada, ...) son muy buenas para nuestro organismo.
- Si después de hacer ejercicio físico tenemos que beber líquidos para evitar la deshidratación.

Comer antes de hacer ejercicio es beneficioso para la salud

Los alumnos de la escuela concertada obtienen un mayor porcentaje, el 78%, en cuanto la respuesta correcta, es decir, que es falso que “*comer antes de hacer ejercicio es beneficioso para la salud*” mientras que los alumnos de la escuela pública obtienen un 69% de la respuesta correcta.

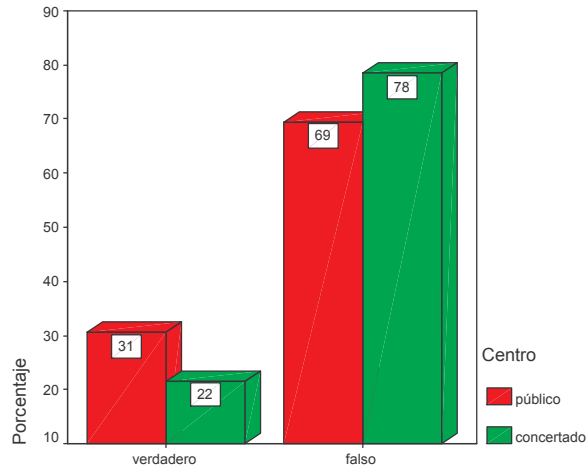


Gráfico 30: Opinión del alumno según centro sobre comer antes de hacer ejercicio es beneficioso para la salud.

Las bebidas gaseosas (cola, naranjada, ...) son muy buenas para nuestro organismo

Siendo la opinión acertada de los alumnos de la escuela concertada de un 90% frente al 83% de los alumnos de la escuela pública. Gráficamente:

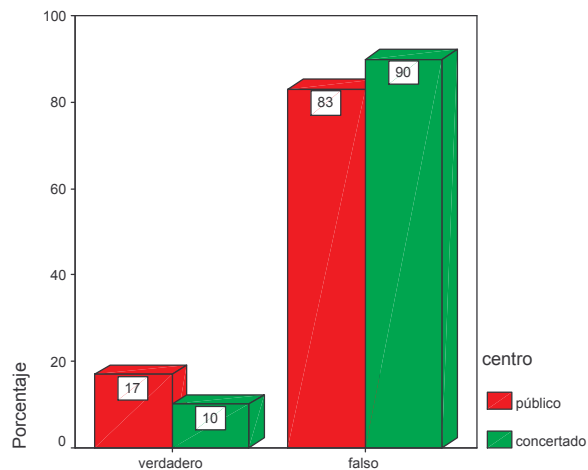


Gráfico 31: Opinión del alumno según centro sobre las bebidas gaseosas son muy buenas para nuestro organismo.

Si después de hacer ejercicio físico tenemos que beber líquidos para evitar la deshidratación

Los alumnos de la escuela concertada obtienen un porcentaje del 89% respecto a la respuesta correcta que “*después de hacer ejercicio físico tenemos que beber líquidos para evitar la deshidratación*” mientras que los discentes de la escuela pública el porcentaje es más bajo con un 82%. Gráficamente:

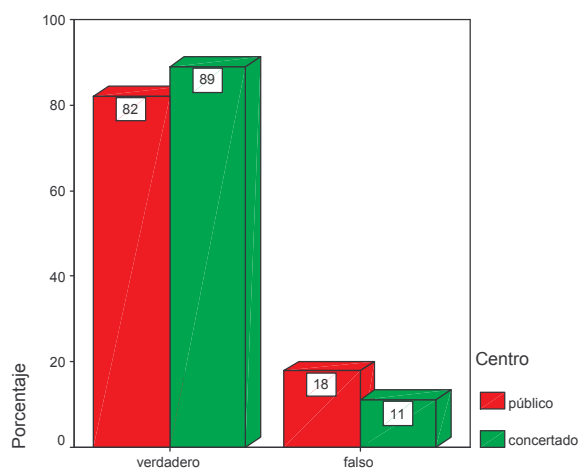


Gráfico 32: Opinión del alumno según centro si después de hacer ejercicio físico tenemos que beber líquidos para evitar deshidratación.

- ***Limpieza e higiene personal*** (ítem 4 y 5):

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Lavarse los dientes diariamente.
- Después de hacer ejercicio físico nos tenemos que duchar.
- Se ha de lavar las manos antes de comer.

Titularidad:

- Lavarse los dientes diariamente.
- Después de hacer ejercicio físico nos tenemos que duchar.
- Se ha de lavar las manos antes de comer.
- Importancia que se le da a la higiene para tener una buena salud.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al existir diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- La importancia que se le da a la higiene para tener una buena salud.
- Hace falta cambiarse de ropa después de haber realizado EF.

La importancia que se le da a la higiene para tener una buena salud

Podemos decir que los alumnos de Reus obtienen un mayor porcentaje de respuestas afirmativas con un 90%, seguido de los alumnos de pueblos (resto de comarca) con 83,6% y por último están los alumnos de Cambrils con el 76,4%.

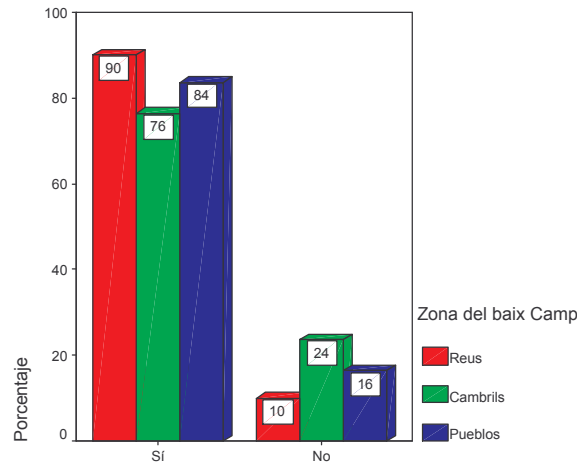


Gráfico 33: Opinión del alumno según zona sobre la importancia que se le da a la higiene para tener una buena salud.

Hace falta cambiarse de ropa después de haber realizado Educación Física

Los alumnos que mayoritariamente opinan que “*se han de cambiar de ropa después de realizar el área de Educación Física*” son los de Reus con un 95,3% seguido por los alumnos de Cambrils con un 93,1 % y por último y con bastante diferencia son los alumnos de pueblos (resto de la comarca) con un 71,8%.

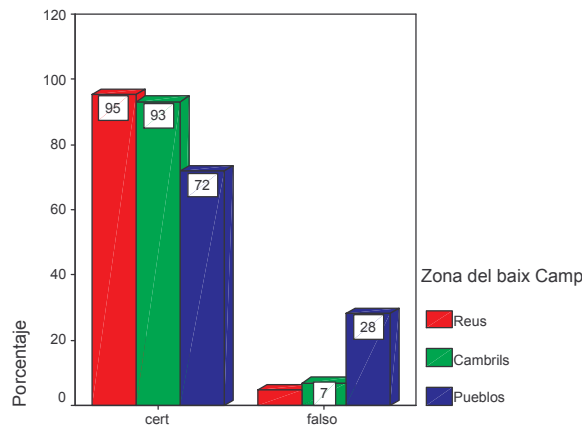


Gráfico 34: Opinión del alumno según zona si hace falta cambiarse de ropa después de haber hecho Educación Física.

Titularidad:

- Hace falta cambiarse de ropa después de haber realizado Educación Física.
- Se ha de lavar las manos antes de comer.

Hace falta cambiarse de ropa después de haber realizado Educación Física

Los alumnos que tienen un mayor porcentaje a la hora contestar “*si se han de cambiar de ropa cuando acaban de realizar la Educación Física*” son los de la escuela concertada con un 95% siendo un porcentaje menor, 87,6% en los alumnos de la escuela pública. Por lo tanto la gráfica es:

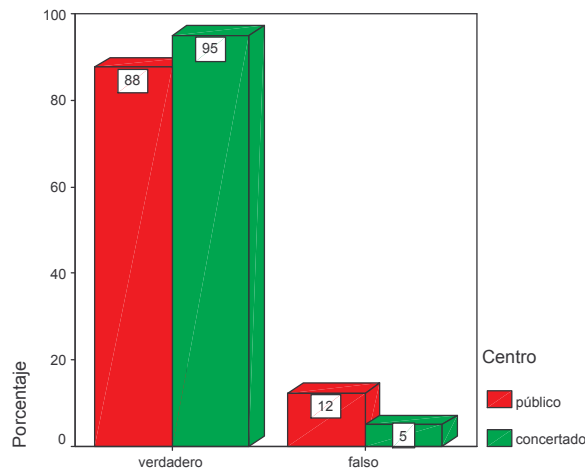


Gráfico 35: Opinión del alumno según centro si hace falta cambiar de ropa después de hacer Educación Física.

Se ha de lavar las manos antes de comer

La totalidad de los alumnos encuestados en las escuelas concertadas han contestado afirmativamente a “que se tienen que lavar las manos antes de comer” en cambio hay 8 personas de la escuela pública que contestan que no hace falta lavarse las manos antes de ir a comer, siendo curioso que son 4 de cada sexo y que se incrementa a medida que aumenta de curso.

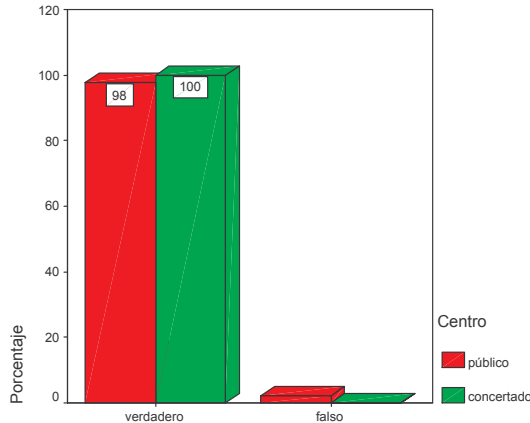


Gráfico 36: Opinión del alumno según centros sobre se tiene que lavar las manos antes de comer.

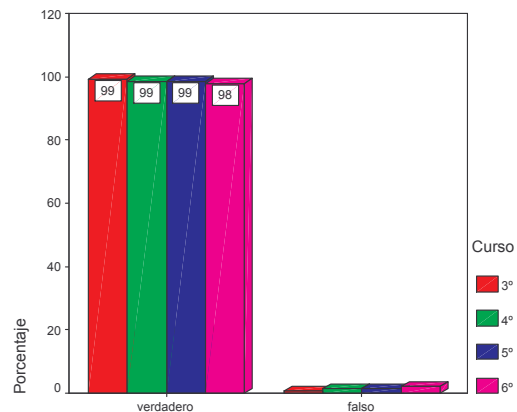


Gráfico 37: Opinión del alumno según curso sobre se tiene que lavar las manos antes de comer.

- **Drogas, alcohol y tabaco** (ítem 4 y 5):

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no hay diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- La importancia que otorga el alumno al tabaco para obtener una buena salud.
- La opinión del alumno acerca si el alcohol y el tabaco son una droga.

Titularidad:

- La importancia que otorga el alumno al tabaco para obtener una buena salud.
- La opinión del alumno acerca si el alcohol y el tabaco son una droga.
- Existen drogas legales.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Existen drogas legales.

Existen drogas legales

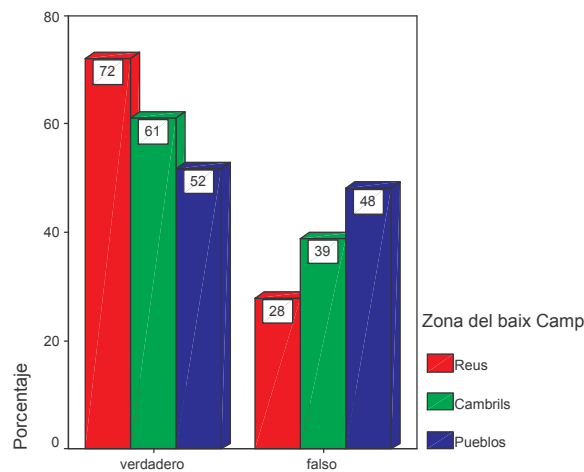


Gráfico 38: Opinión del alumno según zonas sobre si existen drogas legales.

Observamos en el gráfico que los alumnos de Reus son los que piensan mayoritariamente que “*existen drogas legales*”, con un porcentaje de 72,1%.

Le sigue los alumnos de Cambrils con un 61,1% y por último están los alumnos de pueblos (resto de comarca) que no tienen claro la contestación ya que el resultado está muy compartido casi un 50% en las dos opciones.

- **Salud mental** (ítem 4 y 5):

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** ya que no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- La importancia que otorga el alumno al estrés para obtener una buena salud.
- La opinión del alumno: nuestros adversarios también son nuestros amigos.
- No hay perdedores ni ganadores, todos son jugadores en partido de fútbol.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Titularidad:

- La importancia que otorga el alumno al estrés para obtener una buena salud.
- La opinión del alumno: nuestros adversarios también son nuestros amigos.
- No hay perdedores ni ganadores, todos son jugadores en partido de fútbol.

La importancia del estrés para tener una buena salud

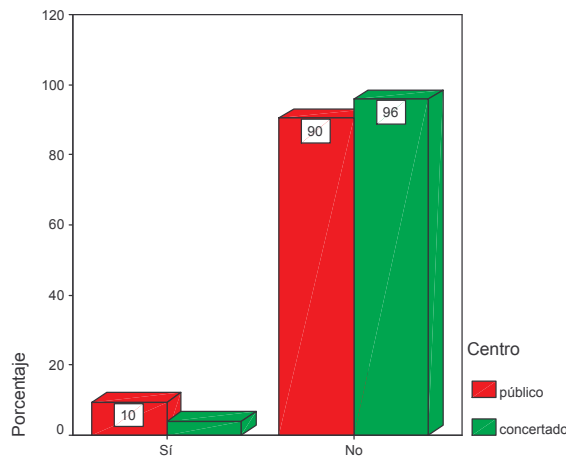


Gráfico 39: Opinión del alumno según centro sobre importancia del estrés para tener una buena salud.

El alumno de la escuela concertada está bastante concienciado de que “*el estrés no es un elemento para tener una buena salud*” opinando un 96% la respuesta correcta, siendo la opinión de los alumnos de la escuela pública de un 90%.

La opinión del alumno de que nuestros adversarios también son nuestros amigos

El 88,1% de los alumnos de la escuela concertada opinan que es cierto que “*nuestros adversarios también son nuestros amigos*” mientras que el porcentaje de los alumnos de los centros públicos que piensan igual es menor, un 79,3%.

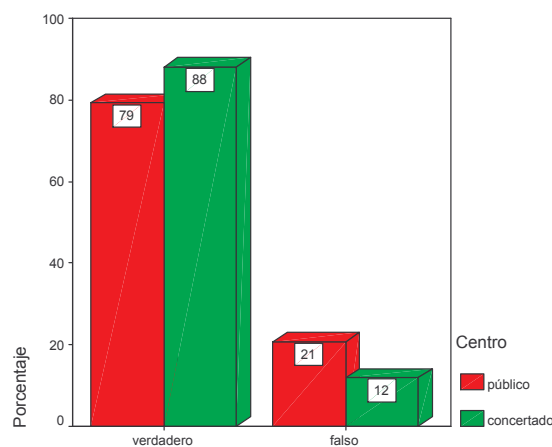


Gráfico 40: Opinión del alumno según centro de que nuestros adversarios también son nuestros amigos.

No hay perdedores ni ganadores sino que todos son jugadores en un partido de fútbol

El 91,7% de los alumnos de la escuela concertada opinan que es cierto que “no hay perdedores ni ganadores sino que todos son jugadores en un partido de fútbol” mientras que el porcentaje de los alumnos de los centros públicos que piensan igual es menor con un 80,4 %. Gráficamente:

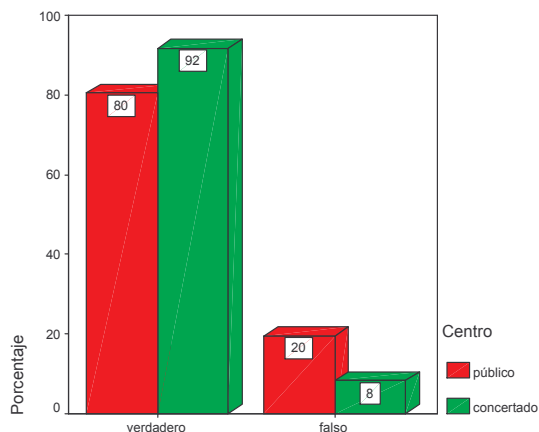


Gráfico 41: Opinión del alumno según centro de que no hay perdedores ni ganadores sino que todos son jugadores en un partido de fútbol.

- *Actividad y descanso* (ítem 4):

Si nos centramos en la opinión del alumno de que “se ha de dormir como mínimo 8 horas al día” de los 565 alumnos de la muestra 463, es decir el 81,9%, opinan que es cierto que se tiene que dormir como mínimo ocho horas al día y 102, el 18,1%, responden que es falso.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no existen diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- La importancia dada por el alumno en el tema de hacer ejercicio para tener una buena salud.
- El parecer del alumno de que: se ha de dormir como mínimo 8 h. al día.
- Cuando se está en la escuela necesitamos un poco de descanso.

Titularidad:

- La importancia dada por el alumno en el tema de hacer ejercicio para tener una buena salud.
- El parecer del alumno de que: se ha de dormir como mínimo 8 h. al día.
- Cuando se está en la escuela necesitamos un poco de descanso.
- La importancia dada por el alumno en los temas: hacer ejercicio para tener una buena salud.
- Es importante hacer muchas actividades extraescolares para aprender más.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- La importancia dada por el alumno en los temas: hacer ejercicio para tener una buena salud.
- Es importante hacer muchas actividades extraescolares para aprender más.

La importancia que se le da al descanso para tener una buena salud

Los alumnos de Reus responden a la frase como cierta en un 95% seguido de los alumnos de pueblos o resto de comarca cuyo porcentaje es de un 92%.

Y por último están los alumnos de Cambrils que responden correctamente a la opinión de que “*el descanso es importante para obtener una buena salud*” con un 86%.

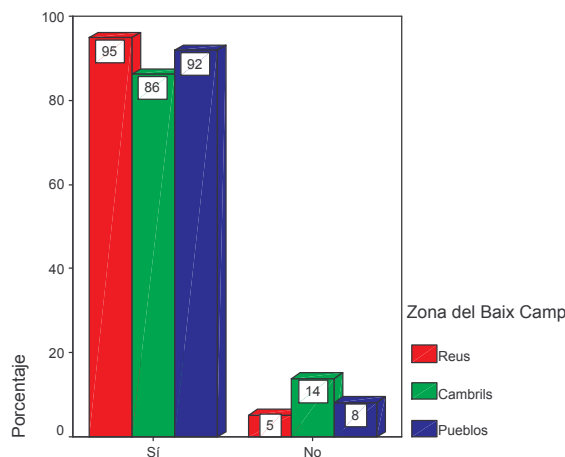


Gráfico 42: Opinión del alumno según zona respecto a la importancia que se le da al descanso para tener una buena salud.

Es importante hacer muchas actividades extraescolares para aprender más

El comportamiento de las respuestas de los alumnos tanto en Reus como en pueblos es muy similar, aproximadamente un 75 % opinan que es cierto “*es importante hacer muchas actividades extraescolares para aprender más*” mientras que los alumnos de la población de Cambrils el porcentaje es de un 93,1%.

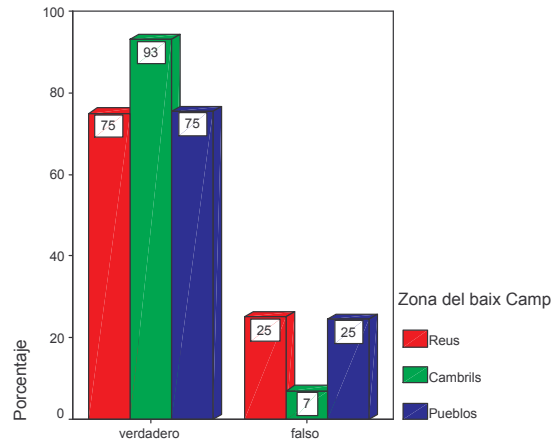


Gráfico 43: Opinión del alumno según zona respecto a la importancia que se le da al descanso para tener una buena salud.

- **Prevención y control de enfermedades** (ítem 4):

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Si está enfermo tiene que ir igualmente a la escuela.
- Si se sienta pone las piernas cruzadas.

Titularidad:

- Si está enfermo tiene que ir igualmente a la escuela.
- Si se sienta pone las piernas cruzadas.
- La importancia que el alumno da al hospital para tener una buena salud.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al existir diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- La importancia que el alumno da al hospital para tener una buena salud.
- Cuando le hace daño alguna cosa se toma un medicamento.

La importancia que se da al hospital para tener una buena salud

Los alumnos que dan más “*importancia a los hospitales para tener una buena salud*” son los de Reus con un 78,3% seguido por los alumnos de Cambrils con un 72,2%.

Y por último y con más de un 10% de diferencia con respecto a Reus estarían respuestas que ofrecen los alumnos de pueblos con un 67,3%.

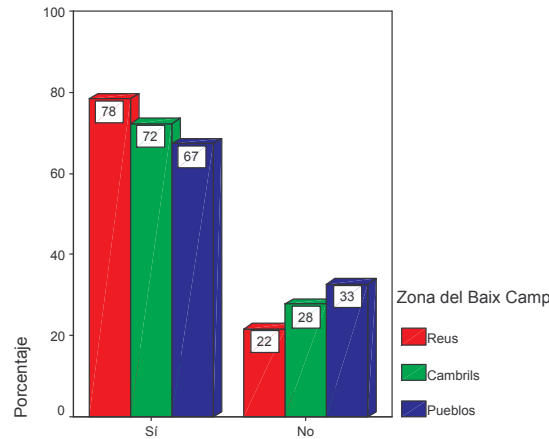


Gráfico 44: Opinión del alumno según zona sobre la importancia que se da al hospital para tener una buena salud.

Quando le hace daño alguna cosa se toma un medicamento

La pregunta se presta a confusión y tendría que haber estado más matizada ya que la mayoría de los alumnos contestan que es cierto que tenemos que tomar medicamento cuando nos hace daño alguna cosa no averiguando si se lo toman ellos, o se lo da una persona adulta responsable.

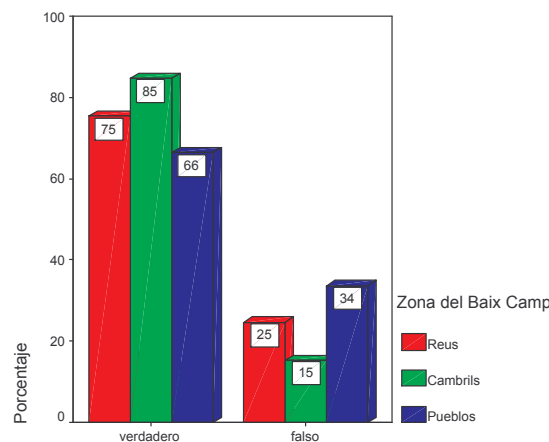


Gráfico 45: Opinión del alumno según zona de que cuando le hace daño alguna cosa se toma un medicamento.

Observando los porcentajes de las respuestas falsas son los alumnos de pueblos (resto de la comarca) los que obtienen un porcentaje mayor, 33,6% seguido de los alumnos de Reus con 24,6% y por último con menor porcentaje, 15,3%, están los alumnos de Cambrils.

Titularidad:

- Cuando le hace daño alguna cosa se toma un medicamento.

Quando le hace daño alguna cosa se toma un medicamento

Los alumnos de la pública opinan en un 78 % que es cierto “*cuando le hace daño alguna cosa se toma un medicamento*” mientras que el porcentaje de alumnos de la concertada que piensan que la afirmación es correcta es de 70%.

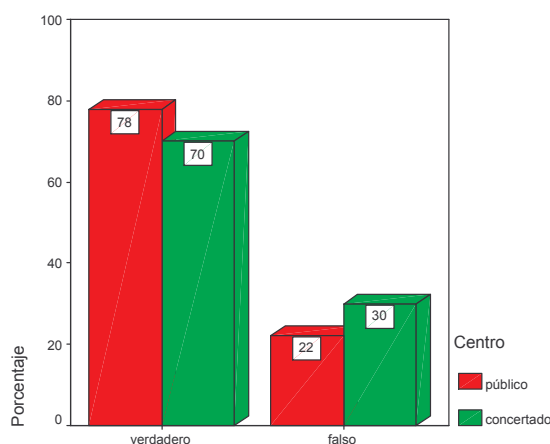


Gráfico 46: Opinión del alumno según centro de que cuando le hace daño alguna cosa se toma un medicamento.

- **Seguridad y primeros cuidados** (ítem 4):

El 89,8% de los alumnos opinan afirmativamente, es decir que si van en bicicleta hacen caso de las señales de circulación por contra un 10,2% niegan la afirmación.

En cuanto a la opinión del alumno “*si lee y hace caso de las instrucciones para utilizar los petardos, ...*” observamos que el 82,5% corroboran esta afirmación y que el 17,5% no.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no hay diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de:

Zona y titularidad:

- Si va en bicicleta hace caso de las señales de circulación.
- Si lee y hace caso de las instrucciones en el uso de los petardos.

- **Salud y medio** (ítem 4):

El 98,8% del alumnado opina que se “*tiene que mantener en buen estado el medio natural*” y el 95,4% de éste considera de que “*la propia basura se tiene que recoger y echar a la papelera*”.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Se tiene que mantener en buen estado el medio natural.
- La propia basura se tiene que recoger y echarla a la papelera.

Titularidad:

- La propia basura se tiene que recoger y echarla a la papelera.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Titularidad:

- Se tiene que mantener en buen estado el medio natural.

Se tiene que mantener en buen estado el medio natural

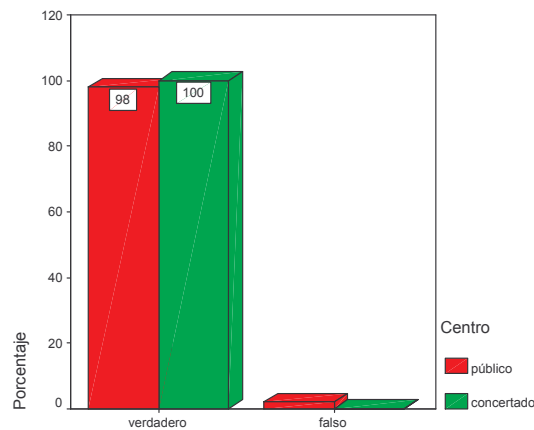


Gráfico 47: Opinión del alumno según centro de que se tiene que mantener en buen estado el medio natural.

Todos los alumnos de la escuela concertada opinan que es cierto que “*se tiene que mantener en buen estado el medio natural*” siendo el 98% en los alumnos de la escuela pública.

- **La salud sexual** (ítem 4):

El 88,7% de los alumnos están de acuerdo con la afirmación “*de que las relaciones sexuales son para los adultos*”.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no existen diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Las relaciones sexuales son para los adultos.

Titularidad:

- Las relaciones sexuales son para los adultos.
- No se puede hablar de sexo en la escuela.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- No se puede hablar de sexo en la escuela.

No se puede hablar de sexo en la escuela

Los alumnos de Reus con un 66% opinan que es falso de que “*no se puede hablar de sexo en la escuela*”, es decir, que están de acuerdo que en la escuela se puede hablar de este tema.

El comportamiento de respuesta varía en las otras dos muestras ya que tanto en Cambrils como en pueblos el mayor porcentaje lo tiene las respuestas de que no se puede hablar de sexo en la escuela siendo el resto de comarca, con un 45% y un 39% en Cambrils.

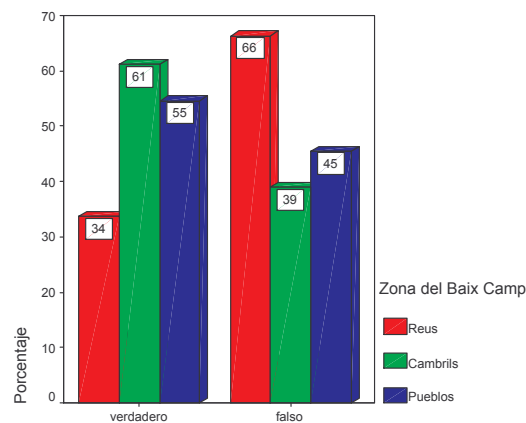


Gráfico 48: Opinión del alumno según zona de que no se puede hablar de sexo en la escuela.

6. HIGIENE PERSONAL DEL ALUMNO.

- *Las veces por la semana en que se ducha el alumno* (ítem 9).

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **titularidad**.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **zona**.

El cuadro resumen que se obtiene de cruzar las variables es:

			veces a la semana en que te duchas							Total	
			1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 veces	6 veces	7 veces		más de 7 veces
Zona del Baix Camp	Reus	Frecuencia	11	39	59	62	61	27	118	6	383
		% within zona del baix Camp	2,9%	10,2%	15,4%	16,2%	15,9%	7,0%	30,8%	1,6%	100,0%
Zona del Baix Camp	Cambrils	Frecuencia	2	7	10	14	7	5	24	3	72
		% within zona del baix Camp	2,8%	9,7%	13,9%	19,4%	9,7%	6,9%	33,3%	4,2%	100,0%
Zona del Baix Camp	Pueblos	Frecuencia	3	17	26	34	6	8	16		110
		% within zona del baix Camp	2,7%	15,5%	23,6%	30,9%	5,5%	7,3%	14,5%		100,0%
Total		Frecuencia	16	63	95	110	74	40	158	9	665
		% within zona del baix Camp	2,8%	11,2%	16,8%	19,5%	13,1%	7,1%	28,0%	1,6%	100,0%

Tabla 14: Opinión del alumno según zona sobre las veces que se ducha a la semana.

Si analizamos los resultados podemos decir que los alumnos que se duchan más veces durante la semana son los de Cambrils con “7 veces” siendo el porcentaje del 33,3%.

Seguido por los alumnos de Reus que obtienen la misma frecuencia con el 30,8% de porcentaje.

Y por último son los alumnos de pueblos o resto de la comarca con una frecuencia de “4 veces a la semana” y el porcentaje del 30,9%.

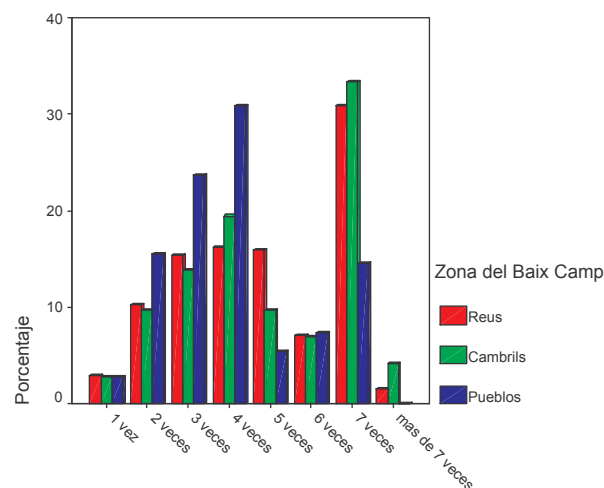


Gráfico 49: Opinión del alumno según zona y las veces a la semana en que se ducha.

- *Las veces al día en que el alumno se lava los dientes* (ítem 10).

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **titularidad**.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **zona**.

El cuadro resumen que se obtiene de cruzar las variables es:

			veces al día en que te lavas los dientes					Total
			ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	
Zona del Baix Camp	Reus	Frecuencia	10	84	120	117	52	383
		% within zona del baix Camp	2,6%	21,9%	31,3%	30,5%	13,6%	100,0%
	Cambrils	Frecuencia	3	21	17	24	7	72
		% within zona del baix Camp	4,2%	29,2%	23,6%	33,3%	9,7%	100,0%
	Pueblos	Frecuencia	3	16	52	30	9	110
		% within zona del baix Camp	2,7%	14,5%	47,3%	27,3%	8,2%	100,0%
Total		Frecuencia	16	121	189	171	68	565
		% within zona del baix Camp	2,8%	21,4%	33,5%	30,3%	12,0%	100,0%

Tabla 15: Opinión del alumno según zona sobre las veces que se cepilla los dientes al día.

A partir de estos datos podemos decir que los alumnos que se *lavan los dientes* con más frecuencia son los de Cambrils “3 veces al día” (33,3%).

Seguido de los alumnos de Reus cuya frecuencia está bastante repartida “entre dos y tres veces al día”, siendo el porcentaje del 31,3% y 30,5% respectivamente.

En los pueblos o resto de la comarca la frecuencia disminuye ya que la frecuencia es de “dos veces a la semana” con un porcentaje de 47,3% . Gráficamente:

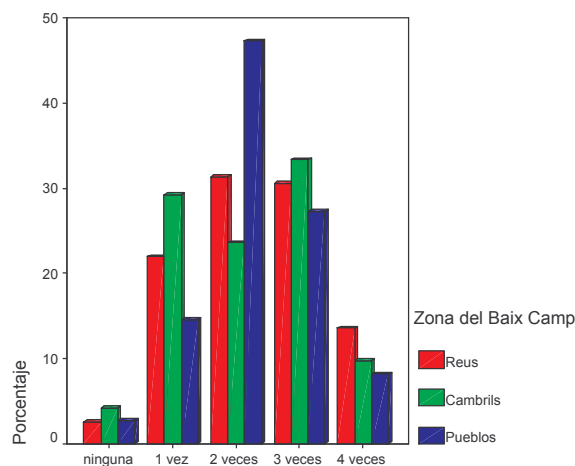


Gráfico 50: Opinión del alumno según zona de las veces al día en que se lava los dientes.

7. HÁBITOS QUE PUEDEN INFLUIR EN LA EPS DEL ALUMNO.

7.a. El medio de comunicación: televisión, programas y tiempo (ítem 7):

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no existen diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Los programas de televisión que ven los alumnos.

Titularidad:

- Los programas de televisión que ven los alumnos.
- Las horas de televisión que ven los alumnos.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- Las horas de televisión que ven los alumnos.

Las horas de televisión que ven al día los alumnos

			horas de TV								Total	
			ninguna	1 hora	2 horas	3 horas	4 horas	5 horas	6 horas	menos de una hora		más de 6 horas
Zona del Baix Camp	Reus	Frecuencia	7	102	127	49	31	14	8	31	14	183
		% within zona del baix Camp	1,8%	26,6%	33,2%	12,8%	8,1%	3,7%	2,1%	8,1%	3,7%	100,0%
	Cambrils	Frecuencia	1	13	23	13	4	1	3	7	7	72
		% within zona del baix Camp	1,4%	18,1%	31,9%	18,1%	5,6%	1,4%	4,2%	9,7%	9,7%	100,0%
	Pueblos	Frecuencia		18	33	19	14	14	1	7	4	110
		% within zona del baix Camp		16,4%	30,0%	17,3%	12,7%	12,7%	9%	6,4%	3,6%	100,0%
Total		Frecuencia	8	133	183	81	49	29	12	45	25	665
		% within zona del baix Camp	1,4%	23,5%	32,4%	14,3%	8,7%	5,1%	2,1%	8,0%	4,4%	100,0%

Tabla 16: Opinión del alumno según zona sobre las horas de televisión que ven al día los alumnos.

A partir de la tabla podemos observar que los alumnos de la ciudad de Reus responden que *el tiempo que ven la televisión al día es*: con el mayor porcentaje 33,2% (2 horas), seguido del 26,6% (1 hora), a continuación está el 12,8% (3 horas) y compartiendo porcentajes con 8,1% están tanto 4 horas como menos de una hora que el niño ve la tele.

En cuanto a los alumnos de Cambrils podemos decir que *el tiempo que ven la televisión al día es*: con el mayor porcentaje 31,9% (2 horas) seguido del 18,1%, porcentaje compartido 1 hora y 3 horas, a continuación con el porcentaje de 9,7% igualmente compartido por los alumnos que responden que ven menos de una hora la tele y aquellos que la ven más de seis horas.

Los alumnos de pueblo o resto de la comarca responden que *el tiempo que ven la televisión al día es*: con el mayor porcentaje 30% (2 horas) seguido del 17,3% (3 horas), a continuación con el 16,4% (1 hora) y compartiendo porcentajes con 12,7% están las respuestas de los alumnos que el tiempo que ven la televisión es de 4 y 5 horas.

A partir del gráfico podemos apreciar que el tiempo que están los alumnos viendo la televisión es aproximadamente de 2 horas diarias, un tiempo bastante considerado si tenemos en cuenta que muchos de ellos después de las clases tienen actividades extraescolares, han de hacer los deberes, ...

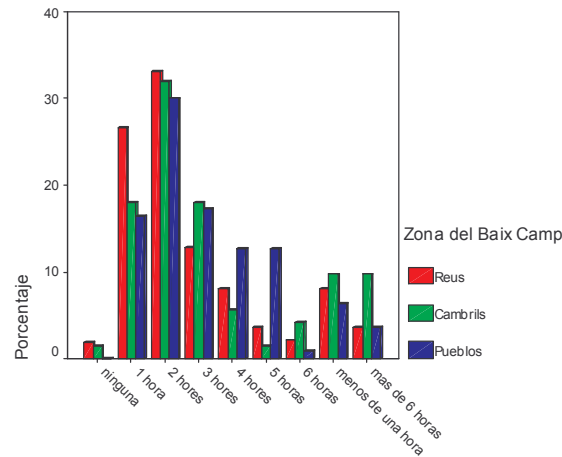


Gráfico 51: Opinión del alumno según zona sobre las horas de TV que ven al día.

7.b. Las preferencias por realizar actividades un domingo por la tarde: ir a jugar con los amigos a la calle, quedarse en casa y mirar la tele, ir al cine con los amigos, ir al Mc Donald's, ...ir a pasear con los padres, ... (ítem 12):

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no existen diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **zona**.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **titularidad**.

Un 37,3% de los alumnos de la **escuela pública** dicen que les *gustaría ir a jugar con los amigos a la calle*, en la segunda opción estaría con un 19,9% *ir a pasear con los padres*, seguidamente y con un 17,6% a los niños les *gustaría ir al cine con sus amigos*.

A continuación contestan con un 7,8% que les *gustaría ir con los padres al cine o al circo* y con la misma proporción 7,8% también opinan que les *gustaría ir a los restaurantes de comida rápida* y por último podemos decir que solamente un 0,9% les *gustaría quedarse en casa viendo la tele*.

En cuanto a los alumnos de la **escuela concertada** opinan con el mayor porcentaje 35,8% que les *gustaría ir a jugar con los amigos a la calle*, seguidamente estaría con un 20,2% les *gustaría ir al cine con los amigos*, como tercera opción con un 12,4% les *gustaría ir a pasear con los padres*, en cuarta posición con un 8,3% les *gustaría ir a los restaurantes de comida rápida*.

A continuación a los alumnos con un 6,9% les *gustaría ir con los padres al cine o al circo* y por último vemos que un 5,5 % de los alumnos de la escuela concertada les *gustaría quedarse en casa viendo la tele*.

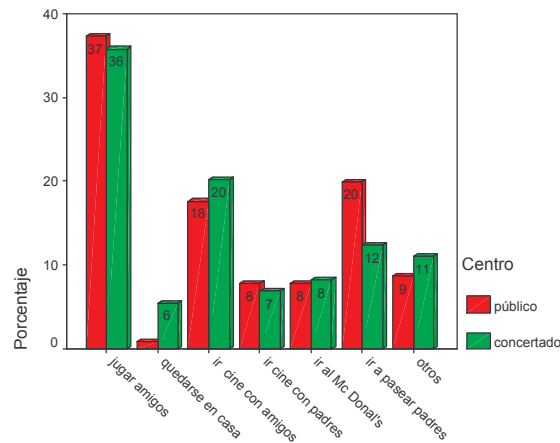


Gráfico 52: Opinión alumno según centro sobre preferencias por realizar actividades un domingo tarde.

7.c. Las preferencias o gustos a la hora de escoger la comida (ítem 6):

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

Zona:

Las preferencias de comida en los alumnos de la ciudad de Reus es: la *pasta* (43,9%), le sigue la *pizza* (13,6%) y el *arroz* (12,5%).

Los gustos a la hora de escoger la comida en los alumnos de Cambrils es: la *pasta* (43,1%), le sigue la *verdura* (12,5%) y la *fruta* (9,7%).

Los alumnos de pueblos (resto de comarca) tienen unos gustos muy similares a los alumnos de Cambrils ya que coinciden en las dos primeras comidas, tanto la *pasta* (45,5%), como la *verdura* (12,7%) seguido del *arroz* (10,9%).

			lo que más me gusta comer											Total	
			pasta	pizza	verdura	sopa	carné	pescado	patatas fritas	fruta	helado	pastel	arroz		huevos
Zona del Baix Camp	Reus	Frecuencia	168	52	29	18	32	8	7	11		2	48	8	383
		% within zona del baix Camp	43,9%	13,6%	7,6%	4,7%	8,4%	2,1%	1,8%	2,9%		,5%	12,5%	2,1%	100,0%
	Cambrils	Frecuencia	31	3	9	5	6	1	4	7			3	3	72
		% within zona del baix Camp	43,1%	4,2%	12,5%	6,9%	8,3%	1,4%	5,6%	9,7%			4,2%	4,2%	100,0%
	Pueblos	Frecuencia	60	3	14	3	10	3	5	5	1		12	4	110
		% within zona del baix Camp	45,5%	2,7%	12,7%	2,7%	9,1%	2,7%	4,5%	4,5%	,9%		10,9%	3,6%	100,0%
Total		Frecuencia	249	58	52	26	48	12	16	23	1	2	63	15	565
		% within zona del baix Camp	44,1%	10,3%	9,2%	4,6%	8,5%	2,1%	2,8%	4,1%	,2%	,4%	11,2%	2,7%	100,0%

Tabla 17: Opinión del alumno según zona sobre los alimentos que más le gusta comer

A partir del gráfico podemos observar en las tres zonas de la muestra la comida favorita de los alumnos es la **pasta**.

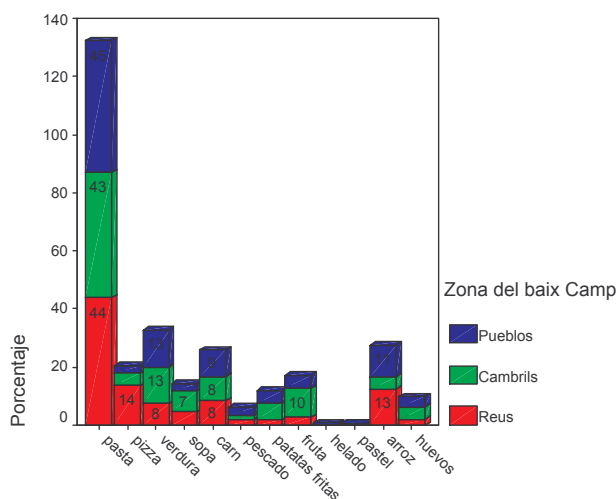


Gráfico 53: Opini3n del alumno seg3n zona de aquello que m3s le gusta comer.

Titularidad:

	lo que m3s me gusta comer												Total
	pasta	pizza	verdura	sopa	carne	pescado	patatas fritas	fruta	helado	pastel	arroz	huevos	
Centr p3blico	Frecuencia 148	26	41	15	28	6	12	16	1	2	41	11	347
	% within 42,7%	7,5%	11,8%	4,3%	8,1%	1,7%	3,5%	4,6%	,3%	,6%	11,8%	3,2%	100,0%
concer	Frecuencia 101	32	11	11	20	6	4	7			22	4	218
do	% within 46,3%	14,7%	5,0%	5,0%	9,2%	2,8%	1,8%	3,2%			10,1%	1,8%	100,0%
Total	Frecuencia 249	58	52	26	48	12	16	23	1	2	63	15	565
	% within 44,1%	10,3%	9,2%	4,6%	8,5%	2,1%	2,8%	4,1%	,2%	,4%	11,2%	2,7%	100,0%

Tabla 18: Opini3n del alumno seg3n centro sobre los alimentos que m3s le gusta comer.

Los alumnos de la escuela p3blica opinan que en primer lugar su comida preferida es la *pasta* (42,7%), seguido de la *verdura* y el *arroz* con el mismo porcentaje (11,8%), a continuaci3n est3 la *carne* (8,1%).

Los alumnos de la escuela concertada opinan que prefieren: la *pasta* (46,3%), seguido de la *pizza* (14,7%), a continuaci3n est3 el *arroz* (10,1%) y la *carne* (9,2%).

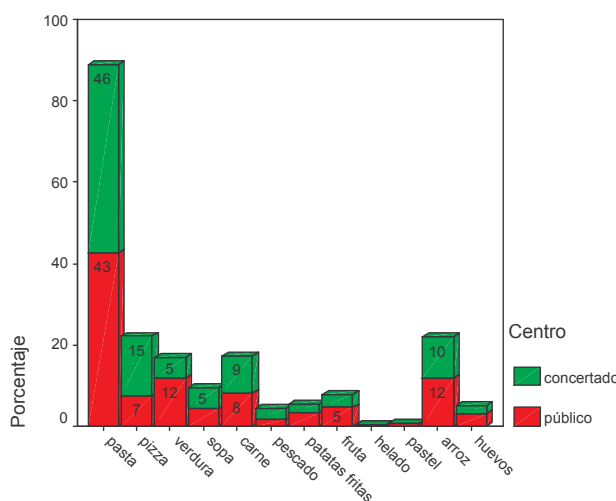


Gráfico 54: Opini3n del alumno seg3n centro sobre aquello que m3s le gusta comer.

Tanto los alumnos de la escuela concertada como los de la pública coinciden en dos comidas preferidas: **pasta y arroz**.

7.d. La compra que realizan a partir de 100 pesetas ò 0,60€ (ítem 8):

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

Zona:

			con 100 ptas/0,6€ me compro							Total	
			bolsas de patatas	golosinas	material para la escuela	regalo para alguien	nada	pasteles	bebida		regalo para mí
Zona del Baix Camp	Reus	Frecuencia	82	105	48	21	51	37	29	10	383
		% within zona del baix Camp	21,4%	27,4%	12,5%	5,5%	13,3%	9,7%	7,6%	2,6%	100,0%
	Cambrils	Frecuencia	11	27	8	2	6	6	4	8	72
		% within zona del baix Camp	15,3%	37,5%	11,1%	2,8%	8,3%	8,3%	5,6%	11,1%	100,0%
	Pueblos	Frecuencia	33	33	8	1	15	8	5	7	110
		% within zona del baix Camp	30,0%	30,0%	7,3%	,9%	13,6%	7,3%	4,5%	6,4%	100,0%
Total		Frecuencia	126	165	64	24	72	51	38	25	565
		% within zona del baix Camp	22,3%	29,2%	11,3%	4,2%	12,7%	9,0%	6,7%	4,4%	100,0%

Tabla 19: Opinión del alumno según zona sobre aquello que comprarían los alumnos con valor de 100 pesetas (0,60 euros).

Los alumnos de Reus opinan que se comprarían en primer lugar *golosinas* 27,4% después *bolsas de patatas* (21,4%), en tercer lugar con un 13,3% el niño no compraría *nada* y como cuarta opción con un 12,5% compraría *material de escuela*.

Los alumnos de Cambrils responden que comprarían en primer lugar *golosinas* con un 37,5%, seguido de *bolsas de patatas* (15,3%), en tercer y cuarto lugar con un 11,1% respectivamente el alumno compraría: *regalo para él o material de escuela*.

Los alumnos de pueblos o resto de la comarca comparten las dos opciones con el porcentaje más elevado que son de 30% por lo que comprarían por un igual las *golosinas* que las *bolsas de patatas*, en tercer lugar no comprarían *nada* (13,6%) y como cuarta opción está con un 7,3% compraría *material para la escuela*.

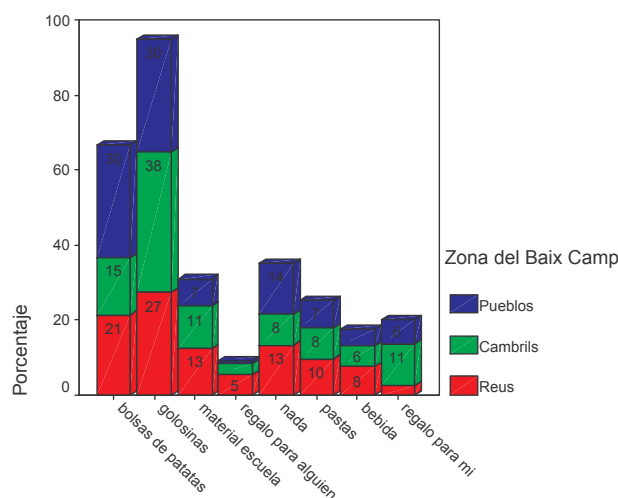


Gráfico 55: Opinión del alumno según zona sobre qué se compraría con 100 ptas (0,6€).

Como podemos apreciar el comportamiento de los alumnos de las tres zonas en el momento de gastarse una cierta cantidad de dinero es muy similar ya que las dos opciones más señaladas son comprar **golosinas y comprar bolsas de patatas**.

Titularidad:

Los alumnos de la **escuela pública** comprarían en primer lugar *golosinas* con un 34%.

Como segunda opción con un 21% comprarían *bolsas de patatas*, a continuación comprarían *material para la escuela* 12,1% y como cuarta opción comprarían *pastas* 9,8%, seguidamente y con un 9,2% el alumno contesta que *no compraría nada*.

Con menor porcentaje compraría: una *bebida* (5,8%), un *regalo para él mismo* (5,5%) y un *regalo para alguien* (2,6%).

Los alumnos de la **escuela concertada** comprarían en primer lugar *bolsas de patatas* con un 24%.

Como segunda opción con un 21,6% comprarían *golosinas*, en tercera posición y con un 18,3% el alumno *no compraría nada*, a continuación con un 10,1% nos encontramos que el alumno compraría *material para la escuela*, después compraría con un 8,3% una *bebida*.

Con menor porcentaje compraría: unas *pastas* (7,8%), un *regalo para alguien* (6,9%) y un *regalo para mi* (2,8 %).

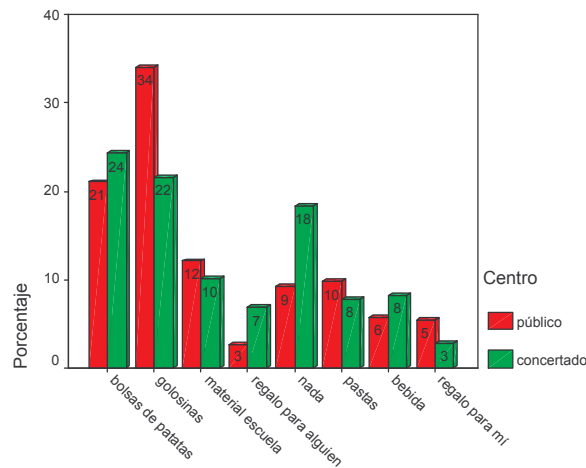


Gráfico 56: Opinión del alumno según centro sobre qué se compraría con 100 ptas (0,6€).

Estos resultados implican que todos los alumnos coinciden en comprar principalmente dos cosas: golosinas y bolsas de patatas.

7.e. La preferencia del alumno entorno a la realización de la fiesta de cumpleaños: hacer la fiesta en casa, ir al Mc Donald's, ir al Xiqui Parc, ir al cine, ... (ítem 11):

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

Zona:

Los alumnos de Reus opinan como primera opción que les gustaría hacer *la fiesta en su casa* con un 46,2%, en segunda opción les gustaría ir al *Xiqui Parc, Tubuland, ...* con un 22,7%, en tercera opción con un 19,8% está *ir al cine*, seguidamente están los *restaurantes de comida rápida* con un 8,4%.

Los alumnos de Cambrils prefieren realizar la fiesta de cumpleaños con un 41,7% en *casa*, seguidamente con un 22,2% ir al *Xiqui Parc, Tubuland, ...*, en tercera opción con un 20,8% el alumno le gustaría ir a *restaurantes de comida rápida* y a continuación con un 8,3% le gustaría *ir al cine*.

Los alumnos de pueblos o resto de la comarca a la hora de realizar la fiesta de cumpleaños opinan en primera opción y con un gran porcentaje, 65,5% que les gustaría hacer *la fiesta en casa*, en segunda posición con un 10,9% les gustaría ir al *cine*; seguidamente y con el mismo porcentaje 10% están las respuestas de ir al *Xiqui Parc, Tubuland, ...*e ir a *restaurantes de comida rápida*.

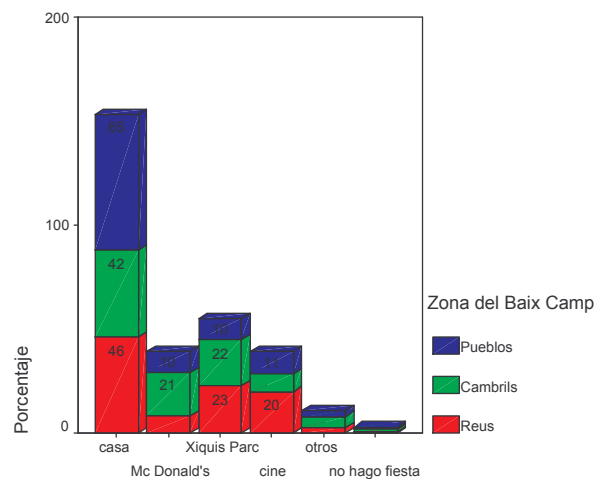


Gráfico 57: Opinión del alumno según zona sobre preferencia de realizar la fiesta de cumpleaños.

Si comparamos las tres zonas observamos que son la mayoría de alumnos de pueblos los que prefieren realizar la *fiesta de aniversario en casa*, siendo el porcentaje menor en los alumnos de Reus y Cambrils.

Titularidad:

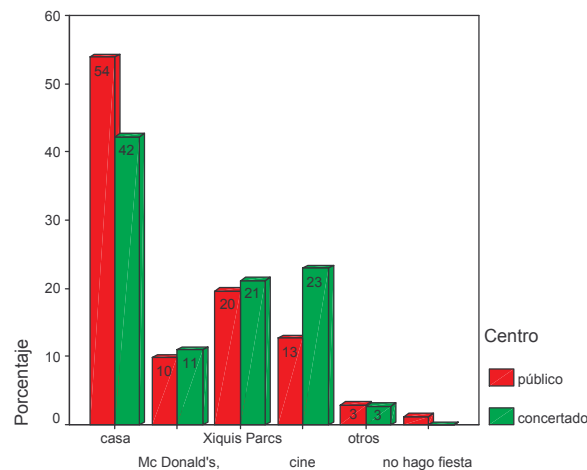


Gráfico 58: Opinión del alumno según centro sobre preferencia de realizar la fiesta de cumpleaños.

Observando la gráfica podemos decir que más de la mitad de los alumnos de la escuela pública opinan con un 53,9% que prefieren realizar la *fiesta en casa*, como segunda opción con un 19,6% les gustaría ir al *Xiqui Parc, Tubuland,...*, seguidamente les gustaría ir *al cine* con un 12,7% , como cuarta opción con un 9,8% al alumno le gustaría ir a los *restaurantes rápidos* y para terminar nos gustaría destacar que un porcentaje, 1,2% dice que *no hace fiesta de cumpleaños*.

Los alumnos de la escuela concertada opinan que le gustaría hacer la fiesta aniversario en primera opción con un 42,2% en su *propia casa*, seguidamente, con un 22,9% le gustaría *ir al cine*, como tercera opción preferiría ir al *Xiqui Parc, Tubuland* con un 21,1% a continuación estaría la opción de ir a los *restaurantes rápidos* con un 11% y para concluir destacaríamos que ningún niño de la escuela concertada ha contestado que *no celebra la fiesta de cumpleaños*.

1.3. CUESTIONARIO A PADRES:

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

La muestra total de los **padres** encuestados es de **144**, 119 mujeres y 25 hombres, siendo la **distribución por zonas**:

Reus : 96
 Cambrils: 20
 Pueblos (resto de la comarca): 28

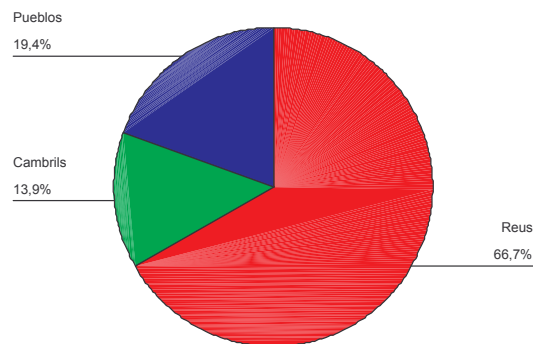


Gráfico 59: Muestra de padres según zonas.

Observada la muestra podemos decir que son las madres, con un 82,6%, quienes participan voluntariamente en la realización del cuestionario, dándonos una idea que son ellas las que se encargan del día a día de la escuela, de la educación de sus hijos.

En la muestra se intenta que queden representados tanto los **centros públicos como los concertados** de manera que encontramos la siguiente distribución:

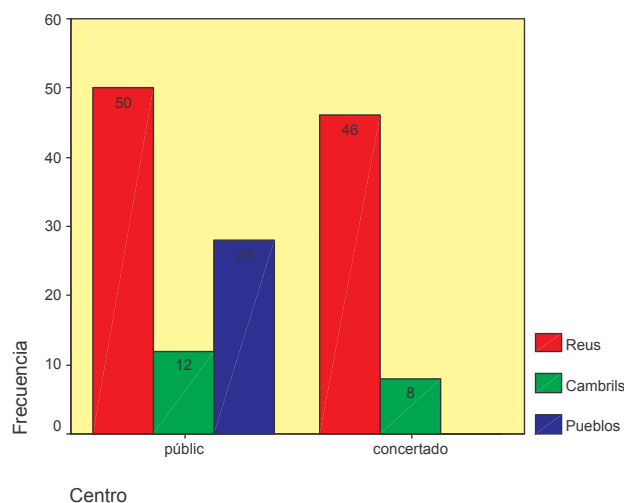


Gráfico 60: Muestra de centros públicos y concertados.

La distribución por zonas según el sexo del encuestado es:

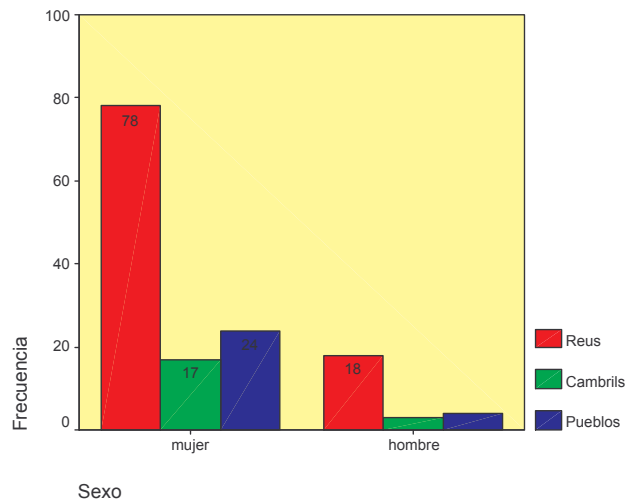


Gráfico 61: Muestra de padres según zona y sexo.

En cuanto a la **edad de los padres** podemos decir que destaca sustancialmente **la franja que va entre 31-50 años** ya que se incluyen 140 de los 144 padres encuestados, obteniendo la misma proporción, 70 padres de edad comprendida entre 31-40 años y 70 padres de edad entre 41-50 años:

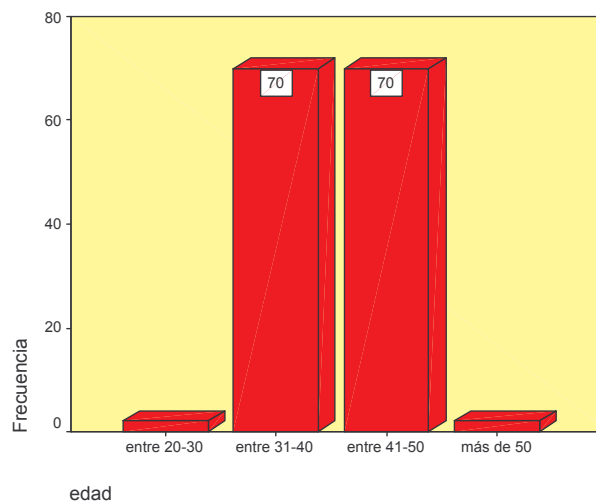


Gráfico 62: Muestra de padres según franja de edades.

Los padres por cursos y poblaciones se distribuyen en las tres zonas:

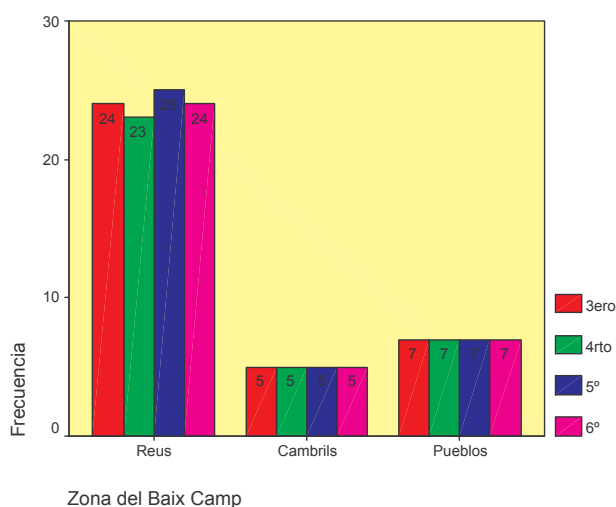


Gráfico 63: Muestra de padres según zonas y cursos.

A continuación realizamos un **esquema** en cuanto a las hipótesis de los padres y sus bloques de contenido y seguidamente analizamos los resultados a partir de los **bloques de contenido aceptando o no las hipótesis** e indicando en *paréntesis la relación con el ítem del cuestionario de los padres*.

HIPÓTESIS	zona	Titularidad
8. Hábitos de salud en el hijo:		
8.a. Llevar a las revisiones médicas.	H ₀	H ₀
8.b. Realización periódica de las vacunaciones.	H ₀	H ₀
8.c. Las pautas de alimentación:		
- Desayuno que realizan habitualmente	H ₀	H ₀
- Si se queda o no al comedor.	H ₁	H ₁
- Tienen información o no de los menús de comedor.	H ₁	H ₁
- Valoración sobre los menús escolares.	H ₁	H ₀
- Si menú escolar afecta a organización de cenas y desayunos	H ₁	H ₀
- La ingesta de golosinas durante la semana.	H ₀	H ₀
8.d. El trato del tema de actividad y descanso de sus hijos:		
- Realización de actividades extraescolares.	H ₁	H ₀
- Tiempo en que duermen.	H ₀	H ₀
8.e. El hábito higiénico y bucal:		
- Las veces por la semana en que se ducha	H ₁	H ₀
- Las veces al día en que se lava los dientes.	H ₀	H ₀
9. Familia y EpS:		
9.a. Hábitos de familia respecto a la EpS en el seno familiar:		
- El medio de comunicación: televisión, programas y tiempo:		
* Programas de TV que ven.	H ₀	H ₀
* Las horas de TV que ven.	H ₀	H ₁
- La manera de celebrar el cumpleaños:		
* Hacer la fiesta en casa, ir al Mc Donald's, ir al Xiqui Parc, ir al cine, ...	H ₀	H ₀
- La compra que realizan a partir cantidad de dinero (1€).	H ₁	H ₀
9.b. Concepto de EpS.	H ₀	H ₀
9.c. Cuestionamiento si se habla de temas EpS en casa.	H ₀	H ₀
9.d. Qué temas EpS se han de trabajar más en casa:		
- Limpieza e higiene personal, alimentación y nutrición, actividad y descanso, prevención y control de enfermedades, seguridad y primeros cuidados, salud mental, salud sexual, salud y medio, drogas, alcohol y tabaco y los nueve en total.	H ₀	H ₀
9.e. Edad se debe comenzar trabajar prevención de drogas.	H ₀	H ₀
9.f. Curiosidad previa al cuestionario sobre tema EpS	H ₀	H ₁
10. Responsabilidad de la EpS:		
10.a. Asesoramiento de los pediatras en temas de EpS.	H ₀	H ₀
10.b. Cuestionamiento de participación padres en la escuela.	H ₀	H ₀
10.c. Grado de responsabilidad EpS de diferentes figuras:		
- La madre, los abuelos/as, resto de familia, pediatra, escuelas, centros cívicos y sociedad.	H ₀	H ₀
- El padre.	H ₀	H ₁
- El maestro.	H ₀	H ₁
- Ayuntamiento.	H ₁	H ₀
- Servicios Sociales.	H ₁	H ₁

HIPÓTESIS	zona	Titularidad
11. EpS y su vinculación con la escuela:		
11.a. Qué temas EpS se han de trabajar más en la escuela: - Limpieza e higiene personal, actividad y descanso, prevención y control de enfermedades, seguridad y primeros cuidados, salud mental, salud sexual, salud y medio, drogas, alcohol y tabaco y los nueve en total.	H ₀	H ₀
11.b. Qué temas EpS son prioritarios en la etapa de EP: - Limpieza e higiene personal, actividad y descanso, prevención y control de enfermedades, seguridad y primeros cuidados, salud mental, salud sexual, salud y medio, drogas, alcohol y tabaco y los nueve en total.	H ₀	H ₀
11.c. Papel de la escuela sobre la EpS.	H ₀	H ₀
11.d. Cuando hijo ha de tomar medicamento en horario escolar:	H ₀	H ₁

Cuadro 12: Hipótesis de los padres y sus bloques de contenido.

8. HÁBITOS DE SALUD EN EL HIJO.

8.a. Llevar a los niños a las revisiones médicas (ítem 1).

De los 144 progenitores encuestados 140 responden afirmativamente y 4 negativamente a la pregunta: “¿lleva a su hijo a todas las revisiones médicas?”.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no existen diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

8.b. La realización periódica de las vacunaciones en los niños (ítem 2):

De los 144 padres encuestados, 142 responden afirmativamente y 2 negativamente a la cuestión: “¿llevan al niño periódicamente a las vacunaciones?”.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no hay diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

8.c. Las pautas de alimentación:

- *Desayuno que realizan habitualmente los hijos* (ítem 3).

Podemos comentar los diferentes tipos de respuestas, es decir, los varios tipos de desayuno que los padres realizan a sus hijos (de mayor a menor porcentaje):

- El 27,8% de los padres dicen que sus hijos desayunan un *vaso de leche y un bocadillo*.
- El 22,2% comentan que sus hijos desayunan un *tazón de leche con cereales*.

- El 18,1% de los progenitores opinan que sus hijos almuerzan un *desayuno completo compuesto por zumo, leche y cereales y bocadillo pequeño*.
- El 16% de los padres dicen que sus hijos desayunan *leche con galletas*.
- El 6,3% de los padres comentan que sus hijos almuerzan *un vaso de leche con tostadas*.
- El 4,2% de los padres valoran que sus hijos toman para desayunar *un vaso de leche y una pasta*.
- El 2,8% de los progenitores comentan que sus hijos desayunan *un vaso de leche*.
- El 0,7% de los padres comentan que sus hijos almuerzan solamente *fruta*.

Como podemos observar la leche es el factor común en los diferentes desayunos descritos por los padres.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

- ***Si el hijo se queda o no al comedor de la escuela*** (ítem 4).

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

Zona:

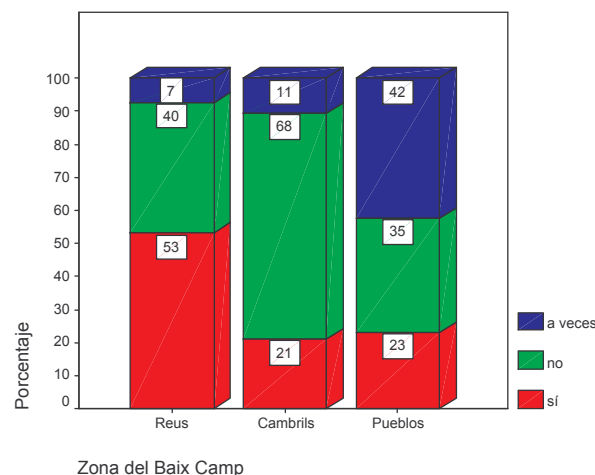


Gráfico 64: Opinión de los padres según zona sobre si el hijo se queda o no al comedor escolar.

El 53,1% de los padres de Reus *dejan a sus hijos al comedor* mientras que el 39,6% *no los dejan*.

El 68,4% de los progenitores de Cambrils responden que sus hijos *no se quedan a comer* en la escuela mientras que el 21,1% *sí que se quedan*.

El 34,6% de los padres del resto de la comarca contestan que *no dejan a sus hijos al comedor* respecto al 23,1% que *sí los dejan*.

Titularidad:

Los padres de la escuela pública en un 48,3% *no dejan a sus hijos al comedor escolar*, un 31% *sí los deja* y un 20,7% *el algunas ocasiones*.

Mientras que los padres de la escuela concertada en un 63% *sí se quedan sus hijos al comedor escolar*, un 33,3% *no se quedan* y un 3,7% *de vez en cuando*.

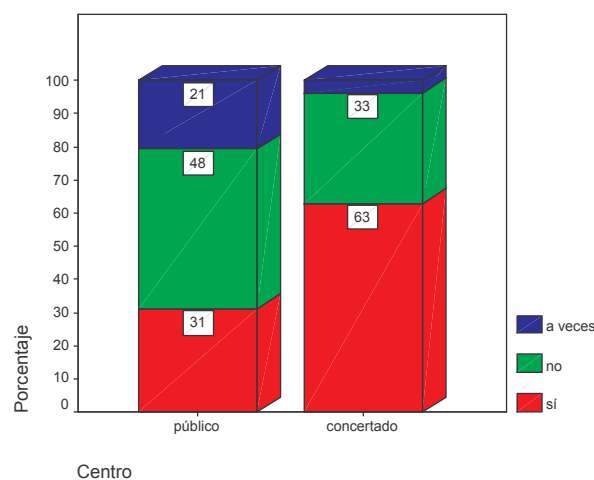


Gráfico 65: Opinión de los padres según centro sobre si el hijo se queda o no al comedor escolar.

Comparando los resultados observamos que son los padres de la escuela concertada quienes más dejan sus hijos al comedor escolar.

- ***Si tienen información o no de los menús de comedor de la escuela*** (ítem 4).

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al existir diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

Zona:

Respecto a los padres de Reus podemos decir que el 56,3% *afirman tener información de los menús*, por contra un 20,8% comenta *no tener información* y el 22,9% no contestan a la pregunta.

En cuanto a los padres de Cambrils solamente un 2,1% *afirman tener información de los menús de la escuela* mientras que el 85% no contestan.

Referente a los padres de la resta de pueblos el 60,7% *afirman que tienen información de los menús del comedor*, por contra un 3,6% comenta *no tener información* mientras que el 34% no contesta a la pregunta.

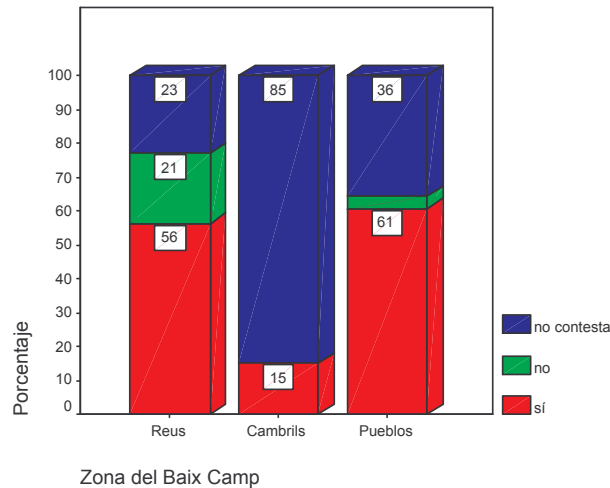


Gráfico 66: Opini3n de los padres seg3n zona sobre si tienen informaci3n o no del men3 escolar.

Titularidad:

Un 42,2% de los padres encuestados de los centros p3blicos responden *afirmativamente* a la cuesti3n, el mayor porcentaje lo obtiene los padres de los centros concertados con un 66,7% de las respuestas *afirmativas*.

Son muchos los padres que se abstienen en contestar el 35,6% pertenecientes a la escuela p3blica y el 31,5% pertenecientes a la escuela concertada.

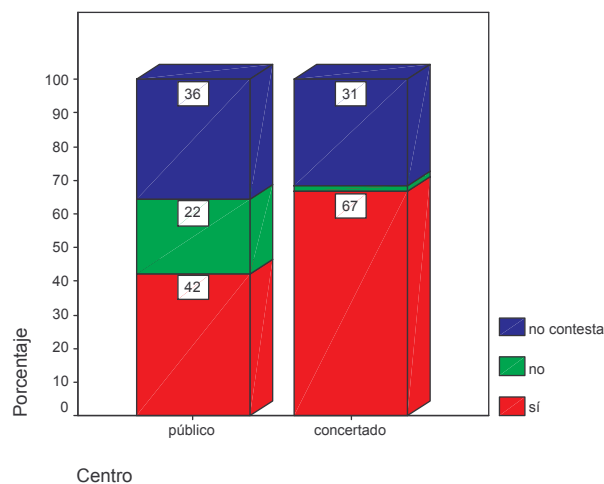


Gráfico 67: Opini3n de los padres seg3n centro sobre si tienen informaci3n o no del men3 escolar.

- *La valoraci3n que hacen los padres sobre los men3 escolares* (item 4).

Se acepta la **Hip3tesis nula (H₀)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **titularidad**.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **zona**.

Zona:

La valoración de los padres de la ciudad de Reus sobre los menús escolares es (de mayor a menor porcentaje): 50% comentan que están “bien”, 40,6% no contestan, 6,3% valoran “regular” y 3,1% piensan que “muy bien”.

La apreciación de los padres de Cambrils sobre la cuestión es (de mayor a menor porcentaje): 60% no contestan, 10% responden que están “bien”, 10% opinan que “muy bien”, 10% valoran que “muy mal” y 5% piensan que están “regular”.

La opinión de los padres del resto de la comarca o pueblos respecto a la valoración es (de mayor a menor porcentaje): 53,6% responden que están “bien”, 35,7% no contestan, 7,1% comentan que “muy bien” y 3,6% valoran que están “regular”.

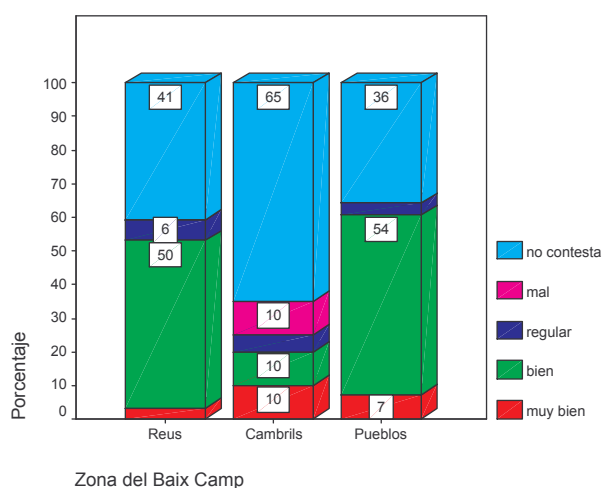


Gráfico 68: Opinión de los padres según zona sobre la valoración que hacen acerca de los menús escolares.

- **Si afectan o no los menús del comedor escolar a la organización de las cenas y desayunos** (ítem 4).

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no existen diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **titularidad**.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **zona**.

Zona:

En cuanto a la cuestión de “cómo afectan los menús de la escuela en la organización de la elaboración del menú familiar ya sea cena o desayuno de las

familias” podemos comentar que el 80% de padres de Cambrils, el 47,9% de Reus y el 46,4% de resto de la comarca o pueblos no contestan a la pregunta.

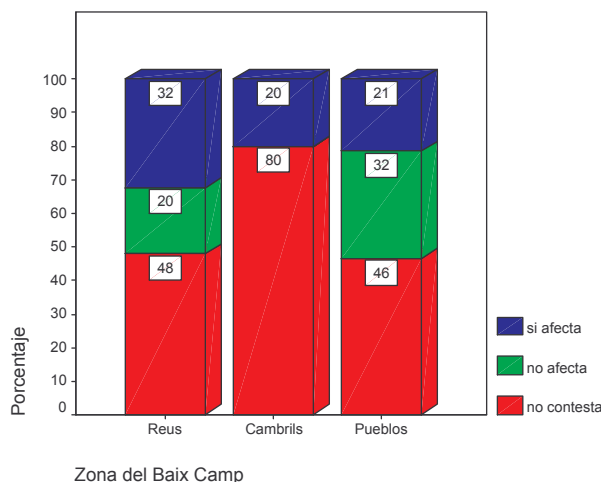


Gráfico 69: Opinión de los padres según zona sobre si afecta el menú escolar a la organización del desayuno y la cena.

Respecto a la respuesta de los padres a que *si varían la cena según aquello que haya comido el niño en el comedor escolar* podemos decir que responden afirmativamente (de mayor a menor porcentaje): 32,3% de los padres de Reus, el 21,4% de los padres de los pueblos o resto de la comarca y el 20% de los padres de Cambrils.

Hemos apreciado en los diferentes ítems relacionados con el menú escolar: si tienen o no información de los menús de comedor escolar, la valoración que hacen los padres sobre los menús escolares, si afectan o no los menús del comedor escolar a la organización de las cenas y desayunos que no coinciden los padres que no contestan a las preguntas con los que dicen que no dejan sus hijos al comedor.

- ***La ingesta de golosinas durante la semana*** (ítem 5).

Podemos comentar que un 36,1% de los padres opinan que sus hijos solamente comen *una golosina a la semana*, un 34% comentan que *no comen ninguna a la semana*, un 18,8% dicen que *comen dos golosinas a la semana*, 6,3% opinan que toman *entre dos y cuatro a la semana*, 4,2% comentan que comen *cada día golosinas*, y finalmente 0,7% de los padres *no saben si comen o no golosinas*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

8.d. El trato del tema de actividad y descanso de sus hijos:

- ***Realización de actividades extraescolares*** (ítem 6).

El 91% de los padres encuestados afirman que *sus hijos realizan actividades extraescolares*.

En cuanto al **número y la clasificación de las actividades extraescolares** que realizan sus respectivos hijos podemos decir: el 39,6% comentan que sus hijos realizan *dos actividades extraescolares*, una *deportiva* (baloncesto, fútbol, tenis,...) y una *académica* (repaso, inglés, ...).

El 32,7% opinan que sus hijos solamente realizan *una actividad extraescolar* pudiéndose desglosar según su denominación: 16% en una *actividad deportiva* ya sea baloncesto, fútbol, hoquei,... ; 15,3% en una *actividad académica* como puede ser inglés, música, repaso, ...

Y por último 1,4% en una *actividad de diversión* como por ejemplo dibujo, esplais, ...; el 9,7% de los padres comentan que sus hijos realizan hasta *tres actividades extraescolares* como son: deportivas, académicas y de diversión.

Nos gustaría resaltar que el 9% de los padres encuestados comentan que sus hijos *no realizan ninguna actividad extraescolar*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** ya que no existen diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **titularidad**.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **zona**.

Zona:

Respecto a la cuestión *si los hijos realizan o no actividades extraescolares* los resultados han sido mayoritariamente afirmativos, es decir que el 100% de los padres de Cambrils como los del resto de la comarca confirman *la realización de actividades extraescolares de sus hijos*, el porcentaje desciende en los padres de la ciudad de Reus ya que son un 86,5% los que responden afirmativamente.

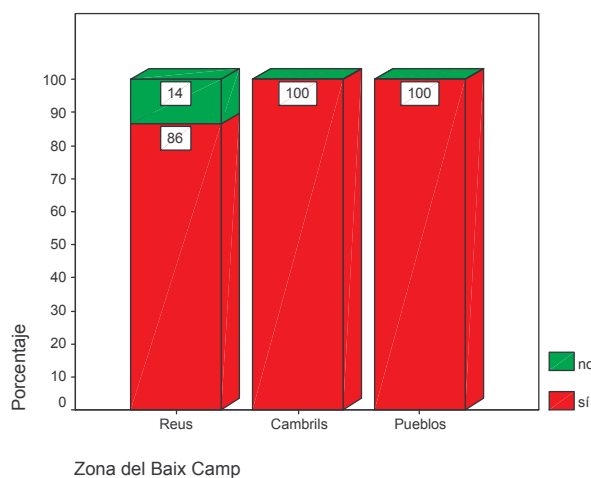


Gráfico 70: Opinión de los padres según zona sobre si realizan sus hijos actividades extraescolares.

- **Tiempo en que duermen** (ítem 7).

34,7%, de los padres nos dicen que sus hijos duermen “10 horas”, 24,3%, opinan que duermen entre “9 y 10 horas”, 22,2%, responden que duermen “9 horas”, 13,9% son los que piensan que sus hijos duermen “entre 8 y 9 horas” 4,2% valoran que sus hijos duermen “11 horas” y 0,7%, es decir, un padre opina que su hijo duerme “entre 7 y 8 horas”.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

8.e. El hábito higiénico y bucal:

- **Las veces a la semana en que se ducha el hijo** (ítem 8).

El 35,4% de los padres encuestados responden que *sus hijos se duchan “siete veces a la semana”*.

Le sigue con 21, 5% la periodicidad de “cuatro veces a la semana”, a continuación con 19,4% “tres veces a la semana”.

Con menor porcentaje le sigue, el 6,9% “dos veces a la semana”.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **titularidad**.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **zona**.

Zona:

Los padres de la ciudad de Reus comentan que la periodicidad semanal en cuanto a la *ducha de sus hijos* es (de mayor a menor porcentaje): 34,4% “siete veces”, 21,9% “cuatro veces”, 15,6% “tres veces” y 11,5% “cinco veces”.

Los padres de Cambrils opinan respecto al número de veces que se ducha el niño a la semana es (de mayor a menor porcentaje): 65% “siete veces” y en iguales porcentajes, 10%, están “seis veces”, “cinco veces” y “cuatro veces”.

Los padres de pueblos o resto de la comarca responden que a la semana sus hijos se duchan (de mayor a menor porcentaje): 42,9% “tres veces”, 28,6% “cuatro veces”, 17,9% “siete veces” y 7,1% “dos veces”.

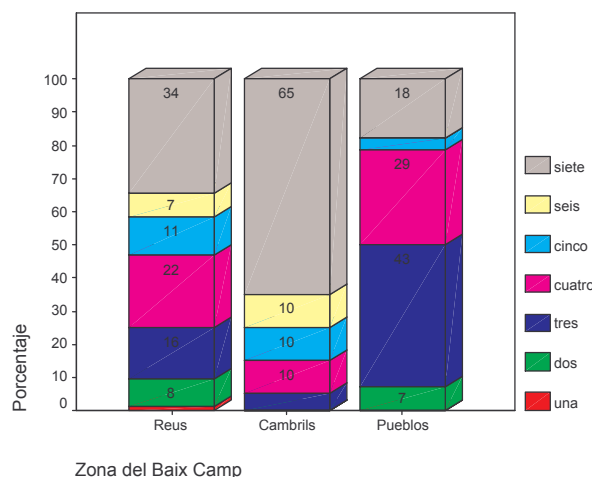


Gráfico 71: Opinión de los padres según zona sobre las veces por semana en que se ducha el niño.

Comparando estas tres zonas podemos decir que los padres de Cambrils son los que opinan que sus hijos se duchan más veces a la semana, les sigue los padres de Reus y por último los padres de pueblos o resto de la comarca cuya diferencia respecto a los dos anteriores es bastante amplia.

- **Las veces al día en que se lava los dientes el hijo** (ítem 8):

El 43,8% de los padres encuestados responden que sus hijos *se cepillan los dientes “dos veces al día”*.

Le sigue el 21,5% *“tres veces al día”*, a continuación con 18,1% *“una vez al día”* y con un 8,3% *“entre una y dos veces”*.

Y para finalizar con un 7,6% *“entre dos y tres veces al día”*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona** y **titularidad**.

9. FAMILIA Y EPS.

9.a. Hábitos de familia respecto a la EpS en el seno familiar:

- **El medio de comunicación: televisión, programas y tiempo** (ítem 9).

- Programas de TV que ven los hijos:

El 62,5% de los padres comentan que sus hijos miran *los dibujos*.

El 14,6% de los padres opinan que sus hijos ven *de todo un poco*.

Otros programas que ven los hijos valorados por los padres en porcentajes menores estarían: 7,6% *series*, 6,3% *películas*, 2,8% *deportes* y 0,7% *concursos*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** ya que no existen diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona** y **titularidad**.

- Las horas de TV que ven los hijos:

Podemos apreciar que:

- El 40,3% de los padres opinan que sus *hijos miran la tele “1 hora”*.
- El 28,5% dicen que sus hijos la ven *“dos horas”*.
- El 11,1% de los padres opinan que sus hijos miran la “caja tonta” poco *“entre dos y tres horas semanales”*.
- El 6,9% de los progenitores comentan que sus hijos la ven *“tres horas”*.
- El 2,8% de los padres realizan la apreciación que sus hijos miran la televisión *“cuatro horas”*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** ya que no hay diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **zona**.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al existir diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **titularidad**.

Titularidad:

Los padres de la escuela pública opinan que *el tiempo que ven sus hijos la televisión* es (de mayor a menor porcentaje): 42,2% *“una hora”*, 34,4% *“dos horas”*, 6,7% *“tres horas”* y empatados en porcentaje, 3,3% *“cuatro horas”* y *“poco entre dos y tres horas semanales”*.

Los padres de la escuela concertada comentan que *las horas en que ven sus hijos la televisión* es (de mayor a menor porcentaje): 37% *“una hora”*, 24,1% *“poco entre dos y tres horas semanales”*, 18,5% *“dos horas”*, 7,4% *“tres horas”* y 1,9% *“cuatro horas”*.

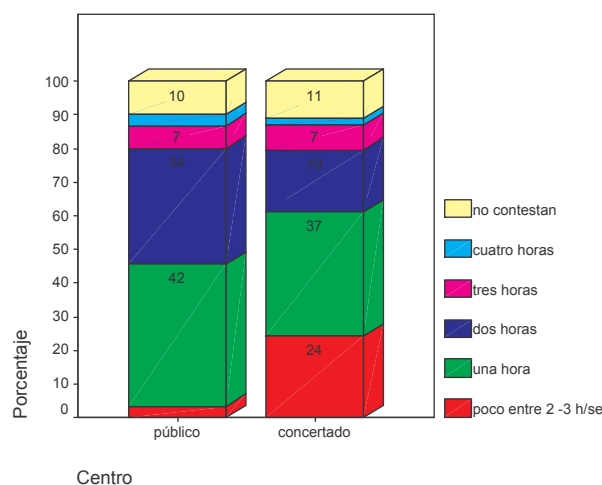


Gráfico 72: Opinión de los padres según centro sobre el tiempo de TV que ven sus hijos

Observando el gráfico podemos decir que son los padres de la escuela pública los que opinan que sus hijos ven más televisión.

Aproximadamente un 10% de los padres tanto de los centros públicos como concertados no contestan a la cuestión.

- **La manera de celebrar el cumpleaños** (ítem 10).

El 88% de los padres opinan que la *fiesta de cumpleaños* la realizan en *casa*.

A continuación, con diversidad de opciones y pequeños porcentajes están:

- El 4,9% de los padres opinan que hacen la fiesta en el *Xiqui Parc o parques parecidos*.
- El 4,2% de los padres comentan que realizan "*otras cosas*" como puede ser llevarlos de *fin de semana a la nieve,...*
- El 2,1%, de los progenitores comentan que llevan a sus hijos *al cine* para celebrar el cumpleaños.
- El 0,7% de padres opinan que llevan a sus hijos a hacer la fiesta de cumpleaños al *Mc Dona'ls*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

- **La compra que realizan a partir de una cantidad de dinero** (ítem 11).

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no hay diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **titularidad**.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **zona**.

Zona:

67,4% de los padres de Reus opinan que cuando *se les da un euro a sus hijos éstos lo ahorran*.

Con porcentajes menores los padres de Reus opinan:

- El 12% que sus hijos se compran *golosinas*.
- El 8,7% que sus hijos se compran *chromos*.
- El 6,5% que sus hijos se gastan la mitad, 0,50€ en *golosinas* y 0,50€ lo *ahorran*.
- El 3,3% que sus hijos se compran *revistas*.
- El 2,2% que sus hijos se compran un *juguete*.

75% de los padres de Cambrils comentan que sus *hijos ahorran el dinero*.

A continuación con menor porcentaje los padres de Cambrils comentan:

- El 15% que sus hijos compran un juguete.
- Y con el 5% están dos valoraciones: aquellos padres cuyos hijos se gastan la *mitad en golosinas y la mitad lo ahorran*, y aquellos que sus hijos compran *cromos*.

48,1% de los padres de pueblos responden que sus hijos *no se gastan el dinero*, a continuación y con muy poca diferencia, con un 40,7% los padres comentan que sus hijos se compran *golosinas*.

Y finalmente con un mismo porcentaje 3,7% están tres asignaciones valoradas por los padres de pueblos al respecto: el hijo se gasta la *mitad*, 0,50€ en *golosinas* y 0,50€ lo *ahorran*, se compran *un juguete* o se compran *unos cromos*.

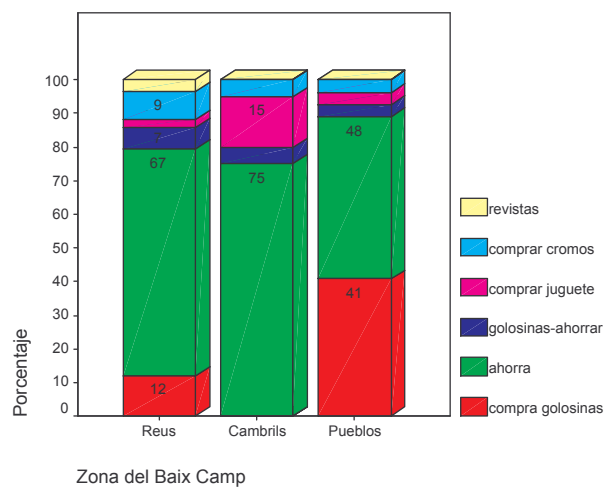


Gráfico 73: Opinión de los padres según zona sobre el gasto que realiza un hijo a partir de 1€.

A partir del gráfico podemos comentar que el porcentaje más elevado en las tres zonas es para la opinión de los padres que cuando a sus hijos les dan 1€ éstos lo ahorran. En los pueblos esta valoración no es tan acusada y comparte bastante protagonismo con la opinión de los padres que sus hijos se gastan el dinero en golosinas.

9.b. Concepto de EpS (ítem 13):

El posicionamiento de los padres respecto a la definición de la EpS con un total de 76 asignaciones, es decir, el 52,8% del total, es el de la *concepción clásica de EpS “aquella que describe la ausencia de enfermedad, que se dan normas y pautas – información- para que los niños adquieran conocimientos”*.

Con 28 asignaciones, el 19,4%, están los padres cuyo posicionamiento respecto a la concepción de la EpS está *entre la concepción clásica y moderna*, es decir en una postura intermedia, *“crear unos hábitos, pautas de salud a nivel físico del niño”*, el mismo número 28, 19,4%, son las personas que contestan que *no saben cómo definir el término de Educación para la Salud*.

Y por último con 12 asignaciones, el 8,3% están aquellos padres que definen la EpS desde perspectiva *moderna* “*buscar la calidad de vida, promocionar el bienestar físico, social y mental del niño*”.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

9.c. El cuestionamiento si se habla de temas de EpS en casa (ítem 14):

El 90,7% de los padres opinan que *conversan con sus hijos temas de EpS*.

Los aspectos o cuestiones que más les preocupan (de mayor a menor porcentaje): la *alimentación, la higiene, todos en general, las drogas, alcohol y tabaco, la salud mental, enfermedades, salud y medio y salud sexual*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no hay diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

9.d. Qué temas de Educación para la Salud se han de trabajar en casa (ítem 16):

Ofrecemos en el cuadro resumen la opinión de los padres (en porcentajes) sobre los temas de EpS que se tienen que trabajar en casa:

Temas de EpS	Sí (%)	No (%)
Limpieza e higiene personal	97,9	2,1
Alimentación y nutrición	95	5
Actividad y descanso	90,7	9,3
Drogas, alcohol y tabaco	87,1	12,9
Salud mental	85,7	14,3
Salud sexual	78,6	21,4
Salud y medio	77,1	22,9
Prevención y control de enfermedad	76,4	23,6
Seguridad y primeros cuidados	68,6	31,4
Todos los temas de EpS	57,1	42,9

Tabla 20: Opinión de los padres sobre los temas de EpS que se tienen que trabajar en casa.

En cuanto a la opinión que tienen los padres de tratar *todos los temas de Educación para la Salud en casa* solamente el 57,1% están “*de acuerdo*”.

Observando los resultados dos temas de EpS despuntan *higiene y alimentación*, dos necesidades básicas en el individuo y bastante visibles al exterior, no considerándose de tanta importancia la *salud mental*, con sus emociones, el *descanso*, ...

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no existen diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

9.e. Momento adecuado (la edad del hijo) en que se debe comenzar a trabajar la prevención de las drogodependencias (ítem 21):

En cuanto a la opinión de los padres respecto a la *edad del hijo en que se debería empezar a trabajar la prevención de las drogodependencias* comentamos que:

- El 25,7% de los padres opinan que el tema de las drogodependencias se ha de comenzar desde *pequeños*.
- El 11,8% de los padres opinan que se tendría que empezar *en 5º de Educación Primaria o bien a los 10 años*.
- El 9,7% de los padres piensan que estaría bien empezar *en 1ero de ESO cuando tienen 12 años*.
- El 7,6%, de los progenitores opinan que sería adecuado empezar durante el *CS*, el mismo porcentaje de padre son los que piensan que también podrían empezar durante *el primer ciclo de ESO*.
- El 6,3% de pares opinan que sería adecuado poder comenzar *en 2º de Primaria, es decir, cuando el niño tuviera 7 años*.
- El 5,6% de los padres comentan que sería adecuado empezar *en 6º de EP, cuando el niño tiene 11 años* y el mismo porcentaje, 5,6% de los padres comenta que estaría bien a partir de los *14 años, es decir, a partir de segundo ciclo de ESO*.
- Con menos porcentajes estarían: empezar a hablar del tema a partir de *3º de EP, con 8 años*, durante el periodo de ciclo medio, a partir de *4º de EP, cuando el niño tiene 9 años*, a partir de *1ero de EP, con 6 años*, y finalmente a *2ndo de ESO, con 13 años*.

Como podemos observar no hay unanimidad de opinión de los padres respecto al momento adecuado del hijo en que se debe comenzar a trabajar la prevención de las drogodependencias, las causas pueden ser varias, una y nosotros creemos la principal es el desconocimiento del tema.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona** y **titularidad**.

9.f. La valoración de la curiosidad previa al cuestionario sobre el tema de Educación para la Salud (ítem 23):

El 67,1% de los padres encuestados comentan que tuvieron *curiosidad antes de realizar el cuestionario sobre la temática en cuestión*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no existen diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **zona**.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H₁)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **titularidad**.

Titularidad:

			¿Se había planteado con anterioridad cómo se trata el tema de EpS en la escuela de sus hijos?		Total
			sí	no	
Centro público	Frecuencia		55	35	90
	% within centre		61.1%	38.9%	100.0%
	% of Total		38.5%	24.5%	62.9%
concertado	Frecuencia		41	12	53
	% within centre		77.4%	22.6%	100.0%
	% of Total		28.7%	8.4%	37.1%
Total	Frecuencia		96	47	143
	% within centre		67.1%	32.9%	100.0%
	% of Total		67.1%	32.9%	100.0%

Tabla 21: Opinión de los padres según centro sobre si se habían planteado con anterioridad cómo tratan la EpS en la escuela

Comparando las respuestas de los padres de la escuela pública con los de la escuela concertada podemos decir que en mayor proporción son los padres de la segunda opción los que se habían planteado con anterioridad a la encuesta cómo se trataba el tema de Educación para la Salud en la escuela.

10. RESPONSABILIDAD DE LA EPS.

10.a. El asesoramiento de los pediatras en temas de EpS (ítem 12):

El 74,3% de los padres encuestados opinan que *reciben o han recibido asesoramiento de los pediatras sobre temas de EpS*, el resto, 25,7%, comentan *no haber sido informados*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** ya que no hay diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

10.b. El cuestionamiento de la participación de los progenitores en Educación para la Salud en el centro educativo (ítem 18):

Respecto a la participación de los padres en la EpS de la escuela de sus hijos podemos comentar que el 65,7% opinan que *sí les gustaría participar* por contra el 19,6%, opinan que *no les gustaría participar*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

10.c. Grado de responsabilidad en materia de la Educación para la Salud que tienen las diferentes figuras (ítem 15):

La mayor responsabilidad que dan los padres en este tema (teniendo como referencia 1 poca y 5 mucha) es a *ellos mismos*, diferenciándose la *madre* con un 4,92 y el *padre* con un 4,70.

Le sigue el *maestro* con un 3,67 y el *pediatra* con un 3,65, a continuación estaría la *escuela* con un 3,58, los *servicios sociales* con un 2,75 y finalmente con un 2,52 el *Ayuntamiento*.

Nos gustaría resaltar dos datos, el primero, que los padres (tanto hombre como mujer) opinen que la madre tenga mayor responsabilidad en EpS que el padre y el segundo, que a los maestros se les asuma mayor responsabilidad de EpS que a los pediatras, cuando son éstos ya sea por sus estudios o por sus funciones tienen incluido el tema de EpS.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** ya que no existen diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

- La madre.
- Los abuelos/as.
- Resto de familia.
- Pediatra.
- Escuelas.
- Centros cívicos.
- Sociedad.
- Padre.
- Maestro.

Titularidad:

- La madre.
- Los abuelos/as.
- Resto de familia.
- Pediatra.
- Escuelas.
- Centros cívicos.
- Sociedad.
- Ayuntamiento.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de:

Zona:

La atribución de responsabilidades a las diferentes figuras como el Ayuntamiento

Si comparamos los porcentajes de los gráficos podemos observar que los padres de Reus y de Cambrils valoran entre “*poca*” y “*ninguna*” la *responsabilidad del Ayuntamiento en EpS* mientras que los padres de pueblos o resto de comarca la valoración está más bipolarizada entre el valor “*ninguna*” y “*mucha*”.

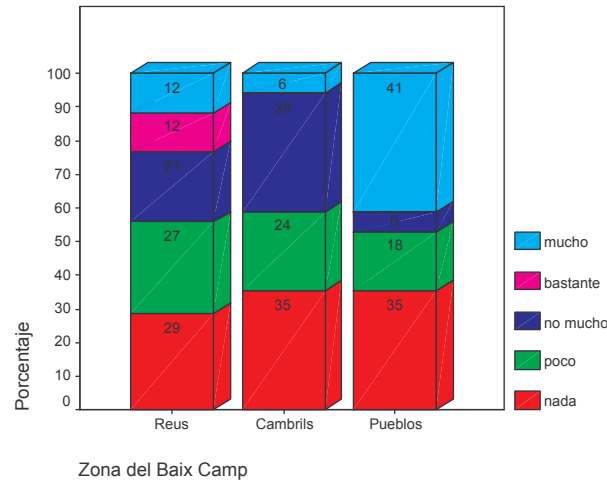


Gráfico 74: Opini3n de los padres seg3n zona sobre la atribuci3n de responsabilidades en EpS del Ayuntamiento.

La atribuci3n de responsabilidades a las diferentes figuras como son los Servicios Sociales

Los padres de Reus opinan con un 26% que la responsabilidad que tienen los *servicios sociales* entorno a la EpS es de “no mucha”, seguido con un 24,7% de “poca” y con 19,2% de “ninguna”.

Los padres de Cambrils seleccionan mayoritariamente con un 44,4% la opci3n de “ninguna”, seguido de la opci3n de “no mucha” con un 33,3% y a continuaci3n con un 11,1% la opci3n de “poca”.

Los padres de pueblos o resto de comarca opinan con un 38,9% que la responsabilidad que tienen los *servicios sociales* entorno a la Educaci3n para la Salud es de “ninguna”, seguido con un 11,1% la opci3n de “poca” y con el mismo porcentaje la opci3n de “no mucha”.

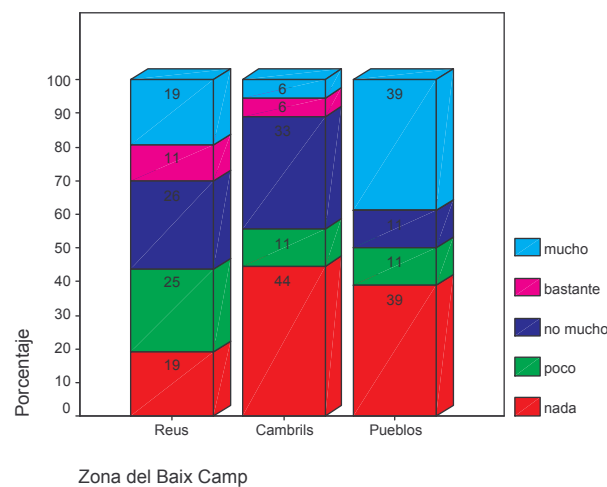


Gráfico 75: Opini3n de los padres seg3n zona sobre la atribuci3n de responsabilidades en EpS de los Servicios Sociales.

Si miramos el gráfico podemos comentar que los padres de las tres zonas de la muestra le dan poca responsabilidad en EpS a los servicios sociales aunque los padres de pueblos le otorgan un poco más de responsabilidad.

Titularidad:

La atribución de responsabilidades a las diferentes figuras como el padre

A partir de la gráfica podemos comentar que los padres de la escuela pública valoran el *grado de responsabilidad en EpS de la figura del padre* con unos valores de mayor a menor porcentaje: 74,2% “*mucha*”, 16,9% “*bastante*”.

Mientras que los padres de la escuela concertada valoran casi en su totalidad, un 94,4%, con la asignación “*mucha*”.

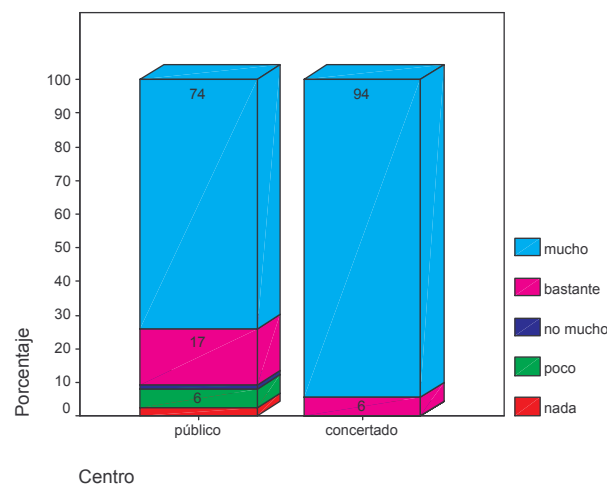


Gráfico 76: Opinión de los padres según centro sobre la atribución de responsabilidades en EpS del padre.

La atribución de responsabilidades a las diferentes figuras como el maestro.

El 43% de los padres de la escuela pública opinan que “*no es mucha*” la *responsabilidad que tienen los maestros en el ámbito de la EpS*, le sigue en porcentaje de 27,9% el valor de “*mucha*” y de 16,3% la opinión de que es “*bastante*” la responsabilidad que tiene el maestro/a en dicha problemática.

No ocurre lo mismo con los padres de la escuela concertada cuya opinión al respecto es más positiva ya que el 36,5% opinan que es “*bastante*” el *grado de responsabilidad en EpS del maestro/a*, el siguiente valor con un 28,8% es de “*mucha responsabilidad*” y a continuación con un 25% es que “*no tiene mucha*” responsabilidad el docente en la temática en cuestión.

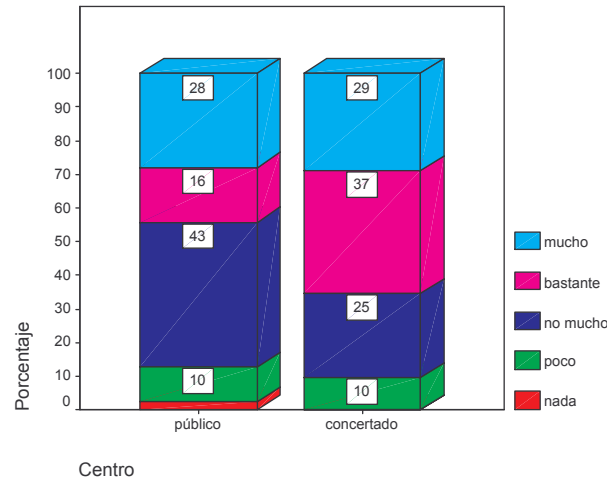


Gráfico 77: Opinión de los padres según centro sobre la atribución de responsabilidades en EpS del maestro.

La atribución de responsabilidades a las diferentes figuras como son los Servicios Sociales

Los dos tipos de centros valoran “poco” la *responsabilidad de los servicios sociales* ya que si sumamos los porcentajes de los tres valores negativos vemos que la mayoría de los padres se posicionan en estas categorías como es el 67% de los padres de la escuela pública y el 78% de los padres de la escuela concertada.

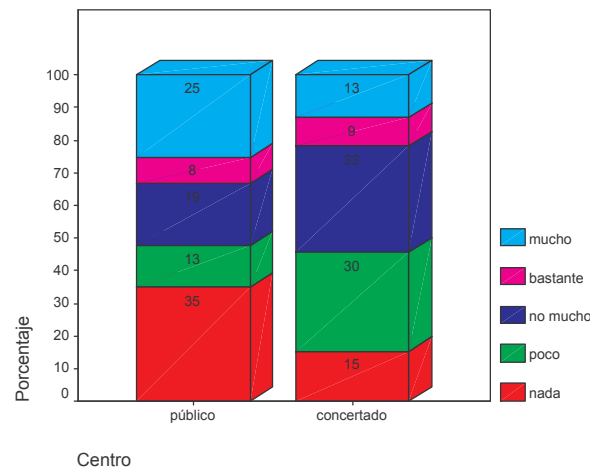


Gráfico 78: Opinión de los padres según centro sobre la atribución de responsabilidades en EpS de los Servicios Sociales.

11. EPS Y SU VINCULACIÓN CON LA ESCUELA.

11.a. Qué temas de Educación para la salud se han de trabajar más en la escuela (ítem 17):

En cuanto a los temas de EpS que se tienen que trabajar más en la escuela podemos observar en esta tabla resumen:

Temas de EpS	Sí (%)	No (%)
Drogas, alcohol y tabaco	72,9	27,1
Salud sexual	65,2	34,8
Salud y medio	62,8	37,2
Seguridad y primeros cuidados	55,6	44,4
Limpieza e higiene personal	54,9	45,1
Alimentación y nutrición	54,1	45,9
Salud mental	50,4	49,6
Prevención y control enfermedad	48,9	51,1
Actividad y descanso	43,6	56,4
Todos los temas de EpS	39,8	60,2

Tabla 22: Temas de EpS que se tienen que trabajar más en los centros educativos.

Realizando una comparación en la valoración de los padres entre *los temas de EpS que se hablan en casa y los que se deberían trabajar más en la escuela* observamos que temas “fáciles” a tratar como son *alimentación e higiene* lo tratan ellos pero en cambio contenidos “difíciles”o no tan cómodos como son *drogas y salud sexual* comentan que se deberían trabajar más en la escuela.

Se acepta la **Hipótesis nula (H₀)** pues no se hallan diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

11.b. Qué temas de Educación para la Salud son prioritarios en la Etapa de Educación Primaria (ítem 19):

Para tener una visión general de la opinión de los padres confeccionamos un cuadro resumen dónde aparecen el criterio de los padres en porcentajes respecto a *qué temas de EpS les parecen prioritarios en la Etapa de Educación Primaria*:

Temas de EpS	Sí (%)	No (%)
Limpieza e higiene personal	75,9	24,1
Alimentación y nutrición	72,9	27,1
Actividad y descanso	50,4	49,6
Salud mental	40,6	59,4
Salud y medio	37,6	62,4
Seguridad y primeros cuidados	27,8	72,2
Prevención y control enfermedad	27,1	72,9
Drogas, alcohol y tabaco	25,6	74,4
Salud sexual	21,8	78,2
Todos los temas de EpS	15,8	84,2

Tabla 23: Opinión de los padres en porcentajes sobre los temas de EpS prioritarios en la EP.

Los padres siguen dando *prioridad tanto en casa como en la escuela a temas de EpS* bien conocidos por ellos como son: *limpieza e higiene personal*, en cambio no priorizan que se trabajen la prevención de *drogas y la salud sexual*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** ya que no hay diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

11.c. Papel de la escuela sobre la EpS (ítem 20):

La calificación que realizan los padres sobre el papel de la escuela acerca la temática en cuestión es: 51,4% como *“importante”*, 34% como *“muy importante”*, 1,4% *“no tienen demasiada importancia”*, 0,7% *“no es importante”* y 12,5% *no contestan*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** pues no existen diferencias significativas teniendo en cuenta las variables de **zona y titularidad**.

11.d. Cuando el hijo ha de tomar un medicamento en horario escolar (ítem 22):

Respecto a la pregunta *“¿qué hacen cuando sus hijos tienen que tomar un medicamento en horario escolar?”*

El 55,1% de los padres opinan que *ponen una nota al maestro de cómo deben tomar el medicamento*, el 26%, de los progenitores responden que *intentan dar el medicamento antes de ir a la escuela*, el 13,4%, de los padres valoran que es *mejor poner una nota al maestro juntamente con la receta*.

El 3,1%, padres comentan que *dan el justificante del médico con indicaciones de cómo tomar el medicamento* y por último el 2,4%, de los padres opinan que *sus hijos no van a la escuela si tienen que tomar medicamentos*.

Se acepta la **Hipótesis nula (H_0)** ya que no hay diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **zona**.

Se acepta la **Hipótesis alternativa (H_1)** al haber diferencias significativas teniendo en cuenta la variable de **titularidad**.

Los padres de los centros públicos opinan de mayor a menor porcentaje: el 53,8% de los progenitores *“ponen una nota de cómo tomar el medicamento”*, el 33,3% dicen que *“el alumno toma el medicamento antes de ir a la escuela”* y un 6,4% de padres opinan que *“se pone una nota y la receta del medicamento”*.

Los padres de los centros concertados valoran mayoritariamente, con un 57,1% que *“ponen una nota de cómo tomar el medicamento”*, un 24,5% opinan que *“se pone una nota y la receta del medicamento”* y un 14,3% dicen que *“el alumno toma el medicamento antes de ir a la escuela”*.

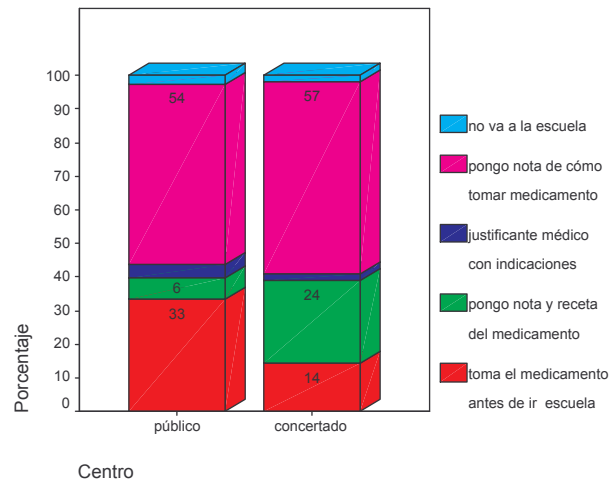


Gráfico 79: Opinión de los padres según centro sobre la ingesta de medicamento de sus hijos en horario escolar.

Sobre la **última pregunta abierta del cuestionario** podemos comentar:

De los 145 cuestionarios, 52 aportaron información en la última pregunta dónde se les permitía hacer *aportaciones o consideraciones del tema de Educación para la Salud*.

Se ha creído interesante hacer el análisis de contenido, del cual se han creado unas tablas que recogen toda la información clasificándola en subcategorías y categorías. A continuación expondremos la información recogida en forma de informe de resultados.

La Educación para la Salud se desarrolla fundamentalmente en dos ámbitos:

- El Familiar. Es imprescindible ya que es el referente, el ejemplo, el modelo más inmediato del niño *“Crec, que com ja he dit anteriorment, els pares som els que hem de tractar des d’un primer moment (amb l’exemple), tots els temes relacionats amb la salut, i per tant, educar el nen en aquest sentit, a estimar el seu cos i valorar les coses bones, rebutjar el que no és beneficiós per a la seva salut.*

Dialogar amb els fills, conèixer les seves amistat, intercanviar opinions amb les altres famílies, anar units família i escola, ... són algunes de les coses que entre tots podem fer per intentar que els nostres fills s’eduquin saludablement, també la pràctica d’algun esport ajuda a que el nen prengui consciència del seu cos” (Cuestionario-R-C-89).

- La escuela como complementariedad al ámbito familiar, en segundo término, *“El més important és que el nen no es senti entre dos fronts, l’escola i la casa. Els pares i les persones més properes són el primer model si a casa hi ha diàleg el s’hi acostuma, si a casa hi ha higiene el nen s’hi acostuma”* (Cuestionario C-P-26).

“Voldria dir que l’escola és un fort pilar que ajuda a les famílies a educar els seus fills, però són els pares en tot moment, els que s’han de preocupar de la seva educació. és molt important saber el que es fa a la classe, al menjador, al pati..., i estar units família-escola intercanviant sempre punts de vista, etc, també crec que s’ha de predicar amb l’exemple” (Cuestionario R-C-58).

“La base de l’educació la té la pròpia família. l’escola ens serveix per a reafirmar-la” (Cuestionario R-C-59), *“Molta part de la feina d’educar els fills s’ha de fer des de casa, considero que si els nens veuen a casa un bon comportament en tots els sentits ells seguiran l’exemple; l’escola ha de ser un recordatori del que s’ha de fer vers les drogues, la higiene, el menjar, ...”* (Cuestionario RC-P-124).

En cuanto al grado de responsabilidad en materia de Educación para la Salud las aportaciones que realizan los padres son que ellos son los responsables y que los otros ámbitos, escuela, sanidad, otros familiares, son complementarios, *“Crec que aquest tema és molt complicat doncs el problema realment està en els pares, què creuen que la feina és per l’escola; per a mi això és molt greu, doncs cada cop més els nens-es entren més aviat en el món de les drogues”* (Cuestionario C-C-113), *“La responsabilitat de l’educació per a la salut d’un nen és dels seus pares, però l’escola ha de participar i col·laborar en tot moment”* (Cuestionario C-C-115).

Sobre la temàtica de la Educación para la Salud los padres consideran que ésta se debe realizar en el niño a una edad temprana y por supuesto adaptada a la edad, *“Penso que l’educació de la salut s’ha de fer des de petits però a cada nivell amb les seves capacitats, i sempre predicar amb l’exemple”* (Cuestionario R-C-95).

Respecto a los temas a tratar la higiene y la alimentación son los más nombrados por los padres *“L’escola el que ha de fer és reforçar la tasca dels pares, en cas que a casa no es treballin els hàbits a l’escola s’hauria d’incidir: ser autònoms en l’higiene persona, parlar dels aliments que no són recomanables, organitzar el temps per veure la tele”* (Cuestionario R-P-37), *“Molta part de la feina d’educar els fills s’ha de fer des de casa, considero que si els nens veuen a casa un bon comportament en tots els sentits ells seguiran l’exemple; l’escola ha de ser un recordatori del que s’ha de fer vers les drogues, la higiene, el menjar, ...”* (Cuestionario RC-P-124).

Un tema que les preocupa es la salud mental y el de urbanidad *“També penso que no estaria de més que a dins de la salut mental (ser una persona responsable) no estaria de més els temes que abans eren de URBANITAT i comportament i sapiguer estar als lloc (dir gràcies, dir bon dia, respectar la gent gran tota aquest sèrie de coses que avui en dia vas pel mon i veus de tot”* (Cuestionario R-P-2).

Los padres hacen hincapié en un trabajo unísono, colaborando tanto escuela y padres, en temas de Educación para la Salud *“És molt important saber que tots els temes s’han de tractar de manera conjunta, l’escola sola no, la mare i el pare sols no, tots plegats”* (Cuestionario C-P-106).

En cuanto a la metodología los padres inciden en muchas ocasiones en que les falta información de la escuela sobre la temàtica en cuestión *“Els centres haurien d’elaborar*

xerrades informatives per als pares” (Cuestionario C-P-97), *“Crec que no estaria malament que tinguessin més informació a l’escola”* (Cuestionario R-C-73), *“Que cal saber a cada curs quins temes tracta l’escola per tal que a l’ambient familiar es pugui parlar al respecte i posar-ho en pràctica”* (Cuestionario R-C-87).

Pero también nos comentan que a veces no tienen los conocimientos suficientes y que necesitarían un asesoramiento en este tema *“L’únic que crec que podem dir és més explicació als nens d’aquest tema, que crec que es bastant interessant i és el futur d’ells i els pares igualment per aprendre coses que potser no sabem i ens vindria molt bé per a després continuar parlant del mateix tema”* (Cuestionario R-P-45), *“A vegades, costa poder explicar qualsevol tema als nens, potser ens caldria algun curs d’aprenentatge per a nosaltres els pares”* (Cuestionario RC-P-118).

Los padres exponen que la escuela necesitaría más recursos tanto materiales, como personales para realizar una óptima Educación para la salud, *“Hi hauria d’haver més recursos multimèdia tipus clic perquè ells es motivessin dins del seu currículum escolar”* (Cuestionario C-P-97), *“A l’escola han de treballar més els temes de l’educació per la salut, han de fer tallers i activitats referents amb això per exemple que vingui una infermera o una pediatra per parlar directament amb els nens”* (Cuestionario C-P-101).

Para finalizar, algunos padres se refieren al cuestionario, comentando que es un buen sistema para reflexionar *“Es molt bo que plantegem aquestes preguntes i que ens aturem a pensar si dins de la rutina i l’estrès diari estem dedicant l’atenció i el temps necessari als nostres fills i si som capaços de transmetre’ls que sentim per ells, negant-li’s en alguns casos coses que saben que no els beneficien”* (Cuestionario C-C-111), o intentando solucionar los problemas a partir de lógica y experiencia *“Probablement jo tinc un problema generacional és a dir que ja tinc una certa edat, que fa que em sembli que cada vegada més funció de “ser” i “fer” de pare i mare ens està superant; ho volem fer tan i tan bé que arribem a estresar-nos intentant complir la nostra funció; d’acord en que la qüestió no és senzilla, però tampoc requereix un doctorat, de vegades l’aplicació de la lògica i la pròpia experiència hi ajuda prou!”* (Cuestionario C-C-116).

2. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS.

El análisis de datos constituye una etapa clave para el proceso de investigación cualitativa que aparece indisolublemente unido a la recogida de la información (Gil 1994; Goetz y Lecompte, 1988).

El proceso de análisis de datos que hemos realizado a partir de las entrevistas realizadas se ha elaborado a partir de la conexión interactiva de tres tipos de operaciones básicas: la reducción de la información (categorización y codificación), la exposición de los datos y la extracción de conclusiones.

2.1. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A DIRECTORES DE CENTROS DE EDUCACIÓN PRIMARIA.

Hemos realizado once entrevistas a directores de los trece centros que han participado en la muestra, siendo siete públicos y cuatro concertados. De las once entrevistas cuatro se han realizado en escuelas públicas y dos escuelas concertadas de Reus, dos públicas y una concertada de Cambrils y una pública y una concertada del resto de la comarca.

Recordamos que los directores disponían de las preguntas unos días antes de la realización de la entrevista, implicando así, la preparación de éstos en el tema ya que si había alguna pregunta cuya respuesta era desconocida pudieran asesorarse.

Ahora presentaremos los resultados de las entrevistas y lo haremos a partir de las preguntas planteadas.

1. La EpS es un tema que les preocupa en la escuela? ¿Por qué?

En todos los casos las respuestas fueron que sí les preocupaba, uno de los motivos más importantes era la importancia que tenía la Educación para la Salud en la formación de la persona, en este caso del alumno *“Sí, molt. És un tema que preocupa molt tant la salut físic com mental i més en aquests nens”* (Entrevista R-P-2), otros argumentos que se complementan al anterior eran que les preocupaba porque de la EpS depende el futuro del alumnado *“Evidentment és un tema que ens preocupa, perquè en bona part depèn de l'Educació per la Salut el futur dels nostres alumnes”* (Entrevista RC-C-11).

2. ¿Hay algún aspecto en el PEC que trate el tema de la Educación para la Salud?

Encontramos tres categorías de respuestas: No; Sí, superficialmente; Sí en el Proyecto Educativo de Centro (PEC) y en el Reglamento de Régimen Interno (RRI). Como podemos observar cuando se refieren al PEC la documentación que se puede encontrar de Educación para la Salud es de forma breve y *general* *“Al PEC sí però en grans trets, manca la concreció”* (Entrevista RC-P-10).

3. ¿Hay algún aspecto en el PCC que trate la Educación para la Salud?

Encontramos tres categorías a la hora de recoger aspectos de la Educación para la Salud en el PCC de las escuelas:

- Sí, hay un Proyecto de EpS en el PCC.

- Sí, como eje transversal.
- Sí, en materias concretas.

4. ¿Cómo definiría usted lo que es la Educación para la Salud?

Hemos clasificado las respuestas según el modelo teórico, por lo que podemos decir:

- Modelo clásico de la Educación para la Salud: se centra en aspectos físicos o ausencia de enfermedad, *“Suposo que és tenir unes pautes i unes conductes adients de cara a que els Aspectes físics i de higiene personal els hi serveixi per un futur”* (Entrevista R-P-4); *“Educar per poder viure amb una salut adequada, poder créixer amb salut i alegria tot allò que implica la manca de malaltia”* (Entrevista RC-P-10).
- Modelo actual de la Educación para la Salud. Los datos que aportan esta concepción son: elementos psicológicos del individuo, conceptos como bienestar, educación como proceso de toda la vida, ... *“És la promoció de la salut i el benestar com a punt de partida del coneixement saludable”* (Entrevista R-P-1); *“És aquella educació que té com objectiu el benestar del nen: que estigui sa, que es trobi bé, que estigui content”* (Entrevista R-C-6); *“L’educació per la salut és un procés que es desenvolupa al llarg de tota la vida de l’individu i que té com objectiu el benestar d’aquest”* (Entrevista RC-C-11).
- Posturas intermedias: Son aquellas que están entre los dos modelos, *“Tot un conjunt d’objectius que s’haurien de millorar per obtenir un bons hàbits de salut en general.”* (Entrevista R-P-3); *“Intentar millorar i educar de la millor manera possible agafar una sèrie d’hàbits que donin a la canalla una educació sobre la seva salut, d’informar a la canalla sobre les dietes alimentàries, dels hàbits, d’aspectes físics”* (Entrevista C-P-8).

5. ¿Sobre las vacunaciones y las revisiones médicas de los alumnos, tienen algún documento en el que consten?

El control de las vacunaciones y revisiones médicas tiene un tratamiento muy similar en todos los centros ya que ha de seguir un tratamiento explícito. Se recoge la información y se incorpora al expediente del alumno, *“Tenim una còpia de les revisions que es queda a l’historial de l’alumne”* (Entrevista R-P-2); *“Sí, hi ha uns fulls grocs que fan al CAP i que formen part de l’informe de l’alumne. Allà figuren les vacunacions, els informes de les revisions mèdiques i les bucodentals”* (Entrevista RC-C-11).

6. ¿Quién lleva el control de las revisiones médicas la dirección o el Centro de Atención Primaria?

Encontramos cuatro categorías de respuesta:

- El CAP.
- La Escuela

- El CAP y la Escuela.
- El Ayuntamiento.

La respuesta mayoritaria de los directores ha sido la de compartir responsabilidades entre la Escuela y el CAP *“El CAP truca al començament de curs i ens posem d’ acord. El CAP truca i ens diu els dies que vindran pels de 2n, pels de 4t per les revisions mèdiques o revisió bucal. o les vacunes i nosaltres l’ únic que fem es donar als pares un full d’ autorització”* (Entrevista R-P-2); *“Ho porta a terme tot el CAP. A l’ escola només ens ocupen d’ organitzar el dia de les revisions i vacunacions i l’ acompanyament de l’ alumnat al CAP”* (Entrevista RC-C-11).

7. ¿Cómo averiguan las enfermedades, alergias, ... que sufren sus alumnos?

Generalmente se averigua si el alumno tiene una alergia o una enfermedad a partir de entrevistas iniciales a los padres en el inicio de la escolaridad *“A Educació Infantil de 3 anys els mestres fan entrevistes als pares abans de començar el curs i omplen un qüestionari que tracta entre altres temes aquest”* (Entrevista R-P-3) o la entrevista anual del tutor con los padres *“Normalment perquè avisen els pares o bé ens ho diuen a les entrevistes que tenen amb el mestre-tutor”* (Entrevista R-C-6). También los profesores se percatan de enfermedades y alergias por la convivencia del día a día con el alumno. De los trece directores tres afirman que a veces se enteran por casualidad *“Normalment ho sabem perquè els pares ens avisen i/o figura a l’ informe mèdic però també ens assabentem de vegades perquè ens hi trobem en la situació en la que el nen es posa malalt”* (Entrevista RC-C-11)

8. ¿Qué tipo de contenidos de la Educación para la Salud trabajan más: los de procedimientos, conceptos o actitudes?

Se han categorizado según las respuestas:

- Los tres contenidos por igual, es decir, procedimientos, conceptos y actitudes, *“Una mica de tot, s’ ha d’ afavorir l’ actitud envers tot aquest temes, però els procediments i conceptes són importants també”* (Entrevista R-P-2).
- Los tres contenidos por igual según la edad primará uno u otro, *“Les tres facetes: Però a Infantil primen pautes d’ actituds i a mesura que els nanus es van fent grans s’ incrementen els conceptes i els procediments”* (Entr.R-P-4).
- Actitudes, *“Em sembla el de les actituds ja que veiem que està molt de moda la compra de laminadures per part dels nens”* (Entrevista C-P-7).
- Conceptos, *“Sobre tot el de conceptes”* (Entrevista C-P-8).
- Procedimientos, *“El de procediments”* (Entrevista R-C-5).
- No se sabe, *“Es difícil de dir, ja que al no tenir emmarcada l’ EpS en les diferents àrees no podem establir, no està ben perfilat”* (Entr.RC-P-10).

9. ¿Siguen algún programa de Educación para la Salud ya sea realizados por el Departamento de Ensenyament, el Ayuntamiento u otras organizaciones?

De los treces directores, seis contestaron que principalmente utilizan material del Ayuntamiento sobre todo en los centros de Reus, *“Si, el de l’Ajuntament. Que fa molts anys va editar el programa, però aquest programa es desenvolupa parcialment, ja que és molt complert i no es pot desenvolupar tot”* (Entrevista R-P-4) pero también tenemos que decir que este material se complementa con material ya sea realizado por el propio o por el Departament d’ Ensenyament *“Seguim el nostre però adaptem els materials de tot arreu el de Ajuntament i Departament”* (Entrevista R-P-1).

Dos centros se decantan por seguir el material propio, *“A l’ educació primària seguim el llibre “Si us plau” que parla sobre l’ educació en general: valors, hàbits, comportaments,”* (Entrevista R-C-5).

Otros desarrollan los programas del Departament d’ Ensenyament como puede ser el flúor, *“L’ únic que hem fet aquest curs és allò del fluor”* (Entrevista C-P-8) o seguir las campañas *“Quan ens arriben campanyes acostumem a col·laborar però la veritat es que ens arriben molt poques coses vinculades amb la salut”* (Entrevista RC-C-11).

10. Cuando se plantean tratar el tema de la Educación para la Salud ¿tienen en cuenta a: los profesionales sociosanitarios, AMPA, Ayuntamiento, esplais, educadores de calle,...? ¿De qué forma?

Encontramos tres categorías de respuestas:

- Sí, de las trece entrevistas a directores seis afirman que sí, *“L’ escola tenim present que hi ha tota gent que hi ha de treballar”* (Entrevista R-P-1); *“Evidentment que si. Sempre se’ls requereix la seva col·laboració”* (Entrevista R-C-6).
- Algunas veces, *“Cada any fem una setmana de conferències i alguna vegada hem tractat aquest tema i han vingut gent relacionada professionalment”* (Entrevista R-P-3); *“La veritat és que no massa, però algunes vegades venen a fer xerrades”* (Entrevista C-C-9).
- No, todavía *“Quan ens ho plantejarem ja ho veurem”* (Entrevista RC-P-10).

11. ¿Desarrollan alguna actividad, jornada, ... a nivel de todo el centro o bien de algún ciclo o curso, en la que se trate la Educación para la Salud?

La respuesta mayoritaria ha sido que no periódicamente, ya que en el transcurso de los cursos se ha podido hacer algo puntual pero actualmente no se hace nada, ejemplos como: *“Com a cosa fixada no, dintre a vegades de temes que hem fet a les Jornades culturals per exemple –drogues- o -nutrició-”* (Entrevista R-P-3), *“A nivell d’ Escola les xerrades i a nivell de classe quan surt el tema”* (Entrevista C-P-8).

12. ¿Considera necesario trabajar el tema de la Educación para la Salud en la escuela?

En todas las entrevistas las respuestas han sido afirmativas siendo algunas de las argumentos: *“Sí, bàsic, de cos solament tenim un i és l a única cosa que tenim. El lema seria “ l’ única cosa que tenim és el nostre cos del nostre món” i depèn el tracte que li donem ens hem sortirà d’ una manera o d’ una altra és la base, mentre visqui tindrè cos”* (Entrevista R-P-1), *“Sí, és bàsic i sobre tot en la societat que en ve, on els hàbits alimentaris no són bons, no es fa molt esport i altres coses”* (Entrevista C-P-8), *“Si, és per això que hem iniciat aquesta iniciativa de cara al següent curs”* (Entrevista RC-C-11).

13. Usted, ¿Cómo propondría que se llevara a la práctica la Educación para la Salud? ¿Con qué metodologías?...

Las respuestas de los directores podemos sintetizarlas en los siguientes puntos:

- Realizar programas sistematizados y flexibles dependiendo de la edad del alumno: es decir, se busca un material específico de Educación para la Salud que permita aplicarse en el aula sabiendo a qué edad es más aconsejable cada tema y actividad y además que sea flexible adaptándose al alumno, al centro y a las necesidades del momento.
- La metodología ha de ser dinámica, participativa: las actividades han de ser motivadoras, interesantes, incluyendo diferentes tipos de recursos óptimos como pueden ser juegos, material visual, auditivo, dinámicas de grupos, ...intentando dejar de lado las típicas fichas de toda la vida.
- El horario escolar: es importante que la Educación para la Salud se imparta en el aula.
- Intervención exterior: no solamente la participación de los profesionales externos al centro como pueden ser médicos, pedagogos sino también es importante la implicación de la familia debido a la responsabilidad que conlleva.

14. ¿Considera la Educación para la Salud un tema prioritario en su centro, o cree que hay otros que precisan ser tratados con mayor urgencia?

En la mayoría de las entrevistas responden que es un tema importante, pero no prioritario ejemplo *“És un tema important però jo no diria que és prioritari. Ara per ara, tant a infantil com a primària jo no parlaria de temes prioritaris”* (Entrevista R-C-6). Varios directores opinan que la Educación para la Salud les preocupa pero existen otros temas prioritarios como *“És un tema important però jo no diria que és prioritar . Ara per ara ens preocupa molt tota aquesta qüestió de conducta, assoliment de normes, hàbits de treball, ...”* (Entrevista C-C-9) o *“L’Educació per a la Salut és un tema que ens preocupa, i també ens preocupa el comportament dels nens, l’agressivitat i la poca capacitat d’aguantar la pressió. Cada vegada més ens trobem que els nens estan mancats de normes i això fa difícil que acatin les que es posen a l’ escola”*(Entrevista RC-C-11).

2.2.RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A COORDINADORES DE CICLO MEDIO Y CICLO SUPERIOR.

Hemos llevado a cabo 10 entrevistas a coordinadores pudiendo desglosar por ciclos diremos que 4 coordinadores/as son del ciclo medio y 6 son del ciclo superior de los trece centros que han participado en la muestra, siendo siete públicos y tres concertados. De las diez entrevistas cuatro se han realizado en escuelas públicas y una escuela concertada de Reus, dos públicas y una concertada de Cambrils y una pública y una concertada del resto de la comarca.

Los coordinadores disponían de las preguntas unos días antes de la realización de la entrevista, implicando así, la preparación de éstos en el tema.

A continuación presentaremos los resultados de las entrevistas y lo haremos a partir de las cuestiones planteadas.

1. ¿La Educación para la Salud es un tema que les preocupa en la escuela? ¿Por qué?

En todas las ocasiones las respuestas fueron que sí les preocupaba, uno de los motivos más importantes era la importancia que tenía la Educación para la Salud en la formación de la persona, en este caso del alumno *“Sí que preocupa a l’ escola més que res per la canalla tal i com està avui en dia mostra moltes mancances , hàbits dolents que costa molt treure’ls i llavors és una cosa constant, i molt preocupant a nivell d’ alimentació, hàbits d’ higiene”*(Entrevista C-P-6)., otros argumentos que se complementan al anterior eran que les preocupaba porque de la Educación para la Salud depende el futuro del alumnado *“Sí ja que són els pares del futur, les nostres famílies presenten bastants mancances”* (Entrevista R-P-2). Y además parece que es un tema que ahora forma parte más de la escuela de la familia *“Sí , a tots els col·lectius, abans era un tema que ho portava més la família i ara sembla que ho porta més les escoles”* (Entrevista RC-P-9).

2. ¿Llevan a término algún tipo de actividad, jornada,... a nivel de todo el centro o bien de algún ciclo o curso, donde se trate este tema con el alumnado? En caso afirmativo: ¿Desde cuando? ¿Como surgió esta iniciativa? ¿Cual es el objetivo que se persigue?

De los 10 entrevistados, 8 responden afirmativamente que realizan actividades de EpS en sus centros pudiéndose desglosar según categorías: campañas, jornadas culturales, curso de valores, lema y de forma más global *“Sí, es fan Jornades Culturals que han parlat sobre: alimentació, higiene dental, salut i esport. Fa temps que estan instaurades aquestes jornades ja que es va veure la necessitat de informar als alumnes i a les famílies sobre el tema de la salut. A nivell de tota l’ Escola es fa el programa del departament d’ ensenyament Els meus amics, el meu jardí. Cada cicle fa dos contes a l’ any ben treballats a l’ hora de tutoria. També s’ han fet campanyes d’ esforzar. A vegades segueixen el Programa de Salut de l’ Ajuntament de Reus.”*(Entrevista R-P-2).

3. ¿La escuela tiene contemplado en algún documento (PEC, PCC, RRI) el tratamiento del tema de la EpS? Si es así, ¿Sabe si se revisa y con qué periodicidad?

Encontramos tres categorías a la hora de recoger aspectos de la Educación para la Salud en los documentos de las escuelas:

- Sí, en el PEC, PCC, RRI.
- Sí, en el PCC y RRI
- Sí, en el PCC.

Podemos comentar que hay dos coordinadores que opinan negativamente a la pregunta y otro que no lo sabe.

4. ¿Tienen establecido cómo se desarrolla la EpS en la etapa de Educación Primaria? con campañas, actividades puntuales, un programa creado y organizado,... un eje transversal, rincones.

Existe una gran disparidad de respuestas a la pregunta. Solamente hay dos coordinadores que comentan que no tienen un programa establecido de cómo se trata la EpS en la Educación Primaria.

La mayoría de los encuestados contestan que se realizan a partir de las áreas *“Ho fem a partir de les àrees més adients, allò que posa el llibre”* (Entrevista RC-C- 10). Y sobre todo de tres áreas: catalán, naturales y sociales *“Temes de socials, naturals i català”* (Entrevista R-P-4).

Y en cuanto a los recursos utilizados para realizar la EpS de la escuela sería a partir de campañas *“Es fa a partir de les campanyes que es fan a l’ escola i activitats puntuals que van sortint a la classe”* (Entrevista C-P-6).

5. ¿En su clase trabaja de alguna manera el tema de Educación para la Salud? En caso afirmativo, ¿Cómo lo hace? ¿Qué metodología hace servir? ¿Cuándo lo hace y con que periodicidad?, ¿Desde cuando ha iniciado este planteamiento?, Tiene previsto hacer algunos cambios en el tratamiento de este tema, ¿Por qué?, La iniciativa de tratar este tema en el aula fue a nivel: individual, del coordinador de ciclo, de la dirección del centro, ... ¿De quién?

Encontramos estas cuatro categorías:

- Sí, currículum, tutoría y programas de EpS.
- Sí, tutoría y programas de EpS
- Sí, currículum y asambleas.
- Sí currículum.

La respuesta mayoritaria de los coordinadores de ciclo a la hora de trabajar la Educación para la Salud en su clase es a partir del currículum *“En activitats de tot el currículum i que bàsicament en el coneixement del medi natural i també en socials (ètica, valors). Nosaltres aquest tema “EpS” el treballem una hora a la setmana, de la hora de llengua, de les hores de disposició del cEntrevista Però també dintre de l’ àrea de naturals també està inclòs l’ EpS, dintre de cada tema està inclòs continguts d’ actituds de medi ambient, de salut”* (Entrevista R-P-1).

Si bien es verdad algunos centros comentan que se trabaja este tema en clase en momentos puntuales *“Específicament no, quan surt alguna cosa a nivell de classe per exemple la suor i la olor que desprenen els alumnes després del pati els dies de calor doncs fas 5 minuts una mica d’ explicació “recordeu que esteu creixent i que les dutxes haurien de ser cada dia” s’ aprofita aquests moments per fer reflexions,....”* (Entrevista C-P-6).

6. ¿Cómo definiría usted educación para la salud?

Hemos clasificado las respuestas según el modelo teórico, por lo que podemos decir:

- Modelo clásico de la Educación para la Salud: se centra en aspectos físicos o ausencia de enfermedad, *“Saber i tenir cura del teu cos.”* (Entrevista R-P-2).
- Modelo actual de la Educación para la Salud. Los datos que aportan esta concepción son: elementos psicológicos del individuo, conceptos como bienestar, educación como proceso de toda la vida, ... *“Se suposa que és tot un seguit d’ hàbits o de normes que la gent hauria de tenir assolides per arribar a un cert estat de salut o de benestar. No solament ha de ser físic sinó també a nivell d’ estat mental, per exemple ser feliç, gaudir de la vida”* (Entrevista C-P-6); *“Intentar ensenyar als nens, donar-li les pautes a seguir per que els alumnes tinguin un bon coneixement d’ ells mateixos, una manera d’ afrontar la vida el més saludable possible als tres nivells físic, psíquic i social.”* (Entrevista RC-P-9).
- Posturas intermedias: Son aquellas que están entre los dos modelos, *“Ensenyar a conèixer a ser persones, a ensenyar a conviure dintre d’ unes normes, saber cuidar el nostre cos i el respecte a altres coses...”* (Entrevista C-P-7);

7. ¿Qué hábitos relacionados con la salud son los que considera más importantes para sus alumnos?

La mayoría de los coordinadores entrevistados piensan que los hábitos relacionados con la salud más importantes para sus pupilos son la higiene y la alimentación *“Sobre tot el de l’ alimentació, mengen marranades, xiclets al matí, a més a més tinc 5 o 6 nens que no esmorzen i que no mengen fins a l’ hora de dinar. La higiene sobre tot als nens que estan fent el canvi. També la salut mental tinc nens que a la mínima reaccionen molt malament”* (Entrevista C-P-6). Pero también como indica en esta entrevista un tema importante a tener en cuenta en los alumnos es la salud mental *“Trobo que els hàbits a treballar serien: tranquil·litat, ansietat, relaxació, ... si aconseguim això es podrà treballar millor amb els alumnes”* (Entrevista R-P-3).

Para concluir la pregunta comentaremos que se puede diferenciar según la edad del alumno y la prioridad de los hábitos relacionados con la salud *“Depèn de les edats. En el cas d’ infantil i cicle inicial tota la qüestió d’ hàbits i de higiene i alimentació. El de l’ alimentació que hauria de ser fins el CS, el de higiene al CM es pot deixar una mica més tranquil. A 6è higiene s’ ha de reprendre. Tot lo de salut mental ha de ser sempre.”* (Entrevista R-P-1).

8. Cuando se celebra un cumpleaños en la clase, ¿Cómo se hace?, ¿Se les da alguna indicación a los alumnos de lo que pueden o no pueden traer?

De los 10 centros, 8 celebran los cumpleaños de sus alumnos, categorizando las respuestas:

- Indicaciones. No golosinas, sí coca.
- Indicaciones: No golosinas, un regalito.
- Indicaciones pero permisivos: golosinas, coca, embutidos,

La mayoría de los coordinadores opinan que dan indicaciones de no golosinas y sí coca con chocolate *“Sí no es poden portar llaminadures a l’ escola. Temin previst generalment que portin coca però a 6è porten poca cosa”* (Entrevista R-P-1) pero generalmente tienen dificultades para aplicarlo por reminiscencias de las familias *“Sí, moltíssim, sempre hi ha nens ja sigui per que les seves mares no volen o per que ells volen portar llaminadures els hi deixo, tinc uns quants a la classe que han portat coc i xocolata i aquestos li reforço més allò que han fet bé”* (Entrevista C-P-6).

9. Como profesor, ¿Se preocupa por la alimentación de su alumno?

Encontramos cuatro categorías de respuesta:

- Sí mucho, de las diez entrevistas cuatro valoran rotundamente la afirmación *“Sí, en aquesta escola li donem molta importància a l’ alimentació que tenen els nostres alumnes ja que a vegades solament tindran un menjar equilibrat que serà a l’ hora de dinar al menjador”* (Entrevista R-P-2).
- Sí, responden tres coordinadores de ciclo *“Sí, i es parla sovint a la tutoria. Algun any hem fet conferències sobre la importància que té l’ esmorzar”* (Entrevista C-C-8).
- A veces, contestan dos profesores *“Si surt la conversa sí, sempre que es vegi algun problema.”* (Entrevista R-C-5).
- No, *“No es comenta. Els nens ja saben que han de menjar, a 3r de Primària fem la dieta equilibrada, juguem al Joc de la dieta i veiem el vídeo de la marca comercial “Kellogs”.* (Entrevista R-P-3).

10. ¿Indica en algún momento a los padres aquello que sería más adecuado que el alumno desayunara en la escuela?

Prácticamente la totalidad de los coordinadores de CM y CS indican tanto al principio de curso *“Sí ,al principi de curs es comenta als pares i els alumnes sobre les normes i els hàbits que haurien de treballar tan a l’ escola com a casa per exemple el tipus d’ esmorzar que ha de portar a l’ escola”* (Entrevista R-P-1) como en entrevistas individuales *“Sí , es comenta a la reunió de principi de curs i a més a més aprofitem en les entrevistes individuals”* (Entrevista C-P-7).

11. ¿Al principio de curso se elaboran unas normas, hábitos, ya sea a nivel general, escuela, como a nivel más particular clase?

De los 10 coordinadores de ciclo 9 responden afirmativamente a la cuestión ya que tanto en el centro como en el aula se establecen unas normas y unos hábitos “*Sí, fem unes normes per la classe i després seguim la normativa del centre*” (Entrevista C-P-7).

Un centro comenta que al principio de curso no se elaboran las normas ni en la escuela ni el aula por que las normas ya están establecidas “*Les normes ja estan establertes*” (Entrevista R-C-5).

12. ¿Sigue la campaña del flúor?

La mayoría de los centros siguen la campaña del flúor pero aparecen algunas quejas sobre la campaña que realiza el Departament “*Sí, però a vegades ens quedem sense material: gots, tovallolotes, ...*” (Entrevista C-P-6).

13. ¿Dejan comer golosinas en la escuela?

En cuanto a las respuestas pueden categorizarse en:

- No, en ninguna ocasión.
- No, solamente en cumpleaños: “*No, a vegades algun nen pel seu aniversari porta un xiclet o un caramel*” (Entrevista R-P-2).

14. ¿En el área de Educación Física siguen algún tipo de hábito (cambiarse camiseta, lavarse manos y cara,..)?

Según las respuestas encontramos cinco categorías:

- Ducharse y cambiarse de ropa “*Sí, a partir de 1r tots els nens es dutxen i es canvien de roba*” (Entrevista R-P-1), “*Sí, es dutxen i es canvien de roba*” (Entrevista R-C-5).
- Lavar cara y manos y cambiarse de ropa “*Sí, està estipulat. Es demana als alumnes una samarreta per canviar-se i una tovallola per rentar-se cara i mans*” (Entrevista R-P-4), “*És una baralla contínua han de portar un necesser i una samarreta de recanvi. La mestra plega 5 minuts abans per a que els alumnes puguin rentar-se la cara i les mans, es puguin canviar la samarreta però sempre hi ha algú que no ho fa*” (Entrevista C-P-6).
- Cambiarse de ropa “*Sí. Els nens quan fan E.F. van vestits de carrer i al vestuari es canvien es posen el xandall, quan acaben la classe tornen a canviar-se*” (Entrevista C-C-8).
- Lavar cara y manos “*Sí, es coordinem però no tenim infraestructures adequades per dutxar-se els nens. Sí que es renten la cara i les mans*” (Entrevista RC-P-9).
- No realizamos ningún tipo de hábito “*Crec que no*” (Entre R-P-2), “*Penso que no*” (Entre R-P-3).

15. ¿Considera necesario trabajar con más profundidad el tema de la Educación para la Salud en la escuela?

De los 10 coordinadores de ciclos entrevistados 8 consideran imprescindible indagar más en el tema de Educación para la Salud en la escuela ya que *“Sí, bàsic, de cos solament tenim un i és l a única cosa que tenim. El lema seria “ l’ única cosa que tenim és el nostre cos del nostre món” i depèn el tracte que li donem ens hem sortirà d’ una manera o d’ una altra és la base, mentre visqui tindrè cos”* (Entrevista R-P-1), un coordinador/a tiene sus dudas *“Es podria fer però són molts temes, ja està bé com es fa en l’ àrea de coneixement del medi natural i tutoria”* (Entrevista R-P-2) y otro piensa que los responsables en la temática son los padres por lo que *“Sí, però no a l’ escola a casa”* (Entrevista R-C-5).

16. ¿Opina que es factible hacerlo?, ¿Usted cómo lo propondría que esto se llevara a la práctica?, ¿Con qué horario?, ¿Con qué metodología?, ¿Cómo le gustaría que fuera el material? ¿Cómo lo evaluaría?

La mayoría de coordinadores de ciclo, 8 en total, valoran la posibilidad de poder realizar el tema de Educación para la Salud en la escuela llevándolo a la práctica dentro del Proyecto Curricular de Centro *“Sí, si es programa bé i lligada a alguna àrea”* (Entrevista C-C-8), *“Sí, dintre de les seves limitacions, sempre relacionat amb un tema de l’ àrea de ciències naturals”* (Entrevista RC-C-10), o como eje transversal *“En activitats de tot el currículum i que bàsicament en el coneixement del medi natural i també en socials (ètica, valors)”* (Entrevista R-P-1).

En cuanto al horario consideran una hora a la semana ya sea dentro de una área o como tutoría *“Nosaltres aquest tema “EpS” el treballem una hora a la setmana, de la hora de llengua, de les hores de disposició del centre”* (Entrevista R-P-1), *“L’ horari es faria a l’ hora de tutoria”* (Entrevista C-P-7).

La metodololgia a asumir con la temática en cuestión tiene que ser práctica, lúdica, *“Hauria d’ estar dintre d’ una àrea amb una metodologia pràctica que entrés per la vista”* (Entrevista C-C-8).

Respecto al material un gran porcentaje de coordinadores piensan que tienen que ser prácticos, manipulables y lúdicos *“Que fos atractiu per la canalla, pràctic i que cada alumne tingué el seu propi material (quadern) ja que si es fan fotocòpies sempre és menys atractiu que amb colors”* (Entrevista R-P-2), *“Seria molt important que fos un material manipulatiu, que el nen ho visqués, ho pogués dramatitzar”* (Entrevista R-P-3), *“amb un material pragmàtic i atractiu pels alumnes”* (Entrevista C-P-7), *“...amb un material molt manipulatiu”* (Entrevista RC-C-10).

17. La Educación para la Salud en la escuela, ¿Considera que es un tema prioritario o cree que en el caso concreto de este centro hay temas que se tendrían que plantear de trabajar antes que éste? Si es así, ¿Cuáles? y ¿Por qué?

7 de los 10 coordinadores entrevistados opinan que la EpS es un tema prioritario y sobre todo para la formación integral del alumno *“Si dintre de l’ educació per la salut inclou la salut mental llavors això ho inclouria tot. Li dono molta importància ja que a*

vegades li dic als alumnes tan fa que estudieu matemàtiques allò més important és que sigueu bones persones” (Entrevista C-P-6).

El resto de coordinadores, 3 comentan que existen otros temas más prioritarios que el de la Educación para la Salud como: la falta de valores en los alumnos de hoy en día, las pocas ganas de esfuerzo, los problemas de conducta, ... *“Sí és un tema important però penso que un tema a treballar seria l’ esforç ja que avui en dia els alumnes no s’ esforcen per res” (Entrevista R-C-5), “Els problemes conductuals, el no tenir respecte als companys” (Entrevista C-P-7) y “Els valors i el seu ordre” (Entrevista C-C-8).*

18. ¿El profesorado recibe, ha recibido o recibirá formación específica en los ámbitos de la Educación para la Salud?

Según el criterio de las respuestas de los coordinadores encontramos tres categorías:

- Sí como Seminario o curso del PESE, *“Com a centre hem fet un seminari. Com a particular hi ha alguns professors que han fet cursos pel Departament que tracten aquesta tema. I jo que sóc formadora pel Departament del tema EpS” (Entrevista R-P- 1), “La majoria del professorat ha rebut algun curs d’ EpS” (Entrevista R-P-3).*
- No.
- No lo sé, *“Jo he fet un i m’ ho vaig passar molt bé, va ser fins i tot molt bo per fer terapia en grup. No sé els altres mestres han fet algun curs” (Entrevista C-P-6).*

2.3.RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A LA INSPECCIÓN EDUCATIVA Y A LOS SERVICIOS EDUCATIVOS: EQUIPO DE ASESORAMIENTO Y ORIENTACIÓN PSICOPEDAGÓGICO (EAP) Y RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA (PESE).

Se han realizado 5 entrevistas, dos a inspectores de educación del Departament d’Educació que tienen su área de intervención en la comarca del Baix Camp, otras dos a trabajadoras sociales que trabajan en Equipos de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógico en la misma comarca y una a la responsable del programa de Educación para la Salud en la escuela cuyo organismo depende del Departamento de Educación y Sanidad y que tiene su sede en Barcelona.

Tanto los inspectores, las trabajadoras sociales como la responsable del PESE disponían de las preguntas unos días antes de la realización de la entrevista, pudiéndose así preparar las cuestiones.

A continuación presentaremos los resultados de las entrevistas y lo haremos a partir de las cuestiones planteadas:

1. Prioridades de intervención: Inspección, EAP y PESE en las Escuelas del Baix Camp.

Desde la Inspección no se trata la EpS, *“Aquest tema desgraciadament no hi hagut un plantejament des de la inspecció”* (ZH).

Las trabajadoras sociales del EAP poseen unas directrices de trabajo cuyas prioridades son: la valoración sociofamiliar del alumno, la orientación e información de servicios a los recién llegados y el diseño y planificación de los planes y su intervención. En este último apartado tiene cabida la Educación para la salud (la salud escolar) *“El disseny i la planificació de plans d'intervenció en l'àmbit social relatiu a programes específics d'absentisme, salut escolar, etc”* (AC).

Por lo que podemos decir que desde el EAP, y más concretamente, desde las trabajadoras sociales abordan el tema de Educación para la Salud, aunque a veces solamente sea colateralmente.

El objetivo del Programa de Educación para la Salud en la escuela es *“vetllar per la incorporació de l'educació per a la salut en tots els seus aspectes (sexualitat i afectivitat, hàbits alimentaris, alimentació als menjadors escolars, prevenció de drogodependències...) als centres docents, a fi que el conjunt de la comunitat educativa assoleixi una actitud i un estil de vida saludables”* (AS) y que para ello se lleve a cabo se necesita unas líneas de actuación como pueden ser: actividades de promoción y prevención de la salud en la escuela, recursos didácticos, formación del profesorado y colaboración con otras Instituciones. También nos comenta que en la Comarca del Baix Camp se realizan diferentes actividades como son: formación del profesorado, recursos didácticos y actividades de promoción y prevención de la salud en la escuela.

2. Formación recibida en materia de EpS ya sea inicial o continua.

En cuanto a la formación los Inspectores han contestado que no han recibido ni formación inicial ni continua.

Las trabajadoras sociales del EAP comentan que han recibido algún tipo de asesoramiento debido al trabajo que realizan.

Respecto a la formación recibida en materia de EpS ya sea inicial como continua la responsable del PESE nos dice que sí ha tenido formación y que además le ha ayudado sus dos carreras universitarias, biología y farmacia.

3. Concepto de Educación para la Salud, desde la perspectiva del ámbito de trabajo respectivo.

Las cinco personas entrevistadas se posicionan en la concepción moderna de la EpS tomamos como ejemplo *“És un concepte ampli que engloba la qüestió física, la interna, no solament la higiene, també es relaciona amb el benestar físic i psíquic de la persona”* (MC) o *“És un element més de la xarxa per tal d'atendre integralment l'alumne”* (AC) o *“Un procés de formació i responsabilització de l'individu amb l'objectiu que adquireixi els coneixements, les actituds i els hàbits bàsics per a la defensa i la promoció de la salut individual i col·lectiva. És a dir, es tracta d'un intent*

de responsabilitzar els nens i les nenes i de preparar-los perquè, a poc a poc, adoptin un estil de vida el més sa possible i unes conductes positives de salut” (AR).

4. Responsabilidades en materia de EpS: en general y por parte del Departamento d’Educación, los servicios educativos: la inspección y el EAP.

Tanto los dos Inspectores como las dos Trabajadoras sociales opinan que la responsabilidad en materia de Educación para la Salud a nivel general es de los padres “En primer lloc són els pares com de tot Eps comença des de que són molts petits amb uns hàbits d’higiene,…” (CM), “En general: La família i sobre tot els pares”(MC). Se puede puntualizar que la escuela sería la Institución que quedaría como complemento al seno familiar compartiendo responsabilidades “La responsabilitat ha de ser compartida, l’escola en EpS sense la família que es el referent afectiu emotiu que té l’alumne doncs sí que pot donar pautes i models assumits sinó hi ha una coordinació i una llicència conjunta dels dos àmbits” (ZH).

En cuanto la responsabilidad del Departamento en la temática en cuestión se comenta que existe el Programa de Educación para la Salud en la Escuela (PESE) el cual se debería realizar algunas mejoras.

Los inspectores comentan que no tienen responsabilidades en la temática estudiada y las trabajadoras sociales son de la opinión que pueden colaborar pero no tienen ninguna responsabilidad al respecto.

Ambos colectivos se quejan de la falta de coordinación entre las diferentes Instituciones que pueden intervenir en la temática en cuestión.

La responsable del PESE opina de una manera global ya que que “Tots hem de ser responsables en EpS”.

5. Agentes actores en materia de EpS de los niños y jóvenes:

Los inspectores y las trabajadoras sociales entrevistados están de acuerdo que los agentes actores en materia de Educación para la Salud de los niños son: la familia, la escuela, las amistades y los medios de comunicación “*Si et comento els agents actors reals serien la Televisió i els companys, ja que per segons quines edats el grup d’iguals influeixen molt (a partir de 5è i 6è), quan són més petits la influencia pot ser deguda a la TV als pares i mestres” (MC).*

La profesional del PESE no menciona a unos agentes concretos sino que comenta “*Tots són agents actors*”.

6. Intervenciones concretas en EpS presentes y futuras: ámbitos y Metodología.

Las intervenciones concretas en EpS que conocen los Inspectores es a partir del Programa de Educación para la Salud en la Escuela y de los Programas que utiliza la Regidoria d’Ensenyament de la ciudad de Reus.

En cuanto a la labor de los trabajadores sociales en la intervención de la Educación para la Salud podemos comentar que no lo tienen establecido pudiendo tanto intervenir en

acciones concretas “*Es realitza a partir de demandes puntuals com per exemple parlar amb la família si hi ha algun problema d’higiene, si tenen o no la targeta sanitària, controlar les assistències a l’escola*” (MC) como apoyando a otra Institución “*A nivell de Reus hi ha un Pla municipal d’EpS que coordinen un equip tècnic i fent intervenció als centres dels diferents nivells educatius i per tant la nostra tasca es situa en fer suport als mateixos centres*”(AC).

Respecto a las intervenciones futuras MC comenta que sería importante trabajar a nivel grupal como por ejemplo una Escuela de Padres pero trabajando diferentes aspectos no solamente la salud. También nos expone su malestar al no disponer de tiempo para realizar este trabajo “*Els treballadors socials no podem realitzar tasques d’ EpS, no tenim temps. Realitzem moltes coordinacions: ens trobem un cop al mes amb el Consell Comarcal i, setmanalment, amb els Serveis Socials i Escoles on intervenim*”.

En referencia a las intervenciones concretas en EpS la responsable del PESE comenta que en su programa de intervención existen diferentes Planes de trabajo:

* Formación del Profesorado:

- Plan de formación permanente del profesorado a partir del Centro de Recursos Pedagógicos –CRP- (Oferta generalizada).
- Ofrecemos cursos (oferta propia): cursos de un cierto interés como son: en la etapa EI hábitos saludables o emergencias y primeros cuidados. También en los Centros llevamos a cabo Seminarios, cada vez hay más demanda.

También hacemos o montamos talleres:

- La intervención es de 15 horas en el conjunto de la comunidad educativa.
- Se reúne al profesorado y se le asesora (2 horas).
- Se reúne con el alumnado (6 horas).
- Se reúne con los padres (2 horas).
- Las horas que sobran se pueden hacer más sesiones a los alumnos.
- Es un taller “formador” ya que después el tutor tiene que realizar la continuidad, el seguimiento del programa.
- Es muy importante la información/formación a los padres o a las AMPAS, el problema es que asisten pocos padres.

* Actividades de promoción y prevención de la salud en la escuela:

Otra actuación es la convocatoria anual que hacemos es sobre el Proyecto de drogodependencias y conductas de riesgo.

También realizamos las escuelas promotoras de salud, trabajan en red y así se intercambian información, material,...

En la última convocatoria se le daba reconocimiento a la innovación educativa tan a nivel coordinador como al maestro que participara. Siempre se intenta trabajar con todas las comunidades.

* Elaboración del material:

Se realizan Dosières de cursos. El formador realiza una programación con objetivos, actividades, ...

7. Relaciones institucionales y/o personales con otros programas, instituciones, organismos, ... en materia de EpS.

Tanto desde el ámbito de la Inspección como del EAP y más concretamente en sus trabajadores sociales existen pocas relaciones con otras Instituciones, organismos que trabajen en materia de EpS.

El Inspector CM nos comenta que sería necesario la incorporación en los centros de Secundaria de un profesional de la salud y de servicios sociales *“El fet que pugui haver professionals de la salut a les escoles com professionals dels serveis socials ampliarien molt aquest treball, això és somniar una mica estem parlant de més recursos i més pressupost públic però realment tant com va avançant la societat això començarà a ser necessari”*.

La responsable del PESE opina que ya existen relaciones entre los dos Departamentos, el de Educación y el de Sanidad, *“Podem dir que el PESE és un programa interdepartamental entre els departaments d’Educació i de Sanitat i Seguretat Social”*. En cuanto a los organismos que se relacionan con este programa son: la comisión de violencia de género, los consejos escolares cuya temática a tratar sea el comedor escolar, y así como entidades que tratan la anorexia y la bulimia, ...

8. Valoración de la EpS que reciben y tienen los niños y niñas del Baix Camp.

Los cinco profesionales valoran positivamente la EpS que reciben y tienen los niños y las niñas de la comarca del Baix Camp. Todos ellos exaltan el mérito de los profesores y de las escuelas al involucrarse en la temática *“No és dolenta. Crec que es fa molt sobre la base de la consciència del professorat. Els professors tenen una consciència sobre aquest continguts els professors ho estan tirant a endavant i els resultats no són dolents a Primària especialment a Secundaria no ho diria tant”* (ZH), *“Penso que tenen bastant espais, es a dir, diria que pot ser una escala del 0 al 10 podria estar entre un 5 o un 6 jo crec que el Baix Camp és un tema o millor dir Reus concretament com són programes i materials concrets penso que aquí sí que es té molta cura i les escoles són receptives del tema i ho tenen molt integrat a la seva qüotidianitat”* (CM).

9. Mejoras que se pueden emprender en EpS.

Desde los Servicios Educativos de la Inspección proponen:

- Incluir el tema de Educación para la Salud dentro del currículum teniendo la importancia que se merece.
- Incorporación del profesional sanitario en los EAPs.
- Más implicación de la escuela.

Desde los Servicios Educativos del EAP, trabajadoras sociales , nos comentan que sería interesante y operativo crear en las escuelas las denominadas “escuelas de padres” y tratar allí los temas de salud, ... *“Com més operatiu és treballar l’Escola de pares i no solament aspectes de salut, ja que és més operatiu treballar no solament des de l’aula amb el nen sinó també amb la família”* (MC).

3. RESUMEN.

En el capítulo sexto se analiza en primera instancia los datos de los cuestionarios, para pasar en segundo lugar al análisis de la información extraída de las entrevistas realizadas.

Con el objetivo de facilitar la comprensión de los resultados de nuestro trabajo y en función de las diferentes técnicas y estrategias que empleamos para el análisis de los datos vamos a seguir unos apartados derivados del estudio de los tres cuestionarios realizados a los principales agentes de la EpS en la Comunidad educativa: profesores, alumnos y padres.

En un principio mostramos los resultados, con la aplicación de estadísticos descriptivos como son las **frecuencias, los porcentajes, las medias y las desviaciones típicas** acompañándose de la prueba de decisión estadística Chi-Cuadrado de Pearson que nos afirmará si los grupos que comparamos presentan diferencias estadísticamente significativas.

Se trabaja con hipótesis estadísticas, con la hipótesis nula que se representa con el símbolo H_0 genéricamente puede expresarse diciendo que las diferencias son iguales a cero, es decir, que no hay diferencias entre los grupos que comparamos. Y la hipótesis alternativa cuyo símbolo es H_1 , que afirma que sí hay diferencias, es decir, que los grupos que comparamos presenta diferencias estadísticamente significativas.

En referencia a los resultados del **cuestionario a profesores** podemos comentar:

- De los 46 docentes de EP de los ciclos medio y superior 35 son mujeres y 11 hombres, siendo la edad predominante entre 41 y 50 años. El 69,6% no ocupa ningún cargo en el centro, su titulación en un 65,2% es la de maestro de Primaria y el 95,7% no dispone de licenciatura.
- El 93,5% de los docentes opinan que la Educación para la Salud es "*el proceso de formación y responsabilización del individuo para poder adquirir los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos*".
- El 100% de los docentes opinan que la máxima responsabilidad en esta materia es de los padres, seguida por el pediatra y el tutor de la escuela. El resto de la familia, abuelos, sociedad, ... tienen un papel secundario.
- La valoración de los profesores respecto a la Educación para la Salud que se proporciona a la escuela es de un 6,5% como muy buena, de un 52,2% como buena y de un 41,3% como regular.
- El 82,6% de los profesores consideran que es bastante importante integrar la Educación para la Salud en la dinámica de la escuela.
- Respecto a los recursos didácticos mejor valorados para potenciar la Educación para la Salud en la escuela los docentes están muy de acuerdo con un 63% en la utilización de los Programas de EpS realizados por el Dep. Educación a continuación con un 41,3% la utilización de Programas de EpS de la propia

escuela y con 34,8% le sigue los Programas de EpS realizados por el Ayuntamiento.

- El 74% de los profesores consideran poco importante incluir el tema de la sexualidad en el aula.
- El 65,2% de los docentes están bastante de acuerdo de que “a la etapa de E.P. hace falta priorizar la educación hacia la higiene corporal y bucal y el porcentaje aún es mayor 86,9% en cuanto la importancia que se da a la incorporación de la temática en el aula.
- Más del 50% de los docentes opinan que en la etapa de EP. todavía es temprano para hablar de prevención de drogodependencias (alcohol, tabaco) si comparamos con los resultados de los alumnos respecto a la temática en cuestión podemos objetar que hay un 7% de sujetos que no contestan a las pregunta si el alcohol y el tabaco son drogas.
- Sobre la utilización de los guantes para curar a los alumnos el 58,7% de los profesores no se pone guantes para curar al alumno por contra del 41,3% que si se los pone. Como vemos existe un porcentaje bastante elevado de docentes que no se pone los guantes implicando un gran riesgo de infecciones, contagios.
- Referente si los profesores han dejado de plantear algún tema por miedo a la reacción de los padres la respuesta ha sido que NO en un 93,5% ante el SI con un 6,5%.

Seguidamente describimos los resultados del **cuestionario de los alumnos**:

- De los 565 alumnos de ciclo medio y ciclo superior encuestados, 289 son niños y 276 son niñas.
- Respecto a los temas relacionados con la Educación para la Salud que tienen mejor asimilados los alumnos son: limpieza e higiene personal, y salud y medio. Los contenidos bastante asimilados son: seguridad y primeros cuidados, alimentación, actividad y descanso y salud mental. Mientras los temas menos asimilados son: las drogas, alcohol y tabaco, la prevención y control de enfermedades y la salud sexual.
- El 95% del alumnado de la muestra opina que necesita hacer patio en la escuela. Y que el 81,9% opina que se tiene que dormir como mínimo ocho horas.
- Los alumnos opinan que el alcohol con un 70,4% y el tabaco con un 80,5% son drogas, pudiendo observar la diferencia de valoración entre las dos sustancias.
- En cuanto a la negación “*no se puede hablar de sexo en la escuela*” el 58,8% de los alumnos opinan que sí se puede hablar mientras que el 41,2% responden que no se puede hablar implicando como vemos una disparidad de respuestas y un desconocimiento del tema. Este hecho se relaciona pues, si comparamos las respuestas de los profesores sobre la problemática en cuestión ya que como

hemos dicho anteriormente un 74% de los profesores consideran poco importante incluir el tema de la sexualidad en el aula.

- El 44,1% del alumnado prefiere comer pasta, otros alimentos escogidos por el alumno son el arroz con un 11,2%, la pizza con un 10,3% y la verdura con un 9%.
- El 46,7% de los discentes miran la tele entre dos y tres horas siendo los programas de televisión que más se miran de mayor a menor porcentaje: los dibujos animados con un 40,3% , les sigue las series con un 27,9%, después están los concursos con un 12,7%, a continuación se engloba “de todo un poco” con un 11,3%, les sigue las películas con un 4,8% , como penúltima opción están los informativos con un 2,3% y finalmente encontramos los programas deportivos con un 0,7.
- En cuanto aquello que compran los alumnos con 0.60 euros podemos decir (mayor a menor porcentaje) que son: golosinas (29,2%), bolsas de patatas (22,3%), nada (12,7%), material para la escuela (11,3%), pasteles (9%), bebida (6.7%) , regalo para él mismo y regalo para alguien.

A continuación describimos los resultados del **cuestionario a los padres**:

- De los 144 padres de EP de los ciclos medio y superior 119 son mujeres y 25 hombres.
- El 52,8% de los padres se posicionan en la concepción clásica de Educación para la Salud (aquella que describe la ausencia de enfermedad, que se dan normas y pautas –información- para que los niños adquieran conocimientos).
- Los padres opinan que los máximos responsables en EpS son ellos mismos, dando mayor responsabilidad a la madre que el padre, le sigue el maestro y el pediatra. Los servicios sociales y el Ayuntamiento tienen un valor menor.
- El 72,9% de los padres opinan que el tema de Educación para la Salud que más se debería trabajar en la escuela es el de drogas, alcohol y tabaco. Pero en cambio el 75,9% de los padres opinan que el tema de Educación para la Salud prioritario en la Etapa de Educación Primaria es el de limpieza e higiene personal.
- El 90,7% de los padres opinan que conversan con sus hijos sobre temas de Educación para la Salud siendo los aspectos o cuestiones que más les preocupan y que más se trabajan en casa (de mayor a menor porcentaje): la alimentación, la higiene, todos en general, las drogas, alcohol y tabaco, la salud mental, enfermedades, salud y medio y salud sexual.
- El 51,4% de los padres califican como importante y el 34% como muy importante la valoración entorno al papel de la escuela sobre la EpS . El porcentaje de los padres aumenta al 65,7% cuando comentan que sí les gustaría participar en la EpS escolar.

- El 91% de los padres afirman que sus hijos realizan actividades extraescolares.
- El 40,3% de los padres opinan que sus hijos miran la tele una hora siendo los programas de televisión que más se miran de mayor a menor porcentaje: los dibujos animados con un 62,5%, de todo un poco con un 14,6%, las series con un 7,6%, la películas con un 6,3% , los deportes con un 2,8% y los concursos con un 0,7%.

En cuanto al proceso de análisis de los datos de las entrevistas se ha realizado a partir de la interacción de los tres pasos siguientes: reducción de información (categorización y codificación), la exposición de los datos y la extracción de conclusiones.

En referencia a los resultados de las **entrevistas a directores** de centros de Educación Primaria podemos decir:

- Se han realizado once entrevistas, siete en centros de titularidad pública y cuatro en escuelas de titularidad concertada.
- Los directores dicen estar preocupados por la Educación para la Salud que se realiza en sus respectivos centros ya que es importante para la educación integral del alumno pero no la consideran prioritaria porque opinan que existen otros temas de más necesidad a tratar en el alumno como son: la agresividad, las normas, los hábitos, el respeto, es decir, la educación cívica.
- La documentación de la Educación para la Salud en los centros se encuentra ubicada mayoritariamente en el PCC y en el RRI, quedando superficialmente reflejado en el PEC por lo que los directores no consideran este tema como la filosofía del centro.
- Los responsables de organizar las revisiones y vacunaciones de los alumnos son el centro, el CAP y el Ayuntamiento.
- Sobre el material de Educación para la Salud utilizado por los centros de la muestra podemos decir que la mayoría de los centros de Reus siguen parcialmente el programa realizado por el Ayuntamiento (1990) mientras que los centros de Cambrils o resto de la comarca no siguen ningún programa pero sí realizan campañas de flúor, ... del Departament.

Seguidamente mostramos los resultados de las **entrevistas a coordinadores de CM-CS**:

- Se han realizado diez entrevistas, siete en centros públicos y tres en centros concertados.
- A los coordinadores les preocupa el tema de la EpS ya que influye en la formación y en el futuro de la persona.
- La mayoría de los coordinadores comentan que no tienen establecido cómo desarrollar la EpS en los centros y que la realización de esta temática es llevada

a cabo en el momento en que surge en alguna área o bien en momentos puntuales.

- Todos los coordinadores se preocupan por los hábitos de alimentación que ha de tener el alumno, comunicándolo a la familia y al propio alumno sobre: tipo de desayuno, indicaciones a la hora de realizar una fiesta de cumpleaños,
- La mayoría de los coordinadores opinan que es imprescindible indagar en el tema de EpS y que es factible llevarlo a la práctica dentro del Proyecto Curricular de Centro, que se realice una hora a la semana ya sea en un área o en la hora de tutoría que la metodología sea participativa y lúdica y que el material sea práctico, manipulable y lúdico.

A continuación describimos los resultados de **las entrevistas a la Inspección Educativa, a los Servicios Educativos: EAP y responsable del PESE.**

- Se han realizado cinco entrevistas, dos a inspectores de educación, dos a trabajadoras sociales que trabajan en el EAP y una a la responsable del Programa de Educación para la Salud en la escuela (PESE).
- Las trabajadoras sociales son las que personas que de una manera colateral intervienen en este ámbito y además han recibido asesoramiento en temas de EpS.
- En cuanto a la responsabilidad en materia de EpS tanto los Inspectores como las trabajadoras sociales comentan que este cargo es de la familia y sobre todo de los padres. Mientras que la responsable del PESE opina que todos tenemos que ser responsables en Educación para la Salud.
- Tanto las trabajadoras sociales como los inspectores nos comentan que existen pocas relaciones institucionales y/o personales con otros programas en materia de EpS en cambio la responsable del PESE opina que existen diferentes organismos que colaboran con la temática.
- Los cinco profesionales valoran positivamente la EpS que reciben y tienen los alumnos de la comarca del Baix Camp.
- Los entrevistados opinan que se pueden establecer unas mejoras de la EpS a partir de: la inclusión de la EpS dentro del currículum, la incorporación de un profesional sanitario en el EAP, una mayor implicación de la escuela y la creación de escuelas de padres.

Capítulo VII: CONCLUSIONES

Capítulo VII: CONCLUSIONES

Capítulo VIII: PROPUESTAS, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Capítulo VIII: PROPUESTAS, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Nos encontramos en una nueva situación legislativa en cuanto a la temática estudiada. Si con la LOGSE (1990) se crean los ejes transversales con la LOE (2006) parece ser que no se les da mucha consideración ya que en el desarrollo de ésta no sale explícito el tratamiento de los temas o ejes transversales.

Ya no se habla de la EpS como materia transversal, sino que se habla de educación en valores mediante una nueva materia, Educación para la Ciudadanía, realizándose en el tercer ciclo de Educación Primaria. De esta manera, desaparecen los contenidos transversales que se introducían en los decretos del currículum de educación infantil, primaria como son: la educación para el consumo, la educación para la igualdad, la educación ambiental, la educación para la paz y la Educación para la Salud.

La transversalidad como modo de abordaje de la EpS no se ha demostrado eficaz, debido a que deja a la buena voluntad del profesor su impartición, por otra parte cargado con dificultades de tiempo y sin formación ni básica ni permanente adecuadas en muchos casos. Además se trabaja, en la mayoría de casos, de manera puntual y fundamentalmente en las áreas de Ciencias de la Naturaleza y Educación Física.

Se puede decir que en la LOE hay transversalidad suficiente para quién la quiera ver y hacer, eso sí, de manera un tanto diluida e inconcreta. Por lo tanto, se tendrá que observar y analizar en el futuro la aplicación de la EpS en las escuelas.

Pensamos que debe ser la Administración Educativa pública, en nuestro caso, el **Departament d'Educació el responsable único de la EpS en la escuela** y que otras Instituciones como puede ser, la Sanitaria, Bienestar Social, colaborarán y apoyarán las iniciativas de Educación. Actualmente la actuación de la EpS es llevada a cabo por la colaboración de los dos Departamentos Educación y Sanidad implicando una serie de problemas de coordinación: solapamiento de competencias, la falta de tiempo, responsabilidades,...todo esto implica una dificultad más a una óptima aplicación de la EpS en nuestras escuelas. Como comenta García Viñets *“los conflictos de competencias entre Administraciones (Ayuntamientos y Generalitat), así como la falta de coordinación entre las diversas instituciones y servicios (Departament de Sanitat i Seguretat Social, Departament d'Educació, Ponencias de Educación de los Ayuntamientos), con diversos actores implicados en la salud escolar, Son factores que han contribuido notablemente ha disminuir la efectividad de las intervenciones en este ámbito”* (1999:257).

Se necesita la **figura de un coordinador de EpS en el Departament d'Educació** que tenga un equipo de profesionales en los diferentes Departamentos implicados en la EpS escolar cuya finalidad sea realizar un trabajo multidisciplinar y global siendo los responsables de canalizar a las escuelas el material didáctico, las campañas, es decir todo lo que concierne a la Educación a la Salud. No olvidemos las múltiples ventajas de tener una óptima coordinación en nuestro ámbito ya que: evita la dispersión de recursos, permite la integración y visión global de la actuación, suscribe la evaluación de resultados y necesidades, evita duplicidad y descoordinación en tareas y actuaciones. Si observamos el día a día de las escuelas vemos las avalanchas de campañas, folletos, informaciones de diferentes Ministerios, Departamentos, Ayuntamientos sobre diversos temas de Educación para la Salud llegando a menudo a colapsar al docente y a comentar

“mira y en esto se gastan el dinero si aún tenemos del año pasado” o “mira el papel que utilizan estos folletos y nosotros a trabajar con papel reciclado”...

También necesitamos la figura de **un responsable de la EpS en cada Delegación del Departament d’Educació que trabaje conjuntamente con un grupo de maestros especialistas en EpS**, los posibles coordinadores de Educación para la Salud de los centros de Primaria y presuntos formadores en la materia en cuestión. Este responsable también sería el encargado de coordinar, asesorar a los centros de la determinada Delegación territorial.

Es imprescindible **una mejora del Servicio Educativo: Programa de Educación para la Salud en la Escuela (PESE)**. Creemos que necesita una innovación tanto a nivel organizativo como didáctico pero es difícil de asumir ya que como comenta Juvinyà *“la ubicación física de los técnicos del programa han ido cambiando durante estos años, además de otros cambios con relación a los profesionales que trabajaban como técnicos en el programa, ... no hay en las delegaciones territoriales responsables del Programa, que se coordinen las actividades en las escuelas de su demarcación”* (1999:91).

En cuanto a la **formación del docente en EpS** podemos comentar que observando los planes de estudio de las Universidades Catalanas nos percatamos que muy pocas Facultades de Magisterio tienen como asignatura obligatoria la EpS, son más aquellas que la ofrecen como asignatura optativa y no en todas las especialidades. En la Universidad de Barcelona, según Fortuny y Molina (1998) la EpS es una asignatura integrada en tres planes de estudio: maestro (dentro del Prácticum), pedagogía (materia optativa dentro de primero o segundo de carrera) y educación social (asignatura obligatoria). Centrándonos en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, Universidad de donde proceden la mayoría de nuestros docentes estudiados podemos decir que ésta no ofrece la EpS como asignatura optativa en las especialidades de maestro ni en la licenciatura de pedagogía.

Es necesaria una formación inicial del profesorado en EpS, por lo que creemos fundamental que en los nuevos planes de estudio de grado tanto en la especialidad de Educación Infantil como en Educación Primaria se implante una asignatura relacionada con la EpS.

Es imprescindible la óptima formación permanente en EpS ya que ha de haber una innovación e implantación de nuevos cursos de formación permanente para el profesorado del tema en cuestión. Sería recomendable que también estuvieran abiertos a otros profesionales como pueden ser: enfermeros, médicos, pedagogos, psicólogos, trabajadores sociales, inspectores, e incluso a padres.

Se debería crear la figura de **Coordinador de Educación para la Salud en las Facultades de Ciencias de la Educación** cuya finalidad sería, siempre partiendo de la obligatoriedad de la asignatura, una mejor optimización del currículum formativo del docente de las distintas especialidades, para que con los mismos contenidos y horas lectivas se le pudiera dar coherencia y cierta orientación hacia la EpS.

También sería prioritario establecer **redes en Educación para la Salud dentro de la misma universidad** ya que son distintos los profesionales que se pueden ver implicados

en este campo: medicina, enfermería, magisterio, pedagogía, psicología, sociología, educación social, ... llegándose a crear un **grupo de investigación**. Y por supuesto, también realizar una creación de **redes entre Universidades catalanas y de otras comunidades autónómicas** formando un **grupo interuniversitario de EpS**.

Estaríamos de acuerdo con Bolívar en que *“la colaboración entre el profesorado no debe limitarse al interior de un centro, se induce a establecer redes, ligas y acuerdos de cooperación entre centros y comunidades profesionales, cuyo intercambio de conocimientos y experiencias entre varios centros escolares y otras instituciones (Universidad, empresas) pudiera incrementar tanto el conocimiento como el apoyo mutuo. Se trata de crear nuevas fórmulas de aprendizaje continuo-mediante estructuras orgánicas-dentro de las comunidades profesionales de trabajo (Hargreaves y Fullan, 1998)”* (2000:29).

Es de suma importancia la formación de un **entorno virtual sobre la EpS**, donde se pueda incluir las Universidades, las escuelas (profesores, alumnos, inspección, servicios educativos), los padres en particular y las Asociaciones de padres, los Equipos de Atención Primaria, los Servicios Sociales, los Ayuntamientos, las Asociaciones de vecinos, los esplanis,

Y para concluir nos gustaría realizar una pregunta ¿Qué debemos hacer para realizar en nuestras escuelas una excelente EpS?

Somos conscientes que la EpS que se ejecute en la escuela depende de la idiosincrasia de ésta, de su implicación con la temática, si tiene Proyecto de EpS si realiza algún Programa de EpS. Pero es imprescindible que desde la Administración venga pautado, no se trata de dar más trabajo al docente, sino ayudarlo, de lo contrario llegamos a abrumarlo.

Es necesaria la mejora de la EpS en nuestras escuelas por lo que **proponemos las BASES para un PROYECTO en EPS** para nuestros centros educativos a partir de las siguientes **actuaciones**:

1. La implicación del Equipo Directivo.

Responsable de impulsar y dinamizar el proyecto, informando adecuadamente sobre las actuaciones a realizar e implicando a toda la comunidad educativa. Encargado de gestionar y organizar todas las actuaciones ya sean derivadas de la puesta en marcha del Plan como de la persona que coordina la EpS de la escuela.

2. El nombramiento del Coordinador de EpS.

Será designado por el director del centro entre el profesorado interesado y preferentemente que tenga la plaza definitiva en la escuela, que tenga disponibilidad de horario, experiencia y formación específica.

3. La creación de un Equipo de Coordinación.

Es imprescindible la implicación del claustro de profesores y su participación. Se necesita como mínimo la participación del 50% del claustro.

Para ello es preciso que los docentes que quieran participar puedan optar a una formación específica sobre el Plan de EpS en las escuelas, formación en habilidades socioemocionales, en metodología de trabajo en equipo, en estrategias,

El equipo realizará reuniones periódicas a poder ser quincenales, siempre dependiendo de las prioridades.

Las actuaciones consistirán en:

- Efectuar un análisis de la situación del centro escolar que consistiría en realizar una evaluación inicial sobre la EpS del centro.
- Especificar los objetivos afines con la EpS que se quieren alcanzar. Tiendo en cuenta que ha de suscitar en el alumno el desarrollo de actitudes (tendencias para proceder ante una escenario concreto) y valores que les asientan tomar decisiones saludables.
- Incluir o requerir la inclusión de los objetivos concertados en los documentos institucionales de las escuelas: Programación General Anual, Proyecto Educativo de Centro, Programaciones Didácticas, y todo proyecto que se realice en el centro educativo.
- Pensar las actividades de EpS que se tienen que desarrollar en la escuela.
- Evaluar el desarrollo del Plan de EpS en el centro.

4. La metodología a aplicar:

Se necesita una pedagogía activa que tenga como finalidad que el alumnado se apropie de una serie de actitudes y hábitos saludables perennes implicando una sucesión de estilos educativos que son pieza esencial para la consecución de los objetivos.

Es imprescindible el aprendizaje activo del alumno, éste ha de ser el protagonista de su aprendizaje, participando de las conferencias, charlas, videos, ... que se realicen.

Es de suma importancia mantener conductas coherentes con los mensajes, ya que el valor del ejemplo y el comportamiento es fundamental en la creación y consolidación de hábitos saludables.

Pautas que debe seguir el centro escolar y en la que es necesario la colaboración de la comunidad educativa: alumnado, profesorado y familias:

- a. Descripción de comportamientos saludables en la escuela realizado ya sea por el Claustro o por el equipo de coordinación. Este documento sería entregado a las familias y alumnado. Sería interesante que reflejase el conocimiento y la aceptación entre otras condiciones de:
 - Necesidad de la higiene personal diaria.

- Necesidad de aseo y cambio de ropa después de hacer Educación Física.
 - Compromiso con la limpieza del entorno más inmediato: mesa, silla, clase, pasillos, lavabos,
 - Importancia del desayuno en casa y en el patio.
- b. La realización, por parte de la comunidad educativa, de la agenda escolar.

Esta agenda es una herramienta de comunicación rápida, fluida y efectiva entre el profesorado y las familias. Además tiene el objetivo de ayudar al alumnado a adquirir el hábito de organizar y estructurar su jornada y tiempo.

- c. Establecimiento de conductas en el centro que favorezcan el desarrollo de la EpS a la vez que contribuyen a los procesos de enseñanza:
- Consideración por toda la comunidad educativa de la importancia que conlleva el bienestar en el aula siguiendo todas unas sencillas pautas de conductas: evitar ruidos, pedir disculpas, no correr ni chillar por los pasillos, no rayar el mobiliario.
 - Importancia de las habilidades de comunicación como por ejemplo intentar ser objetivo en las relaciones personales y valorar que otros piensen de forma distinta, considerando importantes las opiniones de los demás,
- d. Constituir mecanismos de comunicación con los centros de referencia (entre Educación Infantil, Primaria y Secundaria), con el Ayuntamiento para propiciar la continuidad de las actividades y de las líneas de trabajo en EpS que se realicen en la zona, intentando llevar un proyecto común.

Crear una unidad de análisis a la que se le podía denominar “**zona de salud**” al ser el marco geográfico mínimo donde interactúan todos los protagonistas de la Educación para la Salud escolar.

Estamos de acuerdo con Barceló y otros (1992) y Lozano (2000) en la creación del **Consejo de Salud** de zona ligado a las Instituciones adecuadas. Pensamos que es el marco óptimo para adquirir una visión global de los procesos de salud, un órgano comunitario donde tenga cabida todas las comunidades intervinientes en la EpS, es decir, profesores, alumnos, padres, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, monitores de esplai,

En las escuelas los padres, profesores y los alumnos, trabajando en colaboración con las comunidades locales y apoyadas por sus asesores sanitarios, han de analizar de forma conjunta las oportunidades en materia de salud, diseñar su programa de intervención y evaluar los resultados.

“Todos los niños deben tener derecho a ser formados en una escuela promotora de salud que integre las cuestiones referidas a las salud en una

perspectiva global, permitiendo de este modo que los centros educativos fomenten la salud emocional, social y física de los estudiantes, del personal, de las familias y de las comunidades” (Vega 2006:18).

Se pueden promover **Comunidades de aprendizajes** definidas como un grupo de personas que aprende en común, utilizando herramientas comunes en un mismo entorno. Es un Proyecto caracterizado y basado en las mejores prácticas educativas que están dando respuesta a las necesidades de la sociedad del conocimiento. Entre sus características, resalta el aprendizaje dialogante, la comunicación igualitaria entre toda la comunidad (profesorado, alumnado, familiares, entidades, profesionales de ámbitos educativos y sociales, voluntariado).

Se podría establecer comunidades de aprendizaje en los diferentes centros educativos de la comarca del Baix Camp a partir de la realización de Proyectos con ayuda de la Universidad y del Departament d’Educació.

- e. Formación de grupos multiprofesionales que coordinen y dinamicen las intervenciones de EpS que se realicen en la escuela, en colaboración con el equipo de Atención Primaria y Ayuntamiento, velando por mantener una postura coherente tanto con el compromiso de salud del centro como con el entorno.

Los enfoques participativos en EpS en la escuela en la práctica, suponen el planteamiento del problema a todos los protagonistas, convocando a todos los participantes (centro de salud, profesores de uno o varios centros escolares, padres, etc), llegando a conclusiones a través del diálogo, estableciendo un plan para su resolución y evaluando la actividad.

- f. Las familias han de comprometerse, en la medida de sus posibilidades, a apoyar las actividades de EpS que se realicen en el centro, de forma que no se pierda la coherencia entre los mensajes.

La implicación de la familia en la escuela es primordial pues como comenta Flaquer: la familia y la escuela son dos instituciones con destinos comunes ya que son las principales agencias de socialización de los niños en las sociedades modernas implicando una responsabilidad conjunta en el espacio social (2002).

Es importante conocer qué piensan los padres sobre su responsabilidad educativa y de formación en hábitos de salud, qué papel se asignan y cuáles son los conocimientos, actitudes y conductas que orientan su vida familiar ya que la forma que tiene la familia de educar es a través de las vivencias y experiencias que son propias y singulares en cada familia. Efectivamente no son los discursos lo que socializa a los niños y niñas sino el estilo de vida de la familia y las relaciones que se dé en ella, y el cómo se dirige y atiende a los hijos e hijas.

En la relación familia-escuela, una EpS enfocada bajo los mismos criterios, donde colaboren padres en el marco de la familia y profesores en el marco de

la escuela, es el mejor modo de unir esfuerzos y que éstos tengan efectividad.

En cuanto a la **colaboración de los padres y las madres en la escuela** referente a nuestra temática de estudio, la EpS, puede ser:

- Entrenar equipos de deporte.
- Cuidar y supervisar actividades extraescolares.
- Ayudar en el comedor escolar, preparar almuerzos saludables.
- Colaborar en el desarrollo curricular como puede ser la implicación de padres o madres especialistas en algún tema específico. Tomemos como ejemplo si se trata el tema de la alimentación hacer venir a una madre o padre que sea enfermera/o que hable sobre la temática estudiada: hábitos, dieta sana y equilibrada,
- Implicarse en actos culturales y sociales: semanas culturales, campañas, ...
- Organizar mesas redondas de profesionales.

Presentamos algunas **estrategias que podrían favorecer el que las familias se implicaran en actividades de EpS en los centros educativos:**

- Talleres curriculares:

Son experiencias prácticas que dan la oportunidad a padres y madres de conocer las nuevas iniciativas curriculares. Muchos de los temas de Educación para la Salud, como la educación sexual, tienen un considerable interés en las familias y si la comunicación es clara, y la propuesta tiene un estilo participativo y no amenazante, será normal que los padres y madres respondan positivamente.

- Colaboración en actividades curriculares:

Solamente se podrá realizar esta colaboración si la escuela ha fomentado una buena comunicación con las familias y éstas están bien predisuestas. Este tipo de implicación requiere confianza mutua entre el profesorado y las familias, necesitando una planificación cuidadosa por parte del centro educativo, así como una comprensión, por parte de las familias, de la importancia de su apoyo. Ejemplos de nuestra temática sería si se trata el tema de la alimentación en clase los profesores pueden comentarlo a las familias a partir de la agenda, acordando cómo pueden ser los desayunos en la escuela, o cómo se celebra los cumpleaños,

- Utilización del video:

Todas las escuelas ya cuentan con cámara de vídeo, en ella se pueden grabar acontecimientos escolares, o programas realizados por el mismo alumnado. Estas grabaciones pueden estar al servicio de las familias en forma de préstamo.

En la grabación los alumnos serían los protagonistas del seguimiento del Programa de EpS escolar. Un ejemplo sería realizar un vídeo en cómo se prepara el desayuno en la escuela y se podría realizar en la Etapa de Educación Infantil. En esta película los alumnos serían los actores de las diferentes acciones a la hora de preparar el desayuno: lavarse las manos, poner la servilleta en la mesa, preparar el vaso y el bocadillo, desayunar, quitar los utensilios utilizados y volverse a limpiar manos y cara.

- Revista de EpS:

Otra posibilidad es la publicación de una revista para las familias sobre la EpS o incluir un apartado de EpS en la revista que ya se haga. En ella se pueden explicar temas de educación y desarrollo de los niños y niñas, incluyendo asuntos relacionados con la EpS, cómo se lleva a cabo en la escuela, implicación del AMPA, entrevistas a padres, ...

- Creación de un Campus Virtual donde participasen todas las comunidades implicadas en la EpS escolar: escolar, familiar, sanitaria y social.

También se impulsará la creación y desarrollo de la **Escuela de Padres** ya que puede ser el instrumento más preciso para conseguir un lugar de encuentro y reflexión en el que se trabajen temas de EpS, y en la cual participen libremente padres, madres profesionales de diversos ámbitos como pueden ser: psicólogos, maestros, educadores sociales, asistentes sociales, logopedas, pedagogos, médicos, enfermeras,... en base de la demanda específica de formación y conocimientos de los padres.

En éstas se pueden incluir temas relacionados con la educación infantil: hábitos, higiene, descanso, ..., o con la educación primaria conceptos de: amistad, convivencia, saber estar, relaciones padres e hijos, Se pueden utilizar diferentes recursos como pueden ser: material audiovisual, grabaciones realizadas en el centro educativo,

Las escuelas de Padres son impulsadas y organizadas desde las AMPAS y se definen como instituciones destinadas a la formación de las familias con miras a una más completa y mejor preparación para que puedan realizar satisfactoriamente sus funciones educativas.

Las escuelas de padres, sobre todo aquellas que tiene una dinámica participativa, constituyen el instrumento más eficaz que hoy se tiene para que los padres estén informados sobre la realidad que viven los hijos y el lugar idóneo donde los padres comparten experiencias, se aprende de las

actuaciones de otros padres, unifican criterios y van adquiriendo confianza y seguridad sobre cómo actuar y educar a los hijos.

5. Propuestas de actividades para Educación Primaria:

Realizaremos dos propuestas relacionadas con la alimentación ya que pensamos que en la Etapa de Educación Primaria es un tema básico en la Educación para la Salud de los alumnos.

La primera elección será la realización, después de haber trabajado el tema, de realizar unas **Jornadas temáticas** dónde se hable del: desayuno, la fruta, la patrulla ecológica, taller de cocina, de elaboración y degustación de dulces tradicionales navideños, recetario popular (dulces navideños) y literatura popular de la salud.

La elección de estos temas de Salud responde a la inquietud del profesorado y de las familias ante la importancia de seguir una dieta saludable y equilibrada como base de un crecimiento sano del alumnado.

El aumento de la comida rápida en nuestra sociedad hace perder los hábitos alimenticios propios que se tenían hace algún tiempo. La llamada “comida de cuchara” pierde terreno ante los menús de fritos, hamburguesas, salsas, productos de bollería y alimentación industriales.

Otra circunstancia, ya comentada en anteriores ocasiones, es el aumento de la bollería industrial e incluso de las golosinas como sustitución del desayuno en el alumno.

Además se han de tener presentes los problemas de obesidad que comienzan a aparecer en algunos niños, lo que provoca dificultades en la realización de las actividades físicas e incluso problemas de aceptación del aspecto físico al llegar a ciertas edades.

La segunda elección será cómo realizar **las fiestas de cumpleaños** en las escuelas ya que hemos observado a partir de la investigación que depende de la disponibilidad del docente para llevar a cabo la celebración de la fiesta de aniversario del alumno.

Los cumpleaños son fiestas que en cualquier centro se celebran con actividades diversas como reparto de golosinas, tartas gigantes con fotos, Al realizar en las aulas este tipo de actividades se observan algunos aspectos que son susceptibles de mejora: excesivo consumo de golosinas, desigualdades a la hora de celebrar los cumpleaños respeto del grado de implicación de las familias, etc.

Actividades que se pueden realizar en la primera propuesta:

- **El día de la fruta y del bocadillo.**

Las finalidades de estas actividades son reflexionar sobre la importancia de la alimentación para una vida saludable, mejorar los hábitos alimenticios del alumnado, promover la alimentación basada en la dieta mediterránea,

concebir actitudes críticas ante los modelos alimenticios que brindan la publicidad y las series televisivas y ayudar a las familias en su propia formación.

Es imprescindible para garantizar el éxito de estos “días” la implicación del profesorado en su elaboración, asumiendo las tareas que se deban realizar y de los participantes.

a. ¡A todos nos gusta la fruta!

Se inicia la actividad con la realización de una encuesta a las familias para conocer los hábitos alimenticios del alumnado. Los resultados de esa encuesta son comentados y analizados en la hora de tutoría, enfatizando los aspectos más reveladores y aprovechando para comentar los hábitos alimenticios que deben mejorar para conseguir una dieta sana y equilibrada.

También se pueden desarrollar talleres de alimentación como pueden ser: el taller de la Macedonia (consistente en preparar un postre muy saludable como es una macedonia para toda la clase), el taller de la fabricación de pan (que finaliza con un desayuno saludable), el taller de dulces navideños, el taller de disfraces referidos a la alimentación.

Se puede realizar una Semana cultural cuya temática sea la alimentación y que un día se centre en el “Día de la fruta”.

La implicación de las familias es necesaria para conseguir el éxito en todas las actividades y por lo tanto es imprescindible la participación en éstas.

b. ¿Y para desayunar y merendar? ¡Bocadillos nada más!

Las actividades previas se inician con la información a las familias de los motivos y la demanda de la colaboración necesaria por su parte para certificar el éxito. En todo momento es preciso dejar claro que no se pretende inmiscuirse en lo que deben poner o no a sus hijos en el desayuno, sino que la finalidad es una mayor información sobre el tema que ayude a valorar las consecuencias para nuestro organismo.

En las clases se realizan actividades de acuerdo a la edad del alumno sobre: la rueda de los alimentos, la repercusión de la alimentación en nuestro cuerpo, la higiene personal antes y después de la manipulación de alimentos, etc.

En la reunión de coordinación de estas actividades se prepara la información a pasar a todo el profesorado para recordar las finalidades de la actividad y preparar los siguientes aspectos concretos: la elección del relleno de los bocadillos para su grupo, la preparación de la presentación, la presencia de las familias para elaborar los bocadillos en el caso de los grupos de menor edad, el

horario para realizar la actividad y el profesorado presente en cada aula.

- **La patrulla ecológica.**

La patrulla tiene encomendada las funciones de:

1. Controlar acciones antiecológicas que atentan contra la conservación del Medio Ambiente, contra el mantenimiento de las instalaciones y contra las buenas relaciones interpersonales.
2. Dar a conocer las razones que deben motivar para corregir determinadas actitudes.
3. Recoger los residuos encontrados, depositarlos en el contenedor selectivo correspondiente y registrar datos de cantidad y tipo predominante.

Pueden participar los alumnos de Educación Primaria del centro, rotando semanalmente en grupos de seis alumnos (uno por cada nivel).

Para poder favorecer la reflexión personal y colectiva en torno a las actividades de respeto hacia el medio ambiente y sus semejantes se realizarán entre otras actuaciones como pueden ser: el registro de incidencias, las “tarjetas” para la reflexión y el tratamiento en el ámbito de la tutoría.

- **Taller de cocina: ¡con las manos en la masa!**

Se puede realizar un taller de cocina, en colaboración con las familias para los cursos inferiores, con la finalidad de implicar a los alumnos en el conocimiento y elaboración de recetas saludables y sencillas de hacer, de forma que éstos puedan elaborarlas en casa, valorando el esfuerzo y trabajo que implica la elaboración de las comidas y degustándolas posteriormente.

Ejemplos de alimentos preparados: zumos, macedonias, mermeladas, membrillo, bizcochos, magdalenas, helados naturales, sorbetes de frutas y yogures, etc.

- **Jornadas de elaboración, exposición y degustación de dulces tradicionales navideños: ¡Qué buenos están nuestros pasteles!**

Durante la última semana del primer trimestre en la escuela, coincidiendo con las cercanas fechas navideñas las aulas se convierten en improvisadas cocinas donde se mezclan las recetas más variadas, no sólo de esta comunidad sino de otras comunidades españolas e incluso de otros países de los que puede ser originario el alumno.

Contamos con la participación de las familias para realizar esta actividad. Es imprescindible la integración de los padres en las escuelas, la cohesión entre ambas comunidades, la familiar y la escolar.

Con una muestra de cada uno de los dulces elaborados se realiza una exposición y, finalmente, el último día de clase del primer trimestre se degustan todos los dulces en una actividad de convivencia con el resto de la Comunidad Escolar.

- **Recetario popular: dulces navideños.**

Elaboración de un recetario que recoge una selección de recetas (fáciles de realizar y poco costosas), de las que se vayan realizando en el centro.

Este recetario se publicará, en su caso, para que pueda ser adquirido por toda la comunidad educativa.

- **Literatura popular de la salud.**

Se elaboran trabajos que se relacionen con la alimentación sana y la recopilación de aspectos de la literatura popular en torno a la salud considerada de forma integral y que tiene su culminación con una gran exposición en la Semana de libro, aproximadamente en la semana de Sant Jordi.

Actividades que se pueden elaborar en la segunda propuesta:

- **Los cumpleaños saludables: ¡Hoy es nuestro cumple!**

La finalidad de la actividad es celebrar “cumpleaños saludables, divertidos y a la vez solidarios”, procurando contribuir a la salud algo tan significativo y divertido como es su cumpleaños.

Considerando que éste es un día para sentirse protagonista y mejorar la autoestima se decide celebrar entre todos, implicando a las familias en la elaboración de bocadillos y zumos para invitar a los demás.

La actividad consiste en celebrar los cumpleaños del alumnado de todo un mes, el último viernes del mismo, organizando un desayuno saludable preparado entre las familias y maestros. Se intenta con esto que las propuestas sean variadas y divertidas a la par que nutritivas, desde bocadillos pequeños, galletas, chocolates, zumos y lácteos entre otros productos.

El desarrollo de la actividad en Educación Infantil y primer ciclo de Educación Primaria implica a los niños que cumplen años durante ese mes entre todos los niños de nivel, (e incluso del ciclo en meses en los que hay pocos cumpleaños que celebrar), para evitar que la organización de la fiesta se encarezca demasiado y resulte costosa para alguna familia. En cursos superiores la celebración se realizará con su clase.

Los niños que cumplen años, el día que realmente nacieron reciben de sus compañeros de clase, un libro de dibujos y frases, y el día de celebración común se les elabora una corona y se les canta una canción para felicitarlos recibiendo un gran aplauso y los anfitriones invitan al desayuno.

6. Criterios para la elaboración y valoración de los materiales didácticos empleados en Educación para la Salud.

Es imprescindible tener unos recursos óptimos para realizar una EpS inmejorable pero la realidad es otra bien distinta ya que como comenta Gavidia *“los actuales manuales escolares no constituyen un referente suficiente ni un recurso adecuado para que el profesorado desarrolle la Educación para la Salud en el aula, ya que no le prestan atención suficiente, a pesar de ser considerada materia transversal y, cuando lo hacen, sus orientaciones no movilizan actitudes y conductas”* (2003:275).

Los materiales didácticos y otros recursos empleados en EpS son elementos auxiliares para utilizar en un determinado momento del desarrollo del programa que se esté realizando, pero nunca puede ser sucedáneo de una actividad.

En cuanto a los **requisitos** de los **materiales educativos** podemos comentar que:

- Han de formar parte de un programa educativo.
- Se han de adaptar en su redacción a las características de los destinatarios: lenguaje, comprensión, aceptación, etc.
- Han de responder a unos objetivos concretos en un contexto determinado.
- Han de aportar una respuesta o solucionar una demanda, ya que no se deben crear unas expectativas con los mismos que no se puedan satisfacer.
- Han de referirse a situaciones cotidianas y estar relacionados con objetos, situaciones, necesidades y problemas de la comunidad escolar.
- Han de ser complementarios, se han de emplear diversos materiales o técnicas a la vez de forma que todos ellos refuercen y complementen su intención mutuamente para que su impacto sea mayor.
- Ha de haber la participación de la comunidad educativa, si se involucra en actividades de salud, gana experiencia en participación y se abre camino a otras formas de compromiso con su desarrollo. Se puede participar en la selección del mensaje, la elaboración del material,... La colaboración favorece que el contenido sea más adecuado a la población a quién se dirige (valores culturales, tradiciones, etc).
- Se han de renovar periódicamente, porque una vez logrados los objetivos, el material se ha de reemplazar por otro que refuerce o amplíe

el tema, para mantener el interés e incrementar paulatinamente los contenidos.

Los **tipos de materiales** pueden ser:

1. De información y sensibilización: folletos, carteles, tarjetas, adhesivos, juegos, etc.
2. De investigación: encuestas y guías de entrevistas.
3. De análisis: unidades didácticas y audiovisuales.

Respecto a las **etapas para la elaboración de materiales**:

1. Planificación:
 - Estudio de conocimientos, creencias, ..., en relación con el tema.
 - Objetivos informativos que podría alcanzar el material.
 - Población destinataria.
 - Tipo de material más idóneo.
 - Revisión bibliográfico y de otros materiales que se puedan utilizar.
 - Selección de los técnicos adecuados y posibles participantes entre los destinatarios.
2. Redacción: borrador.
3. Diseño.
4. Evaluación: pre-test.

Antes de la elaboración definitiva y del gasto de esfuerzos y recursos en su producción, ha de probarse su efectividad en circunstancias idénticas a las de su uso real. Por lo tanto debe evaluarse la atracción, comprensión, aceptación, identificación y persuasión.

Una vez realizada la evaluación de todo ello, se realizan las correcciones parciales o totales y se planteará la necesidad o no de realizar otro nuevo test.

5. Redacción definitiva.
6. Impresión.
7. Distribución.

8. Preparación de los agentes (profesorado) que los van a utilizar.
9. Evaluación del material, que estará incluida en el desarrollo del programa que se esté llevando a cabo.

En referencia a los **criterios técnicos** que han de cumplir los materiales educativos:

1. El material ha de indicar de forma explícita la población a la que se dirige.
2. La información ha de ser: clara tanto en el texto, en el diseño como en el contenido; relevante, es decir, que sea accesible y adecuada para sus destinatarios; y precisa, consistente, fiable, actualizada y con continuidad con lo que se está expresando en las actividades de la escuela.
3. Los contenidos tienen que: estar contrastados científicamente y actualizados; ser comprensibles para el alumnado y tener en cuenta su nivel de desarrollo cognitivo; favorecer la reflexión y la crítica, incluir preguntas y formular hipótesis; contener todas las especificaciones necesarias para la comprensión de los distintos conceptos, fenómenos, hechos y realidades; estar libres de estereotipos/tópicos; no ser discriminatorios (sexo, etnia, status socioeconómico, cultura, religión; y considerar contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales.
4. Las actividades han de: ser diversas y promover el debate, la reflexión, el análisis y la crítica; estar explicitadas y no sólo enunciadas; estar asignada a cada actividad un tiempo; incluir actividades dirigidas a conocer las ideas y conocimientos previos que tiene el alumnado; tener toda propuesta audiovisual una guía y/o secuencia para su utilización, tanto las diapositivas como los vídeos, CDs, DVDs, ... y llevar una ficha técnica que incluya. Población a la que se dirige, descripción mínima de los contenidos, año, etc.
5. La estructura sintáctica ha de ser correcta, así como la puntuación y acentuación. Adecuación, también a la edad/nivel de desarrollo cognitivo.
6. El vocabulario utilizado estará de acuerdo al nivel de desarrollo cognitivo del alumnado.
7. El material para el alumnado irá acompañado de una guía/unidad/documento de apoyo al profesor y a la familia con orientaciones indicaciones, informaciones científicas, etc.

En cuanto a las limitaciones podemos comentar que **toda investigación tiene que asumir una serie de limitaciones**, en nuestro caso asumimos las siguientes:

- a) Solamente hemos pasado los cuestionarios a los alumnos de CM y CS dejando a un lado a los alumnos del Ciclo Inicial ya que los niños de edades comprendidas

entre 8 y 12 años son más conscientes de los temas de EpS y ya podemos observar las influencias de su entorno. Por lo tanto es más factible averiguar los conocimientos que tienen éstos sobre la EpS, analizar los hábitos que pueden influir en la EpS del alumno.

- b) Ha habido dificultades de comprensión en algunas preguntas en el cuestionario del alumno.
- c) Se ha pasado un cuestionario a los padres con preguntas abiertas. En un principio se pensó realizar entrevistas pero la falta de tiempo tanto por parte de los progenitores como por parte de la investigadora provocó que cambiáramos de instrumento. Hemos utilizado un cuestionario con preguntas abiertas que los padres se han podido llevar a casa y rellenarlo tranquilamente, eso sí dando un cierto tiempo para devolverlo a la escuela.
- d) Si en un principio se pretendía estudiar las diferentes comunidades que intervienen en la EpS de los centros educativos: escolar, familiar, social y sanitaria nos hemos visto obligados a centrarnos solamente en la comunidad educativa (escolar y familiar) debido a las dimensiones de la investigación.

A partir de este trabajo se abren **líneas que pueden constituir ejes para futuros estudios**:

1. La continuidad de la investigación, analizar la situación de EpS de la comarca del Baix Camp en los alumnos de 12-16 años, es decir, aquellos que realizan la Educación Secundaria.
2. La continuidad de la investigación, complemento a nuestro estudio, realizando un análisis de la EpS en las comunidades sanitaria y social de la comarca del Baix Camp.
3. La comparación de resultados de las dos investigaciones que analizan la EpS en la escuela de la zona del Baix Camp realizadas en un mismo periodo de tiempo pero en diferentes niveles de Educación, una en Educación Infantil y la nuestra en Educación Primaria.

Y para finalizar nos gustaría comentar que tanto desde la Administración educativa estatal como autonómica se deberían pronunciar sobre qué piensan hacer con los ejes transversales y cómo se desarrollará la Educación para la Salud.

Observando los contenidos de la asignatura de Educación para la Ciudadanía se muestran temáticas de: educación moral y cívica, educación ambiental, educación del consumidor y educación para la paz (antiguos ejes transversales). La EpS, en cambio, se encuentra localizada en las materias de Conocimiento de medio natural, social y cultural y la Educación Física.

Con esta nueva ubicación de las temáticas en áreas “en teoría llamadas ejes transversales” son muchas las dudas que tenemos acerca de cómo se aplicará la EpS en los centros educativos, y nos hace reflexionar sobre **¿Cuánto tiempo le queda a nuestro eje transversal en la Escuela?**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIBLIOGRAFÍA.

AAVV (1991). Educación para la Salud en enseñanza secundaria: SIDA. Murcia: Dirección General de Salud, (C. Sanitaria).

ACASO, M. Y NUERE S. (2005). "El currículum oculto visual: aprender a obedecer a través de la imagen". *Arte, Individuo y Sociedad*, vol.17, 205-218.

ALFONSO ROCA, M.T. Y ÁLVAREZ-DARDET, C. (1992). *Manual de Enfermería Comunitaria*. Barcelona: I. E. Científicas y Técnicas.

ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ, C. Y COLOMER REVUELTA, C. (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Ed. Masson S.A.

ÁLVAREZ DE URÍA ET ALT. (1995). *Desigualdad y pobreza hoy*. Madrid: Talasa.

ANTÚNEZ, S. (1987). *El projecte educatiu de centre*. Barcelona: Editorial Graó.

ARÀNEGA S. Y DOMÈNECH J. (2001). *La educación primaria retos, dilemas y propuestas*. Barcelona: Graó.

ARMENGOL, R., MANZANERA, R., NAVARRO, A Y VILLALBÍ, J.R.. (1996). *Salut pública: reptes per al segle XXI*. Barcelona: Ed. Ajuntament de Barcelona.

ARNAL, J.; DEL RINCON, D. Y LATORRE, A. (1992). *Investigación educativa: fundamentos y metodologías*. Barcelona: Ediciones Labor, S.A.

BARCELÓ, M.L., MARTÍNEZ, E. SÁNCHEZ MORENO, A., SÁNCHEZ ESTÉVEZ, C. CANOVAS, J.J. MARSET, P. (1992). "Los Consejos de Salud: Balance de un año de funcionamiento". *Atención Primaria*, 9, 73-78.

BARDIN, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.

BARBAGELATA, N. (1995). "Estructura familiar e identidad". *Documentación Social*, 98, 33-41.

BARRIGA JIMÉNEZ, S. (1988). *Salud y comunidad*. Diputación de Sevilla

BAUMRIND, D. (1971). "Current patterns of parental authority" *Developmental psychology monographs*, 4 (1), 1-102.

BERGH, B.L. (1989). *Qualitative research methods for the Social Sciences*. Massachusetts: Allyn & Bacon.

BERTHET, E. (1983). *Information et éducation sanitaires*. Paris: Presses Universitaires de France.

BISQUERRA, R. (1989). Métodos de investigación educativa guía práctica. Barcelona: CEAC.

BISQUERRA, R. (2004). Metodología de la investigación educativa. Madrid: Editorial La Muralla, S.A.

BOLÍVAR, A. (2000). Construyendo el cambio: perspectivas y propuestas de innovación educativa. Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

BOLÍVAR, A. (2008). “La educación para la ciudadanía en el currículum de la LOE”. Revista: Avances en Supervisión Educativa, 9, 10-17.

BUENDÍA, L; HERNÁNDEZ, F.; COLÁS, P. (1997). Métodos de investigación en psicopedagogía. Madrid: Editorial McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U..

BUENDÍA, L.; GONZÁLEZ, D.; GUTIÉRREZ, J; PEGALAJAR, M. (1999). Modelos de análisis de la investigación educativa. Sevilla: Ediciones Alfar S.A. .

CAÏS, J. CASTILLA, E. J. (1995). “El sector sanitario”. Documentación social; 101, 227-272.

CAJA, C. (2003). Enfermería comunitaria III: Atención Primaria (2ª ed.). Barcelona: Universidad de Barcelona.

CALDERERO, J. F. Y CARRASCO J. B. (2000). Aprendo a investigar en educación. Madrid: Ediciones Rialp, S.A.

CARDONA MOLTÓ, M. C. (2002). Introducción a los métodos de Investigación en Educación. Madrid: Editorial EOS.

CARDÚS I ROS, S. (2000). El desconcert de l'educació les claus per entendre el paper de la família, l'escola, els adolescents, els valors, la televisió,... i la incertesa del futur. Barcelona: La campana 2000.

CASADO D. Y GUILLÉN, E. (2003). Manual de servicios sociales (3ª ed.). Madrid: Editorial CCS.

CASTELLANO, G. (2004). “Educación para la salud, adolescentes y drogas legales”. Revista A tu Salud, 45, 38-42.

CASTELLANO, G. (2007). “Tecnoadicciones”. Revista A tu Salud, 59-60, 16-20.

CAVA, M. J. Y MUSITU, G. (2001). La familia y la educación. Barcelona: Octaedro.

COHEN, L. Y MANION, L. (1990). Metodología de la investigación. Madrid. Ediciones Muralla.

COLEMAN, P. (1998). Parent, student and teacher collaboration: The power of three. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

COLÁS, M. P. Y BUENDÍA L. (1994). Investigación educativa. Sevilla: Ediciones Alfar.

COLEGIO DE EDUCADORES SOCIALES DE CATALUNYA (2004). Libro Blanco: Los Servicios Sociales de Atención Primaria. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona y la Asociación Barcelona por la Acción Social.

COLL, C. ET ALT. (1986). Marc Curricular per a l' Ensenyament Obligatori. Barcelona: Departament d' Ensenyament Generalitat de Catalunya.

COLL, C. PALACIOS, J. Y MARCHESI A. compilación (1990). Desarrollo psicológico y educación 1. Psicología evolutiva. Madrid: Alianza editorial.

COLL, C. PALACIOS, J. Y MARCHESI A. compilación (2001). Desarrollo psicológico y educación 2. Psicología de la educación escolar. Madrid: Alianza editorial.

COMISIÓN EJECUTIVA CONFEDERAL DE UGT (2006). Observatorio permanente de riesgos psicosociales: incidencia de los riesgos psicosociales en el sector: textil, educación, hostelería, seguridad privada y sanidad. Madrid: Edita Comisión Ejecutiva Confederal de UGT.

CONSEJO DE EUROPA (1980). Les services sociaux. Estrasburgo.

CONSEJO ESCOLAR DEL ESTADO (2000). Informe sobre el estado y situación del sistema educativo 1998-1999. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES (1994). Zonas de atención preferente. Murcia: Ed. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

COSTA, M. Y LÓPEZ, E. (1996). Educación para la Salud: una estrategia para cambiar estilos de vida. Madrid: Ediciones Pirámide S.A. .

CRUZ HERNÁNDEZ, M. (2003). Manual de Pediatría. Madrid: Ergón.

CHOMSKY, N. (2002). La (Des) educación. Barcelona: Crítica.

DEBESSE, M. Y MIALARET, G. (1980). La función docente. Barcelona: Oikos-Tau.

DE FRANCISCO LÓPEZ, R. (2003): "Escuela, maestro y salud durante el sexenio democrático (II)". Revista de Educación, 331, 325-365.

DEL POZO, A. (2008). "La necesaria reforma de la función pública docente recogida en la LOE". Revista de Educación., 345, 457-479.

DEL RINCÓN, D.; ARNAL, J.; LATORRE, A.; SANS MARTÍ, A. (1995). Técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Dykinson.

DE LA TORRE, S. (1995): Creatividad aplicada. Madrid: Escuela española.

DE MIGUEL, J. M. (2000). Tendencias socio-sanitarias en el cambio de milenio. En Marqués, F., Pérez, R., Saéz, S. . 1ª Jornada de Promoció i Educació per a la Salut. Departament Infermeria. Universitat de Lleida.

DENDALUZE SEGUROLA, I. (1998). "Algunos retos metodológicos". Revista de Investigación Educativa, Volumen 16, número 1, 36-49.

DÍEZ BENITO, JUAN JOSÉ (1980). La comunidad educativa. Madrid: Narcea, S.A.

DOMINGO i VILLAREAL, A (1993). "L' educació per la salut com a eix transversal" Quaderns de Formació. Generalitat de Catalunya.

DURÁN, A. (2004). Políticas y sistemas sanitarios. Escuela Andaluza de Salud Pública. Sevilla: Consejería de Salud.

EPSTEIN (1988): "Effects on student achievement of teachers' practices for parent involvement". En S. Silvern (Ed) Literacy thorough family, community, and school interaction. Greenwich, CT: JAI Press.

ERIKSON, E. H. (1963) Childhood and society. New York: Norton.

ESPEJO, A. (1996). La educación cognitiva, una aproximación a la mejora de los problemas emocionales en Educación Cognitiva II. Zaragoza: Mira Editores.

FERNÁNDEZ BOTANERO, J. M. (1998). Evaluación de materiales educativos producidos institucionalmente en Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.

FERRERES, V. S., IMBERNÓN F. (Editores). (1999). Formación y actualización para la función pedagógica. DOE. Madrid: Síntesis Educación.

FILELLA GIUU, G. (1999). La intervenció psicopedagógica en el context no formal. Barcelona: Pagès Editors.

STOLL, L. y FINK, D. (1999). Para cambiar nuestras escuelas. Reunir eficacia mejora. Barcelona: Octaedro.

FLAQUER, LL. (1998). El destino de la familia. Barcelona: Ariel.

FLORES BIENERT, M. D. (2001). Educación para la Salud y enfermería. Murcia: Diego Marín Librero Editor.

FLORES BIENERT, M. D. (2003). La promoción de la salud una perspectiva pedagógica. Valencia: Nau Llibres.

FLYNN, G. (1989). Toward community. Paper presented at the 16th Annual TASH Converece, Sant Francisco, November.

FULLAN, M. (2003). Los nuevos significados del cambio en la educación. Barcelona: Octaedro.

FORTUNY, M. y MOLINA, M. C. (1998). Educació per a la salut. Textos docents 137. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.

FRAGO, E. ET ALT. (1999). Trabajar para vivir. Una propuesta innovadora de inserción social. Madrid: Miraguano.

FRÍAS OSUNA, A. (2000). Salud pública y Educación para la Salud. Barcelona: Masson, S.A. .

GAIRÍN SALLÓN, J. ET ALT. (2001): La función docente. DOE. Madrid: Educación Síntesis.

GARCÍA, F. (1994). “Interacción escuela-familia”. En Musitu y P. Allat (Comp.), Psicología de la familia. Valencia: Albatros.

GARCÍA, E., GIL, J. y RODRÍGUEZ, G. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Archidona (Málaga): Aljibe.

GARCÍA, J. y MENÉNDEZ, L. (1999). Sentirte bien está en tus manos. Santander: Sal Terrae.

GARCÍA MARTÍNEZ, A., SÁEZ CARRERAS, J. Y ESCARBAJAL DE HARO, A. (2000). Educación para la salud la apuesta por la calidad de vida. Madrid: Arán Ediciones, S.A. .

GARCÍA MARTÍNEZ, A. y MARTÍNEZ ARTERO (2002). “La configuración social de la salud y sus implicaciones en Educación para la salud”. Revista Bordón, 545, 545-556.

GARCÍA VIÑETS, L. (1999). Educación y salud: una aproximación crítica a las políticas de salud escolar en Cataluña (1975- 1995). Tesis doctoral. Facultat de Lletres. URV.

GAVIDIA, V. Y RODES M. J. (2000). Desarrollo de la Educación para la Salud y del consumidor en los centros docentes. Madrid: MEC. (CIDE).

GAVIDIA, V. (2003). “La Educación para la Salud en los manuales escolares españoles”. Revista Española de Salud Pública, 77, 275-285.

GENERALITAT DE CATALUNYA (1992). Currículum de Educación Primaria. Barcelona: Ed. Generalitat de Catalunya.

GENERALITAT DE CATALUNYA (1995). Salut mental. Quaderns d’ Educació per la salut a l’ escola. Barcelona: Ed. Generalitat de Catalunya.

GENERALITAT DE CATALUNYA (1995). Alimentació i nutrició. Quaderns d’ Educació per la salut a l’ escola. Barcelona: Ed. Generalitat de Catalunya.

GENERALITAT DE CATALUNYA –CONSELL ESCOLAR- (DOCUMENTS Nº12):
LES RESPONSABILITATS COMPARTIDES EN L'EDUCACIÓ en “família i escola,
destins paral·lels” de Lluís Flaquer al 2002.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2003). Avaluació del Pla de salut de Catalunya
de l'any 2000. Barcelona: Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2003). IV Pla d' actuació social. Barcelona:
Departament de Benestar i Família.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2004): Mapa de serveis socials. Actualització de
dades bàsiques 2002. Barcelona: Departament de Benestar i Família.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2005): Pacto nacional para la educación:
oportunidad y compromiso- Ideas para el debate-.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2007). Comencem bé. Guia per al professorat
Novell. Barcelona: Departament d'Educació.

GIL FLORES, J. (1992-1993). “La metodología de investigación mediante grupos de
discusión”. Anuario Interuniversitario de Didáctica, 10-11, 199-212.

GIL FLORES, J. (1994). Análisis de datos cualitativos. Aplicaciones a la investigación
educativa. Barcelona: PPU.

GIL VERONA, J. A. (1999). Problemas médicos en la escuela y su entorno. Madrid:
Editorial Médica Panamericana, S.A.

GILMORE M. ET AL. (1974). The work of the nursing team in general practice.
Council for the education and training of health visitors. Londres: Clifton House,
Euston Rd, NW1 2RS.

GIMENO, J. (1983). “El profesor como investigador en el aula: un paradigma de
formación de profesores”. Educación y sociedad, 2, 51-73.

GIMENO, S. (1988). El currículum una reflexión sobre la práctica. Madrid: Ed. Morata.

GOETZ, J. P. LECOMPTE, M. D. (1988). Etnografía y diseño cualitativo en
investigación educativa. Madrid: Morata.

GOLEMAN, D. (1996). Inteligencia emocional. Lisboa: Temas a debates. (Trad. por
Mário Dias Correia do título orig. Emotional intelligence copyright 1995).

GÓMEZ GALÁN, R. ET ALT. (2003). “Evaluación de la Educación para la Salud en
Extremadura y Revisión Bibliográfica” en Perspectivas de Futuro y Memoria de las II
Jornadas Extremeñas de Educación para la Salud. Junta de Extremadura Consejería de
Salud y Consumo.

GOMEZ OCAÑA C. Y RIUS M. (1998). Educación para la Salud una transversal
curricular. Valencia: Institut d'estudis en Salut pública.

GONZÁLEZ MARTÍN, J. A. (1996). Teoría General de la Publicidad. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

GONZÁLEZ SOTO, A.P. (2004). "Formación de profesores ¿para qué?". Revista Comunicación y pedagogía: Nuevas tecnologías y recursos didácticos, 195, 53-58.

GREENE, W. H. Y SIMONS-MORTON, B.G. (1988). Educación para la Salud. México: MacGraw-Hill.

GUZMAN VALENZUELA, J. (2006). "XIV Seminario de Formación de Alezeia medios de comunicación social y salud". Revista A tu Salud, 54, 2-8.

HARGREAVES, A. (1996). Profesorado, cultura y postmodernidad. Cambian los tiempos cambia el profesorado, Madrid: Morata.

HENRY, M. (1996). Parent-School collaboration. Albany: State University of New York Press.

HERNÁN, M., RAMOS, M., FERNÁNDEZ, A. (2001). "Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la Salud en jóvenes españoles". Revista Española de Salud Pública, 75, 491-504.

HOEKELMAN, R. A. (2002). Atención Primaria en Pediatría (4ª Ed.) Vol.1. Madrid: Ediciones Harcourt.

IMBERNÓN, F. (1994). La formación y el desarrollo profesional del profesorado. Barcelona: Graó Editorial.

IRIGOYEN J. (1994). "La participación comunitaria en salud: una reformulación necesaria". En: Aranda. La reforma de la Atención Primaria. Una revisión de los principios de Alma-Ata. Madrid: Díaz Santos.

ISLA PERA, P. (2003). ¿Qué es la salud? Aspectos teóricos y percepción comunitaria. III Jornada de Promoció i Educació per a la Salut: Promoció i Educació per a la Salut" de la idea a la pràctica. Manresa.

JUVINYÀ, D. (1997). L'educació per a la salut a l'escola i el paper del professorat. Tesis doctoral. Dep. Pedagogia. Universitat de Girona.

LAIN ENTRALGO, P. (1986). Historia de la medicina. Barcelona: Salvat.

LOZANO SABROSO, M. Consejo de Salud de Carabanchel alto. En: Comisión Europea. Segundo premio europeo de Educación para la Salud. Acciones seleccionadas. Association Départementale d'Education pour la Santé du Rhône, 2000 (<http://adesr.asso.fr/europage.htm>); Pp: 65-66.

MÁLAGA, H. Y RESTREPO, H. E. (2001). Promoción para la salud: cómo construir vida saludable. Colombia: Editorial Médica Panamericana.

MARCELO, C. (1989). Introducción a la formación del profesorado. Teorías y métodos. Sevilla: Universidad de Sevilla.

MARCELO, C (2001). La función docente. Madrid: Síntesis Educación.

MARCHIONI, M. (1989). Planificación social y organización de la comunidad. Madrid: Editorial Popular.

MARQUÉS, F., SÁEZ, S. Y GUAYTA, R. (2004). Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Barcelona: Fundación de la Universitat Oberta de Catalunya.

MARTÍN CORTÉS, I. (2006). Una propuesta para la enseñanza de la ciudadanía democrática en España. Madrid: Fundación Alternativas.

MARTÍN RIVAS, D. (2002). La Educación para la Salud en la escuela en la Unión Europea. Modelos, Instituciones y Programas. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.

MARTÍN ZURRO, A. Y CANO PÉREZ, J. F. (1994). Manual de Atención Primaria (3ª ed.). Barcelona: Doyma.

MARTÍN ZURRO, A. Y CANO PÉREZ, J.F. (2003): Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica (5ª ed.). Volumen I. Madrid. Ed. Elsevier España, S.A.

MARTOS GARCÍA, R. (2005). Fundamentos de la Educación para la Salud y la atención Primaria. Jaén: Formación Alcalá.

MAURI, T., SOLÉ, I., DEL CARMEN, L. Y ZABALA, A. (1998). El currículum en el centro educativo. ICE Universidad de Barcelona: Editorial Horsori.

MARCHIONI, M. (1989). Planificación social y organización de la comunidad. Madrid: Editorial Popular.

MEDINA RUBIO, R., RODRÍGUEZ, T. GARCÍA, L. Y RUIZ, M. (2001). Teoría de la Educación. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

MINISTERIO DE SALUD Y CONSUMO (2003). Formación en promoción y Educación para la Salud. Informe del Grupo de trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

MINUCHIN, S. (1997). Familias y terapia familiar. Madrid: Editorial Gedisa.

MODOLO, M. A. (1987). Educación sanitaria, comportamiento y participación. En: Centre d' Anàlisi i Programes Sanitaris. Tendencias actuales en Educación Sanitaria. Compilación de autores. Barcelona: CAPS: 39-58.

MONEDERO, E. (1976). Psicología evolutiva y sus manifestaciones psicopatológicas. Madrid: Biblioteca Nueva.

MORENO MARTÍNEZ (2005). “XEEPS, XEPS, PESE: Programa d’Educació per a la Salut a l’Escola”. *Comunicació Educativa*, 18, 19-25.

MORENO, M. C. Y CUBERO, R. (1990). “Relaciones sociales; familia, escuela, compañeros, años preescolares”. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (eds). *Desarrollo psicológico y educación, I. Psicología evolutiva*. Madrid: Alianza.

MORENO RODRÍGUEZ, P. (2008). “Escuela, Educación para la Salud y comunidad una triología perfecta para llegar a una óptima calidad de vida”. *Revista A tu Salud*, 61, 15-19.

MORÓN MARCHENA, J. A. (1995a). *Educación para la Salud, un reto para todos*. Sevilla: Excmo Ayuntamiento de dos Hermanas.

MORÓN MARCHENA, J.A. (1995b). *Educación en el ámbito comunitario*. Sevilla: Excmo Ayuntamiento de dos Hermanas.

MORÓN MARCHENA, J.A. (1998). *Educación para la Salud: fundamentos y metodología*. Sevilla: Excmo Ayuntamiento de dos Hermanas.

MORÓN MARCHENA, J.A. (2000). *Aportaciones y experiencias en Educación para la Salud*. Sevilla: Excmo Ayuntamiento de Dos Hermanas.

MUNUGARREN, M .R. (2005). *Seguridad y Educación: Prevención de accidentes infantiles*. Madrid: Editorial MAPFRE S.A.

MUÑOZ MACHADO, S. (1995). *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Madrid: Alianza Editorial.

MUÑOZ REPISO, M. ET ALT. (1995). *Calidad de la educación y eficacia de la escuela. Estudio sobre la gestión de los recursos educativos*. Madrid: CIDE.

NÁJERA MORRONDO, P. (1993). *Preocupación de los Organismos Internacionales por la Educación para la Salud en la Escuela*. Madrid. Estudio no publicado.

NAJERA MORRONDO, M. P. (1996). “Promoción de la Salud. Enfoques internacionales”. En Mazarrasa et al. *Enfermería profesional: Salud Pública y Enfermería comunitaria*. Vol I. Madrid: McgraW-Hill Interamericana.

NASSIF, R. (1965). *Pedagogía de nuestro tiempo*. Buenos Aires: Kapelusz

NUTBEAM, D. (1986). *Glosario de promoción de la Salud*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

LALONDE, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1946). *Carta constitucional*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-Informe de un Comité Mixto de Expertos OMS/UNESCO (1960). Preparación del maestro para la educación sanitaria. Serie de Informes Técnicos 193. Ginebra: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-Informe de un Comité de Expertos en Educación Sanitaria (1969). Planificación y evaluación de los Servicios de Educación Sanitaria. Serie de Informes Técnicos 409. Ginebra: OMS.

OMS-UNICEF (1978). Atención Primaria de Salud. Serie “Salud para Todos” nº 1. Ginebra: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978). Atención Primaria de salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1983). Estilos de vida y su impacto sobre la salud. Discusiones Técnicas de la 33 Sesión del Comité Regional de la OMS (Traducido por P. Nájera). Madrid: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OFICINA REGIONAL PARA EUROPA (1984). Health Promotion. A discussion document on the concepts and principles. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Copenhague: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986). Carta de Ottawa para la promoción de salud. Ottawa: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1989). Public health aspects of alcohol and drug dependence. Informe de una conferencia de la OMS para Europa. Ginebra: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1989). Manual sobre educación sanitaria en Atención Primaria de salud. Thechnical report serie. Ginebra: WHO.

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998): Declaración de Yakarta. República de Indonesia. Yakarta: OMS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD OPS/ OMS (1996). Promoción de la salud: una antología. Publicación científica 557. 1ª reimpresión 1999 Washington D.C.

PALOS, J. Y OTROS (2000). Estrategias para el desarrollo de los temas transversales del Curriculum. ICE Universitat Barcelona. Barcelona: Editorial Horsori.

PEREA QUESADA, R. (2004). Educación para la Salud (reto de nuestro tiempo). Madrid. Ediciones Díaz de Santos S. A. .

PÉREZ JUSTE, R. (1985). *Pedagogía Experimental. La medida en educación*. Madrid: UNED.

PUJOL, G. Y ÚBEDA, I. (1993). *Enfermería Comunitaria*. Barcelona: Ed. Científica y Técnica.

QUERAL I CASANOVA, R. (2000). *Viure en risc. Preparació per a fer front a accidents majors, desastres, catàstrofes, sinistres i calamitats*. Tesis doctoral. Dep.de Pedagogia. Universitat Rovira i Virgili.

RAVENTÓS SANTAMARÍA, F. (2005). *La crisi dels sistemes educatius europeus*. En J. Prats i F. Raventós (dirs). *Els sistemes educatius europeus ¿crisi o transformació?* . Col.lecció Estudis Socials, 18, Fundació “La Caixa”.

REYZÁBAL, M. V. Y SANZ, A. I. (1995). *Los ejes transversales, aprendizajes para la vida*. Madrid: Ediciones Escuela Española S.A. .

RODRIGUEZ GÓMEZ ET ALT. (1996): *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Editorial Aljibe.

ROCHON, A. (1991). *Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.

ROSALES, A. (1988). *Didáctica Núcleos fundamentales*. Madrid: Narcea.

ROSENHOLTZ (1989). *Teacher’s workplace: The social organization of schools*. Nueva York: Longman.

ROSEN G. (1958). *A history of public health*. Nueva York: MD Publications

RUBIOL, G. (1982). *Los servicios sociales: organización y administración en Gran Bretaña, Yugoslavia, Israel y los Países Bajos*. Barcelona: Blume.

RUBIOL, G. (1986). *Materiales para un glosario sobre bienestar social*. Cáritas Española y Comité Español para el Bienestar Social, reprografiado.

RUIZ OLABUÉNAGA, J. I. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

SÁEZ, S., MARQUÉS, F. Y ISLA, P. (1995). *Promoció i Educació per a la salut*. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida

SÁEZ, S. FONT, P., PÉREZ, R. Y MARQUÉS, F (2001). *Promoción y educación para la Salud. Conceptos, metodología, programas*. Lleida: Editorial Milenio.

SAINZ, M. (1984). *Educación para la salud –libro del profesor-* . Madrid: Edita el proyecto de investigación educativa de “EpS en el Medio Escolar”.

SALA ROCA, J. (2002). *Factors condicionants del desenvolupament*. Universitat autònoma de Barcelona. Barcelona: Servei de Publicacions Bellaterra.

SALLERAS, L. (1985). Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos, S.A. .

SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, L. Y GONZÁLEZ VEGA, J. (1991). Derechos humanos (2ª ed.) Textos internacionales. Madrid: Ed. Tecnos.

SAN MARTÍN, H. Y PASTOR, V (1988). Salud comunitaria. Teoría y práctica (2ª ed.) Madrid: Díaz de Santos.

SARRAMONA I LÓPEZ (1999). La educación en la familia y en la escuela. Madrid: PPC Editorial y Distribuidora, S.A. .

SATSE (2004). Nueva legislación del sistema sanitario. Madrid: SATSE. Sindicato de Enfermería.

SCHLEICHER, A. (2005). La mejora de la calidad y de la equidad en la educación: retos y respuestas políticas. Madrid: Fundación Santillana.

SECADAS, F. Y ROMÁN J. (1981). Psicología evolutiva edad 10 años. Barcelona: Ediciones CEAC.

SECADAS, F. Y ROMÁN J. (1984). Psicología evolutiva edad 6 años. Barcelona: Ediciones CEAC.

SERRANO, I. (1998). La Educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y Salud. Madrid: Díaz de Santos.

SERRANO, I. (2003). “La eficiencia de la educación y los indicadores de la salud”. Revista: A tu salud, 42, 8-12.

SHAFFER, D.R. (1989). Developmental Psychology. Childhood and Adolescence. Pacific Grove: CA. Brooks/Cole.

SIERRA BRAVO, R. (1999). Técnicas de investigación social. Madrid: Paraninfo

SLATER, M.D. (1995). Crossing audience segmentation strategies and methods for health communication. En Mailbach E, Parrot R.L. eds. Designing Health Messages. Thousand Oaks: Sage Publications.

SOLÉ, I. (1997). “Les pràctiques educatives com a contextos de desenvolupament”. En C. Coll, M. Miras, J. Onrubia y I. Solé. Psicologia de l’Educació. Barcelona: Edicions de la Universitat Oberta de Catalunya.

STAINBACK, S Y STAINBACK, W. (2001). Aulas inclusivas. Un nuevo modo de enfocar y vivir el currículum. Madrid: Narcea.

STENHOUSE, L. (1986). Investigación y mejora del currículum. Madrid: Morata.

STROMQUIST, N. (1983). La relación entre los enfoques cualitativos y cuantitativos. Seminario internacional sobre los procesos de interpretación en la investigación cualitativa de la realidad escolar. Bogotá.

TEJADA FERNÁNDEZ, J. (1997). El proceso de investigación científica. Barcelona: Edita Fundación “La Caixa”.

TEJADA FERNÁNDEZ, J. (1997). El docent i l’acció medidora. Temes universitaris bàsics: Psicopedagogia. Barcelona: Edicions de la UOC.

TORT, J. (1997). “El programa d’educació per a la salut a l’escola: de les “Orientacions i Programes” a l’ “Escola Promotora de Salut”. Revista Escola Catalana, 337, 9-11.

TURABIAN FERNÁNDEZ, J. L. (1992). Participación Comunitaria en la salud. Madrid: Díaz de Santos.

VAQUERO, J. L. Y CEÑA, R. (1996). Prevención de Riesgos laborales. Madrid: Pirámide.

VEGA, A. (2006). “Salud también para las personas con discapacidad”. Revista. A tu Salud, 55-56, 14-19.

VERTIO, H. (1990). Health Promoting School. OMS.

VUÖRI, H. (1984) “¿Qué es la Atención Primaria de salud?”. Atención Primaria, 1, 3-4.

WILKINSON, J. (1980). On assistance to Indian people. Social Casework: Journal of contemporary social Work, 61, 452.

WILLGOOSE, C.E. (1974). Health Education in the elementary school. (4ª ed.). Philadelphia: WB. Saunders Company.

YUS RAMOS, R. (1992). “Aspectos críticos de la educación para la salud en la Escuela”. Revista: Aula de Innovación Educativa, 9, 73-78.

YUS RAMOS, R. (2000). “Lo que aporta la transversalidad en la integración de la educación para la salud en el currículum escolar”. Revista: Aula de Innovación Educativa, 89, 9-37.

ZAFRA, E. (2004). Alimentación, salud y educación comer en la escuela: una primera aproximación. Treball de Recerca de segon any presentat en el programa de Doctorat en Antropologia social i cultural (2002-2004). Departament d’ Antropologia Cultural i Història d’ Amèrica i Àfrica . Facultat de Geografia i Història Universitat de Barcelona.

2. FUENTES.

2.1. DICCIONARIOS

DICCIONARIO CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN (1986). Volumen: Administración Educativa por Gonzalo Gómez Dacal. Madrid: Ediciones Anaya.

LAST, J. M. (2001): A dictionary of epidemiology (4ª ed.). Inglaterra: Oxford University Press.

PEDAGOGÍA Y PSICOLOGIA INFANTIL (pubertad y adolescencia): 2000. Biblioteca práctica para los padres y educadores. Madrid: Edita Cultural, S.A. .

PEDAGOGÍA Y PSICOLOGIA INFANTIL (pubertad y adolescencia): 1998. Biblioteca práctica para los padres y educadores. Madrid: Edita Cultural, S.A. .

PEDAGOGÍA Y PSICOLOGIA INFANTIL (pubertad y adolescencia): 2000. Biblioteca práctica para los padres y educadores. Madrid: Edita Cultural, S.A. .

2.2. DIARIOS

DIARIO EL PERIÓDICO

DIARIO EL PERIÓDICO DIGITAL www.elperiodico.com

DIARIO EL PUNT

2.3 REVISTAS

A TU SALUD

ALEZEIA

ARTE, INDIVIDUO Y SOCIEDAD

ATENCIÓN PRIMARIA

AULA DE INNOVACIÓN EDUCATIVA

BORDÓN

CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios)

COMUNICACIÓ EDUCATIVA

COMUNICACIÓN Y PEDAGOGÍA: NUEVAS TECNOLOGÍAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS

CONSUMER

DE EDUCACIÓN

EDUCACIÓN Y SOCIEDAD

ESCOLA CATALANA

INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA

2.4. TEXTOS LEGALES

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA.

ORDEN DE 25 DE MAYO DE 1984 de la aprobación de orientaciones y programas de Educación para la Salud en la escuela. DOGC nº 453 de 18 de julio de 1984.

ORDEN DE 4 DE MAYO DE 1990 de la creación de la comisión directora del Programa de Educación para la Salud en la escuela. DOGC nº 1292 de 16 de mayo de 1990.

DECRETO 79/1990 DE 20 de MARZO por el que se establece la aprobación y la aplicación del Programa de Educación en la Escuela. DOGC nº 1280 de 18 de abril de 1990.

DECRETO 95/1992 DE 28 DE ABRIL por el que establece la ordenación curricular de la educación primaria. DOGC nº 1593 de 13 de mayo de 1992.

DECRETO 155/94, de Junio por el cual se regulan los servicios educativos del Departamento de Ensenyament DOGC 1918.

DECRETO 160/ 1996, DE 14 de MAYO, el cual se regula el Servicio escolar de comedor en los centros públicos de titularidad del Departament d'Ensenyament).

DECRETO 183/2000, de 29 de mayo, de regulación del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Departament d'Ensenyament.

DECRETO 142/2007, de 26 de junio, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas de la educación primaria. DOGC 4915.

LEY ORGÁNICA 1/1990, de 3 de octubre, sobre la ordenación general del sistema educativo (LOGSE). BOE nº 238 de 4 de octubre de 1990.

LEY ORGÁNICA 10/2002, de 23 de diciembre, de calidad de la educación (LOCE). BOE nº 307 de 24 de diciembre de 2002.

LEY ORGÁNICA 2/2006, del 3 de mayo, de educación (LOE). BOE nº 106 de 4 de mayo de 2006.

LEY 31/1995 De Prevención de Riesgos Laborales.

ORDEN 20 de mayo de 1983, en el DOGC 344/83 de 13 Julio de 1983 creación de los EAPs.

REAL DECRETO 137/84 de 11 de Enero sobre Estructuras Básicas de Salud: implantación de los Equipos de Atención Primaria, BOE de 1 de Febrero de 1984.

REAL DECRETO 1330/1991 de 6 de Septiembre por el cual se establecen los aspectos básicos del currículum de la Educación infantil.

REAL DECRETO 1334/1991 de 6 de septiembre por el cual se establece el currículum de la Educación primaria.

REAL DECRETO 39/1997 en que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

RESOLUCIÓN ENS/2755/2003, de 20 de junio, por la que se aprueban los proyectos seleccionados para su inclusión en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud durante tres cursos consecutivos correspondientes al período 2003-2006. DOGC nº3970 de 18 de septiembre de 2003.

RESOLUCIÓN DEL CONSEJO Y DE LOS MINISTROS DE EDUCACIÓN, reunidos en el seno del Consejo de 23 de noviembre de 1988, relativa a la educación en pro de la salud en las escuelas. Diario Oficial de las Comunidades Europeas nº C003 de 05/01/1989 pag. 0001-0003.

2.5. DOCUMENTOS LOCALIZADOS EN INTERNET

<http://www.doyma.es>: Mailalert Doyma.Noticias (consultado: 3enero 2005).

<http://www.xtec.net/pese/presentació.htm>. (consultado: 27 septiembre 2005).

<http://www.xtec.es/eap/presenta.htm>. 21.08.06 (consultado: 21 agosto 2006).

Barambio www.elperiodico.com (consultado: 16 enero 2007).

Holguín (2002): Foro abierto XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Adolescente: www.spapex.org/adolescencia02/ponencias.htm. (consultado: 15 abril 2007).

2.6. DIRECCIONES DE INTERNET

- ADEPS, Asociación de Educación para la Salud:
<http://www.adeps.org>

- ALEZEIA, Asociación de Educación para la Salud:
<http://www.alezeia.org>
 - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA, PREVINFAD:
<http://www.aepap.org/previnfad/previnfad-inicio.htm>
 - ASOCIACIÓN GALEGA DE EDUCACIÓN PARA A SAÚDE
<http://webs.uvigo.es/mpsp/rev-eps.htm>
 - AULA DE SALUD, Aula de Salud:
<http://www.auladesalud.org>
 - CENTRO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE TORONTO:
<http://www.fis.utoronto.ca/people/faculty/marshall/content.htm>
 - COFT, Colegio de Farmacéuticos de Tarragona:
<http://www.coft.org/cat/elcoft/inicial.htm>
 - CONSEJO DE EUROPA:
<http://www.congreso.es/internacional/asamblea/>
 - COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE BARCELONA
<http://www.farmaceuticonline.com/inici.html>
 - EDUCACIÓN PARA LA SALUD (COMUNIDAD DE ARAGON):
<http://www.aragob.es/san/sares/eps.htm>
 - ENFERMERÍA GLOBAL, Revista electrónica semestral de enfermería:
<http://www.um.es/eglobal/7/index.html>
 - ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA:
<http://www.easp.es>
 - INSTITUTO VALENCIANO DE SALUD PÚBLICA:
<http://www.ivesp.san.gva.es/ivesp/frames1.htm>
 - INSTITUTO UNIVERSITARIO DE SALUD PÚBLICA DE CATALUNYA:
<http://www.ub.es/isp/isp.htm>
 - MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA:
<http://www.mec.es>
- CENTRO DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EDUCATIVA:
<http://www.pntic.mec.es/>
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCUMENTACIÓN EDUCATIVA (CIDE):
<http://www.mec.es/cide>

RED DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD:

<http://www.mec.es/cide/jsp/plantilla.jsp?id=reeps00>

- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO:

<http://www.msc.es>

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

<http://www.isciii.es>

- MURCIA SALUD, El portal sanitario de la Región de Murcia:

<http://www.murciasalud.es/eventos.php?accion=org&tipo=0&idsec=12>

- OMS, Organización Mundial de la Salud:

<http://www.who.int/es/index.html>

BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

<http://www.who.int/bulletin/en/>

OFICINA REGIONAL EUROPEA:

<http://www.euro.who.int/>

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA:

<http://www.who.int/hpr/school/index.html>

- ONU, Organización de las Naciones Unidas:

<http://www.un.org/spanish/>

- OPS, Organización Panamericana de la Salud:

http://www.paho.org/default_spa.htm

Información científica y técnica: Promoción de la Salud:

<http://www.paho.org/spanish/dd/pub/TopicHome.asp?TP=Promoción%20de%20la%20Salud&KW=reviewedPublicationsHP&Lang=S&Title=Promoción%20de%20la%20Salud>

- OSANET, El Portal de la Sanidad Vasca.

<http://www.osanet.euskadi.net/r85-13492/es/>

- OSASUNKARIA, Revista vasca de salud pública y gestión sanitaria.

http://www1.euskadi.net/buscadorsan/osasun_c.apl

- PREVENCIÓN DOCENTE:

<http://www.prevenciondocente.com/quees.htm>

- REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO:

<http://www.msc.es/revistas/reps>

- REVISTA PIXEL-BIT, Revista de Medios y Educación:

<http://www.sav.us.es/PIXELBIT/>

- UIPES, Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud:
<http://www.rhpeo.org/iuhpeesp.htm>
- UNESCO, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization:
<http://portal.unesco.org/es>
- UNICEF, United Nations International Children's Emergency Fund
<http://www.unicef.es/>

SIGLAS

- ADEPS: Asociación de Educación para la Salud
- AMPA: Asociación de madres y padres de alumnos
- AP: Atención Primaria
- CAP: Centro de Atención Primaria
- CEE: Comunidad Económica de Europa
- CEIP: Centro de Educación Infantil y Primaria
- CI: Ciclo Inicial
- CIDE: Centro de Investigación y Documentación Educativa
- CM: Ciclo Medio
- CREDA: Centro de Recursos Educativos de Deficientes Auditivos
- CRP: Centro de Recursos Pedagógico
- CS: Ciclo Superior
- CUE: Comisión de la Unión Europea
- DCB: Diseño Curricular Base
- EAP: Equipo de Atención y orientación Psicopedagógica
- EGB: Educación General Básica
- EP: Educación Primaria
- EPS: Educación para la Salud
- LGS: Ley General de Sanidad
- LOCE: Ley Orgánica de la Calidad de la Enseñanza
- LOE: Ley Orgánica de Educación
- LOGSE: Ley de Ordenación General del Sistema Educativo
- MEC: Ministerio de Educación y Ciencia
- MSC: Ministerio de Salud y Consumo

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PCC: Proyecto Curricular de Centro

PEC: Proyecto Educativo de Centro

PESE: Programa de Educación para la Salud en la Escuela

PIE: Programa de Informática Educativa

REEPS: Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud

RRI: Reglamento de Régimen Interno

UD: Unidad Didáctica

UE: Unión Europea

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation

UP: Unidad de Programación

XEEPS: Xarxa d'Escoles Europees Promotores de Salud

LISTADO GRÁFICOS, CUADROS Y TABLAS

1. GRÁFICOS

1. Muestra de docentes según zonas de estudio	178
2. Muestra de centros públicos y concertados	178
3. Muestra de profesores según sexo	179
4. Formación de los docentes	179
5. Edad de los docentes	180
6. Especialidades que imparten los docentes	180
7. Formación de los docentes en EpS	181
8. Cursos de EpS realizados por los docentes	181
9. Opinión de los docentes según zona sobre la realización de cursos o seminarios de EpS	182
10. Importancia de Programas de EpS del Departamento de Educación según docentes	187
11. Importancia de Programas de EpS de los Ayuntamientos según docentes	187
12. Importancia de Programas de EpS de la propia escuela según docentes	188
13. Opinión del docente que no hace falta seguir ningún programa de EpS	188
14. Valoración de los docentes según zonas sobre hacer actividades simultáneas con los padres	190
15. Valoración de los docentes según zonas sobre la importancia del tratamiento en EpS que se atribuye al consumo	192
16. Valoración de los docentes según zonas sobre inclusión del desayuno de los alumnos en la unidad de programación del aula	194
17. Opinión de los docentes según zonas sobre la responsabilidad en EpS de los centros cívicos	199
18. Opinión de los maestros según zonas sobre la responsabilidad en EpS de los Ayuntamientos	200
19. Muestra de alumnos según zona	202
20. Muestra de alumnos según titularidad de centro	202
21. Muestra de alumnos según centro y zona	203
22. Muestra de los alumnos según sexo	203
23. Muestra de alumnos según curso	204
24. Muestra de los alumnos según zona y curso	204
25. Opinión del alumno según zonas sobre importancia que da a la alimentación para tener una buena salud	207
26. Opinión del alumno según zonas sobre el comer es muy beneficioso para la salud	207
27. Opinión de los alumnos según zonas sobre comer antes de hacer ejercicio beneficioso para la salud	208
28. Opinión de los alumnos según zonas sobre el beber entre horas engorda	208
29. Opinión del alumno según zonas sobre que las bebidas gaseosas son muy buenas para el organismo	209
30. Opinión de los alumnos según zonas sobre el comer es muy beneficioso para la salud	210
31. Opinión del alumno según centro sobre las bebidas gaseosas son muy buenas para nuestro organismo	210
32. Opinión de los alumnos según centro sobre si después de hacer ejercicio físico tenemos que beber líquidos para evitar deshidratación	211
33. Opinión del alumno según zona sobre la importancia que se le da a la higiene para tener una buena salud	212
34. Opinión del alumno según zona si hace falta cambiarse de ropa después de haber hecho Educación Física	212
35. Opinión del alumno según centro si hace falta cambiar de ropa después	213

de hacer Educación Física	
36. Opinión del alumno según centro sobre se tiene que lavar las manos antes de comer	213
37. Opinión del alumno según curso se tiene que lavar las manos antes de comer	213
38. Opinión del alumno según zonas sobre si existen drogas legales	214
39. Opinión del alumno según centro sobre importancia del estrés para tener una buena salud	215
40. Opinión del alumno según centro de que nuestros adversarios también son nuestros amigos	215
41. Opinión del alumno según centro de que no hay perdedores ni ganadores sino que todos son jugadores en un partido de fútbol	216
42. Opinión del alumno según zona respecto a la importancia que se le da al descanso para tener una buena salud	217
43. Opinión del alumno según zona sobre es importante hacer muchas actividades Extraescolares para aprender más	218
44. Opinión del alumno según zona sobre la importancia que se da al hospital para tener una buena salud	219
45. Opinión del alumno según zona de que cuando le hace daño alguna cosa se toma un medicamento	219
46. Opinión del alumno según centro de que cuando le hace daño alguna cosa se toma un medicamento	220
47. Opinión del alumno según centro de que se tiene que mantener en buen estado el medio natural	221
48. Opinión del alumno según zona de que no se puede hablar de sexo en la escuela	222
49. Opinión del alumno según zona y las veces a la semana en que se ducha	223
50. Opinión del alumno según zona de las veces al día en que se lava los dientes	224
51. Opinión del alumno según zona sobre las horas de televisión que ven al día	226
52. Opinión del alumno según centro sobre preferencias por realizar diferentes actividades domingo por la tarde	227
53. Opinión del alumno según zona de aquello que más le gusta comer	228
54. Opinión del alumno según centro sobre aquello que más le gusta comer	228
55. Opinión del alumno según zona sobre qué se compraría con 100 ptas (0,6 €)	228
56. Opinión del alumno según centro sobre qué se compraría con 100 ptas (0,6 €)	230
57. Opinión del alumno según zona sobre la preferencia de realizar la fiesta de cumpleaños	231
58. Opinión del alumno según centro sobre la preferencia de realizar la fiesta de cumpleaños	232
59. Muestra de padres según zonas	233
60. Muestra de centros públicos y concertados	233
61. Muestra de padres según zonas y sexo	234
62. Muestra de padres según franja de edades	234
63. Muestra de padres según zona y cursos	235
64. Opinión de los padres según zona sobre si el hijo se queda o no al comedor escolar	238
65. Opinión de los padres según centro sobre si el hijo se queda o no al comedor escolar	239
66. Opinión de los padres según zona sobre si tienen o no información del menú escolar	240
67. Opinión de los padres según centro sobre si tienen o no información del menú escolar	240
68. Opinión de los padres según zona sobre la valoración que hacen acerca de los menús escolares	241
69. Opinión de los padres según zona sobre si afecta el menú escolar a la organización del desayuno y la cena	242

70. Opinión de los padres según zona sobre si realizan sus hijos actividades extraescolares	243
71. Opinión de los padres según zona sobre las veces por semana en que se ducha el niño.	245
72. Opinión de los padres según centro sobre el tiempo de TV que ven los hijos	246
73. Opinión de los padres según zona sobre el gasto que realiza un hijo a partir de 1€	248
74. Opinión de los padres según zona sobre la atribución de responsabilidades en EpS del Ayuntamiento	253
75. Opinión de los padres según zona sobre la atribución de responsabilidades en EpS de los Servicios Sociales	253
76. Opinión de los padres según centro sobre la atribución de responsabilidades en EpS del padre	254
77. Opinión de los padres según centro sobre la atribución de responsabilidades en EpS del maestro	255
78. Opinión de los padres según centro sobre la atribución de responsabilidades en EpS de los Servicios Sociales	255
79. Opinión de los padres según centro sobre la ingesta de medicamento de sus hijos en horario escolar	258

2. CUADROS

1. Factores determinantes de los estilos de vida (Fuente: Marqués en Saéz y otros, 2001:29)	15
2. Contenidos de la EpS en los CM y CS de EP (Fuente: Domingo, 1993)	53
3. Estructura de la intervención del PESE	64
4. Diferencias entre el modelo tradicional de EpS y el modelo de escuela saludable (Adaptado de: Vertio, Helalth Promoting School, OMS, 1990)	66
5. Implicación de las diferentes comunidades en la EpS escolar	75
6. El desarrollo evolutivo en el niño (Fuente: Enciclopedia de Pedagogía y Psicología (1998), Secadas y Román (1981) y Secadas y Barberá (1984)	90
7. Tesis Doctorales con temática EpS que se han realizado desde la década de los 80 hasta nuestros días	135
8. Resumen de las fases de investigación	152
9. Elaboración de los cuestionarios a profesores, alumnos y padres	163
10. Hipótesis del profesor y sus bloques de contenido	184
11. Hipótesis del alumno y sus bloques de contenido	206
12. Hipótesis de los padres y sus bloques de contenido	237

3. TABLAS

1. Aportaciones de ambas estrategias de investigación (Fuente:Stromquist, 1983)	138
2. Suma de la población del alumnado según zona, centro y cursos	154
3. Muestra de alumnos según zona, tipo de centro y cursos	154
4. Muestra total de los agentes de la EpS investigados de la comunidad educativa	155
5. Muestra de alumnos de Reus según escuelas, titularidad y cursos	156
6. Muestra de alumnos de Cambrils según escuelas, titularidad y cursos	156
7. Muestra de alumnos del resto de poblaciones según escuelas, titularidad y cursos	157
8. Coordinación del tutor con el especialista de E.F. sobre el tema de EpS	186
9. Valoración de los docentes sobre las estrategias a seguir para trabajar la EpS en el aula	188
10. Valoración del docente según zona sobre la potenciación de la EpS en la escuela de forma ocasional, a partir de campañas	189
11. Valoración de los maestros según zonas sobre grado en que se incluye igualdad de derechos y deberes entre dos sexos en la UP del aula	194
12. Opinión docente según zonas de la afirmación: hábitos y conocimientos sobre salud básicos para futuros aprendizajes	196
13. Opinión de los docentes según zona sobre la responsabilidad en EpS de los Servicios Sociales.	200
14. Opinión del alumno según zona sobre las veces que se ducha a la semana	223
15. Opinión del alumno según zona sobre las veces que se cepilla los dientes	224
16. Opinión del alumno según zona sobre las horas de televisión que van al día los alumnos	225
17. Opinión del alumno según zona sobre los alimentos que más le gusta comer	227
18. Opinión del alumno según centro sobre los alimentos que más le gusta comer	228
19. Opinión del alumno según zona sobre aquello que comprarían los alumnos con valor de 100 pesetas (0,60 euros).	229
20. Opinión de los padres sobre los temas de EpS que se tienen que trabajar en casa	249
21. Opinión de los padres según centro sobre si se habían planteado con anterioridad cómo tratan la EpS en la escuela	251
22. Temas de EpS que se tienen que trabajar más en los centros educativos	256
23. Opinión de los padres en porcentajes sobre los temas de EpS prioritarios en la EpS	256



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat de Ciències
de l'Educació i Psicologia

QÜESTIONARI SOBRE EDUCACIÓ PER A LA SALUT
A CICLE MITJÀ I SUPERIOR DE PRIMÀRIA

1. Centre:

- 1.1. Públic
 1.2. Concertat

2. Sexe:

- 2.1. Noi
 2.2. Noia

3. Curs:

- 3r d' Educació Primària
 4t d' Educació Primària
 5è d' Educació Primària
 6è d' Educació Primària

4. Assenyal amb una creu si es cert o fals:

	CERT	FALS
4.1. Menjar molt és beneficiós per a la salut.		
4.2. S' han de fer 4 àpats al dia (esmorzar, dinar, berenar, sopar).		
4.3. S' ha de menjar reposadament i amb calma.		
4.4. La beguda més recomanable és l' aigua.		
4.5. S'han de menjar menys llaminadures i pastissos.		
4.6. Menjar abans de fer exercici és beneficiós.		
4.7. Beure cervesa no perjudica la salut.		
4.8. Beure entre menjades engreixa.		
4.9. Les begudes gasoses (cola, taronjada, ...) són molt bones pel nostre organisme.		
4.10. Després de l' exercici físic hem de beure líquids per tal d' evitar la deshidratació.		
4.11. Cal rentar-se les mans abans de menjar.		
4.12. T' has de rentar les dents diàriament.		
4.13. Després de l' exercici físic ens hem de dutxar.		

Columna reservada per l'investigador

1

2

3

ITEM	CODI
4.1	
4.2	
4.3	
4.4	
4.5	
4.6	
4.7	
4.8	
4.9	
4.10	
4.11	
4.12	
4.13	

	CERT	FALS
4.14. Cal canviar-se de roba després de haver fet Educació Física.		
4.15. Fer exercici físic és bo per la salut.		
4.16.L' alcohol és una droga.		
4.17. Els nostres adversaris també són els nostres amics.		
4.18. No hi ha perdedors ni guanyadors sinó que tots són jugadors en un partit de futbol.		
4.19. És important fer moltes activitats extraescolars per aprendre més.		
4.20. Has de dormir com a mínim 8 hores al dia.		
4.21. La tele s' ha de veure molta estona perquè s' aprèn molt.		
4.22. Els anuncis sempre t' inciten a comprar allò que vols .		
4.23. Quan som a l' escola necessitem una mica d' esbarjo.		
4.24.El tabac és una droga.		
4.25. Quan em fa mal alguna cosa em prenc un medicament.		
4.26. Les relacions sexuals són pels adults.		
4.27. Hem de mantenir en bon estat el medi natural.		
4.28. Les nostres deixalles s'han de recollir i llançar-les a la brossa.		
4.29. Existeixen drogues legals.		
4.30. Quan sec poso les cames encreuades.		
4.31. Si vaig en bicicleta faig cas a les senyals de circulació.		
4.32. Llegeixo i faig cas de les instruccions per utilitzar els petards, fer focs,...		
4.33. No es pot parlar de sexe a l' escola.		
4.34. Si estic malalt he d' anar a l' escola igualment..		

Columna reservada per l'investigador

ÍTEM	CODI
4.14	
4.15	
4.16	
4.17	
4.18	
4.19	
4.20	
4.21	
4.22	
4.23	
4.24	
4.25	
4.26	
4.27	
4.28	
4.29	
4.30	
4.31	
4.32	
4.33	
4.34	

4. Assenyala amb una creu tots els aspectes que creguis que són importants per a tenir una bona salut:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. La higiene | <input type="checkbox"/> 4. El descans | <input type="checkbox"/> 7. L'estrès. |
| <input type="checkbox"/> 2. El tabac | <input type="checkbox"/> 5. Els diners | <input type="checkbox"/> 8. L'exercici |
| <input type="checkbox"/> 3. L'alimentació | <input type="checkbox"/> 6. Els hospitals | <input type="checkbox"/> 9. La vestimenta |

4

5. Què es allò que més t'agrada per menjar?

5

6. Quantes hores veus la Televisió al dia? Quins programes veus?

6

7. Amb 100 pessetes, què et compres?

7

8. Quantes vegades et dutxes a la setmana?

8

9. Quants cops al dia et respatlles les dents?

9

10. Quan celebres el teu aniversari a on t'agrada anar amb els amics? (Assenyala una resposta)

10

- 1. Fer la festa a casa
- 2. Al Mc Donald's, Burger Kings, Pans & Company
- 3. Als Xiquis Parcs, Tubulands, Bufalo Bill , ...
- 4. Al cine
- 5 Altres:

11

11. Què t'agradaria fer un diumenge per la tarda? (Assenyala una resposta)

- 1. Anar a jugar amb els amics al carrer
- 2. Quedar-me a casa mirant la tele
- 3. Anar al cine amb els amics
- 4. Anar amb els pares al cine o al circ
- 5. Anar al Mc Donald' s, Burger King, Pans & Company
- 6. Anar amb els pares a passejar?
- 7. Altres:

Gràcies per la vostra ajuda i col·laboració.



**QÜESTIONARI SOBRE EDUCACIÓ PER LA SALUT EN EDUCACIÓ PRIMÀRIA.
PER A PROFESSORS.**

*Columna reservada
per l'investigador*

1. Tipus de centre on treballa:

1. Escola Pública
 2. Escola Concertada

1

2. Sexe:

1. Home
 2. Dona

2

3. Formació:

1. Mestre d'Educació Infantil
 2. Mestre de Primària
 3. Mestre de Música
 4. Mestre de Llengua estrangera
 5. Mestre d' Educació física
 6. Llicenciatura .Quina?

3

4. Edat:

1. Entre 20 i 30 anys
 2. Entre 31 i 40 anys
 3. Entre 41 i 50 anys
 4 . Més de 51 anys

4

5. Càrrec que ocupa al centre:

1. Cap càrrec.
 2. Coordinador/a de cicles
 3 Secretari/a
 4. Cap d' estudis
 5. Director/a
 6. Altres: Quin?

5

6. Especialitat que imparteix al centre:

1. Educació primària
 2. Educació física
 3. Educació artística: música
 4. Educació artística: visual i plàstica
 5. Llengües estrangeres
 6. Educació especial
 7. Religió

6

7. Curs/os que imparteix a l' escola:

1. 1r E.P. 4. 4t E.P.
 2. 2n E.P. 5. 5è E.P. 7. Altres.....
 3. 3r E.P. 6. 6è E.P.

7

8. S'ha plantejat mai la necessarietat d'incloure temes referits a salut dins de la seva dinàmica de l'aula?

1. Sí, de fet ja els treballa
 2. Sí, però no sé com fer-ho
 3. No, no se m'ha acudit mai
 4. No, perquè no considero que existeixi una necessitat en el grup classe
 5. No, perquè això es tasca dels pares

8

9. Segons la seva opinió, la responsabilitat en matèria d'educació per a la salut vinculada amb els nens, ha de recaure sobre la figura de (estableixi el grau d'importància de cadascuna d'aquestes figures, marcant el grau que consideri).

	Poc			Molt	
9.1. Els pares i les mares	1	2	3	4	5
9.2. Els avis i les àvies	1	2	3	4	5
9.3. La resta de la família	1	2	3	4	5
9.4. El pediatra	1	2	3	4	5
9.5. El tutor de l'escola	1	2	3	4	5
9.6. L'escola	1	2	3	4	5
9.7. Els centres cívics	1	2	3	4	5
9.8. Els serveis socials	1	2	3	4	5
9.9. L'Ajuntament	1	2	3	4	5
9.10. La societat	1	2	3	4	5

Columna reservada per l'investigador

Ítem	Codi
9.1	
9.2	
9.3	
9.4	
9.5	
9.6	
9.7	
9.8	
9.9	
9.10	

10. Estableixi el grau d'importància dels següents temes dins de l'àmbit de l'educació per la salut. Valori de l'1 al 5 i estableixi l'edat en la que opina que es podrien començar a tractar.

TEMES	VALORACIÓ					EDAT
	Gens	Poc	No Bastant massa	Molt		
10.1. Educació sexual	1	2	3	4	5	
10.2. Prevenció d'accidents a casa	1	2	3	4	5	
10.3. Prevenció d'accidents a l'escola	1	2	3	4	5	
10.4. Prevenció d'accidents en el joc i l'esport	1	2	3	4	5	
10.5. Alimentació i nutrició	1	2	3	4	5	
10.6. L'assistència sanitària	1	2	3	4	5	
10.7. Prevenció de malalties	1	2	3	4	5	
10.8. Equilibri mental i desenvolupament	1	2	3	4	5	
10.9. Higiene	1	2	3	4	5	
10.10. Prevenció de drogodependències (alcohol, tabac, medicaments)	1	2	3	4	5	
10.11. Activitat física	1	2	3	4	5	
10.12. Prevenció de depressions infantils	1	2	3	4	5	
10.13. Medi ambient	1	2	3	4	5	
10.14. Educació cívica	1	2	3	4	5	
10.15. Consum	1	2	3	4	5	
10.16. Coneixement del cos: diferenciació genital	1	2	3	4	5	

Ítem	Codi
10.1	
10.2	
10.3	
10.4	
10.5	
10.6	
10.7	
10.8	
10.9	
10.10	
10.11	
10.12	
10.13	
10.14	
10.15	
10.16	

11. Comenta amb el professor/a d' Educació física aquests temes (Assenyali amb una creu):

SÍ NO

11.1. Fer l' horari més adequat per fer E.F		
11.2. La vestimenta que han de portar		
11.3. La higiene personal		
11.4. Les normes de convivència		
11.5. Les malalties que pateixen els alumnes		
11.6. El canvi de roba		
11.7. El respecte per l' entorn		

11.1
 11.2
 11.3
 11.4
 11.5
 11.6
 11.7

12. Per a vostè l'educació per a la salut a l' escola podria ser: (Assenyali una resposta):

- 1. La transmissió d' informació per part del professor (normes i pautes) per a que els alumnes adquireixin uns coneixements.
- 2. El procés de formació i responsabilització de l' individu per poder adquirir els coneixements, les actituds i els hàbits bàsics.
- 3. L' intent de la prevenció de la malaltia a partir del canvi de les conductes de risc dels alumnes.

12

13. Quina seria la finalitat de l' educació per a la salut a l' escola? Segons la seva opinió.

- 1. La promoció de la higiene i la salut física de l' individu.
- 2. La promoció del benestar físic, social i mental de l' individu.
- 3. La promoció i cura de la salut en l' individu.
- 4. La promoció i prevenció de l'individu

13

14. Considera que els següents aspectes són fonamentals per la promoció de la salut?

	Gens					Molt				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14.1. Autoestima	1	2	3	4	5					
14.2. Autonomia personal	1	2	3	4	5					
14.3. Estrès	1	2	3	4	5					
14.4. Qualitat de vida	1	2	3	4	5					
14.5. Benestar	1	2	3	4	5					
14.6. Hàbits	1	2	3	4	5					
14.7. Actituds	1	2	3	4	5					

14.1

14.2

14.3

14.4

14.5

14.6

14.7

15. Considera que parlar d' educació per a la salut a l' escola també implica tenir en compte els següents temes. Valori de l'1 al 5.

<input type="checkbox"/> 15.1. Il·luminació de l' escola	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/> 15.2. L' ambient tèrmic i ventilació de l' escola	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/> 15.3. Els sorolls	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/> 15.4. El mobiliari de l' escola	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/> 15.5. El menjador: menú, neteja,...	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/> 15.6. L' ordre i neteja de l' escola	1	2	3	4	5	

15.1

15.2

15.3

15.4

15.5

15.6

16. L' educació per a la salut que es fa a l' escola li sembla (Assenyali una resposta):

- 1. Molt Bona
- 2. Bona
- 3. Regular
- 4. Deficient

16

a) Per què? Què considera que manca, o bé què sobra?

.....

16a.1

16a.2

16a.3

16a.4

17. Ha fet algun curs, seminari, que tracti sobre l'educació per a la salut?

1. No

2. Sí Quin/s? I organitzats per quin organisme o entitat?

.....

18. Si volgués potenciar l'educació per la salut a l'escola, com ho faria? Valori de 1 a 5 els següents aspectes i incorpori aquells que vostè consideri.

Aspectes a considerar	Valoració				
	1	2	3	4	5
18.1. De forma ocasional: campanyes					
18.2. Integrant-la a la dinàmica de l'aula (amb activitats diàries o setmanals)					
18.3. Creant un racó a l'aula que tractes sobre els diferents temes vinculats amb l'Educació per la salut					
18.4. Com activitat extraescolar					
18.5. Treballant-lo a cada àrea					
18.6. Fent activitats simultànies amb els pares					
18.7					
18.8					

19. A quines àrees considera que es podria tractar el tema de l'educació per a la salut.(Assenyali una creu):

	SI	NO	NO HO SÉ
19.1. Àrea de llengües			
19.2. Àrea de matemàtiques			
19.3. Àrea de coneixement del medi: el medi natural			
19.4. Àrea de coneixement del medi: el medi sociocultural			
19.5. Àrea d'educació física			
19.6. Àrea d'educació artística: música			
19.7. Àrea d'educació artística: visual i plàstica			
19.8. Àrea de religió. Religió catòlica			

Columna reservada per l'investigador

17

17 a

17 b

17. c

17. d

17 e

18.1

18.2

18.3

18.4

18.5

18.6

18.7

18.8

Ítem	Codi
19.1	
19.2	
19.3	
19.4	
19.5	
19.6	
19.7	
19.8	

20. A partir de quin material li agradaria treballar l'educació per a la salut: Valori del 1 al 5:

20.1. Programes d'educació per a la salut fets pel Departament d'Ensenyament	1	2	3	4	5
20.2. Programes d'educació per a la salut fets per l'Ajuntament, associacions,...	1	2	3	4	5
20.3. Programa d'educació per a la salut fet per la pròpia escola	1	2	3	4	5
20.4. No cal seguir un programa, solament s'ha de seguir segons la necessitat dels alumnes	1	2	3	4	5

21. Vostè, quan planifica les classes. En quin grau inclou els següents temes:

	<i>Gens</i>			<i>Molt</i>		
21.1 La sexualitat	1	2	3	4	5	
21.2. La igualtat de drets i deures entre els dos sexes.	1	2	3	4	5	
21.3.L'existència de coses que es poden prendre amb mesura i d'altres que no s'haurien de consumir. (L'inici del tractament del tema drogues)	1	2	3	4	5	
21.4. El consum de tabac.	1	2	3	4	5	
22.3. 21.5. El consum de begudes alcohòliques.	1	2	3	4	5	
22.4. 21. 6. El cos: sensualitat i sexualitat	1	2	3	4	5	
22.5. 21.7. El que mengem per esmorzar.	1	2	3	4	5	
21.8. Higiene personal.	1	2	3	4	5	
21.9.El que prenem a classe per celebrar l'aniversari.	1	2	3	4	5	
21.10. Les activitats extraescolars.	1	2	3	4	5	
21.11. El temps de descans.	1	2	3	4	5	
21.12. Si fan exercici.	1	2	3	4	5	
21.13. Si tenen preocupacions, problemes,...	1	2	3	4	5	

22. Consideri el grau d'importància que correspongui a les següents afirmacions:

	<i>Gens d'acord</i>			<i>Molt d'acord</i>		
22.1. L'Etapa d'Educació Primària és adient per a tractar el tema d'educació per la salut.	1	2	3	4	5	
22.2. L'escola ja s'ocupa de molts temes i no pot donar cabuda a l'educació per la salut.	1	2	3	4	5	
22.3. L'escola ja s'ocupa de l'educació per la salut, potser el que cal és una major implicació de les famílies.	1	2	3	4	5	
22.4. A l'etapa de Primària cal prioritzar l'educació vers la higiene corporal i bucal.	1	2	3	4	5	
22.5. Els hàbits i els coneixements sobre la salut són bàsics per a futurs aprenentatges.	1	2	3	4	5	
22.6. A l'etapa d'educació Primària és aviat per parlar de Prevenció de drogodependències(alcohol, tabac,)	1	2	3	4	5	
22.7. A l'etapa d'educació Primària no s'hauria de parlar de prevenció, sinó d'educació per a la salut.	1	2	3	4	5	

23. Alguna vegada ha deixat de plantejar algun tema amb el seu alumnat per por a la reacció i/o opinió dels pares/mares?

1. Sí
 2. No

En cas de respondre afirmativament: quin/s tema/es? per què?.

.....

Columna reservada per l'investigador

- 20.1

20.2

20.3

20.4

Ítem	Codi
21.1	
21.2	
21.3	
21.4	
21.5	
21.6	
21.7	
21.8	
21.9	
21.10	
21.11	
21.12	
21.13	

Ítem	Codi
22.1	
22.2	
22.3	
22.4	
22.5	
22.6	
22.7	

- 23

23.1

23.2

23.3

24. Els seus alumnes es renten les mans després del pati?

- 1. Sí, jo els hi demano.
- 2. Si, ho fan per ells mateixos.
- 3. No, jo no els hi demano.
- 4. No ho sé.

24

25. Segueix el programa de glopeigs del fluor?

- 1. Sí
- 2. No.

25

26. Amb quina freqüència deixa anar al lavabo?

- 1. Sempre, lliurement.
- 2. Sempre que ho demanen
- 3. Solament quan m' ho demanen reiteradament.

26

27. Es posa guants quan ha de curar a un alumne?

- 1. Sí
- 2. No

27

28. Quan un nen-a cau i es fa una rascada , què fa vostè?

- 1. Vaig a la farmaciola llegeixo els consells bàsics d' utilització de la farmaciola i el curo seguint les instruccions.
- 2. Vaig a la farmaciola i el curo.
- 3. Si puc no el curo, intento que ho faci una altra persona.
- 4. El porto al CAP o ambulatori

28

29. Apunti aquells aspecte que vostè consideri rellevants sobre l'educació per la salut a l'etapa de primària que cregui i no s'han tractat en aquest qüestionari.

29.1

29.2

29.3

29.4

29.5

30. Observacions, consideracions,... que vulgui afegir.

29.6

Moltes gràcies per la seva col·laboració.



ENTREVISTA PER A L'EQUIP DIRECTIU

1. L'educació per la salut, és un tema que els preocupi a l'escola? Per què?

2. Hi ha algun aspecte al PEC que tracti d' EpS?
 - Com queda reflectit?
 - I dintre del RRI?

3. Hi ha algun aspecte al PCC que tracti d' EpS?

4. Com definiria vostè el que és l'educació per la salut?

5. Sobre les vacunacions i les revisions mèdiques dels alumnes, teniu algun document en el que quedi constància?

6. Qui porta el control de les revisions mèdiques la direcció o el CAP?

7. Com us assabenteu de les malalties, al·lèrgies, que tenen els vostres alumnes? (entrevista, enquesta de salut, els pares ho diuen al principi del curs)

8. Quin tipus de continguts a l' EpS treballeu més el de procediments, el de conceptes o el d' actituds?

9. Seguiu algun programa d' EpS ja sigui fet pel Departament, l' Ajuntament o per altra organització?

10. Quan plantegeu fer un tema d' EpS teniu en compte: professionals socio sanitaris, AMPAS, Ajuntament, esplais, educadors de carrer, ... ? De quina manera?

11. Porten a terme algun tipus d'activitat, jornada,... a nivell de tot el centre o bé d'algun cycle o curs, on es tracti aquest tema amb l'alumnat?

En cas afirmatiu:

- Des de quan?
- Com va sorgir aquesta iniciativa?
- Quin objectiu persegueix?

12. Considera necessari treballar el tema de l'Educació per a la Salut a l'Escola?

13. Vostè com proposaria que això es portés a la pràctica? A quines hores, amb quina metodologia, com li agradaria que fos el material,...?

14. L'Educació per la Salut a l'escola, considera que és un tema prioritari o creu que en el cas concret d'aquest centre hi ha temes que s' haurien de plantejar treballar amb l'alumnat abans d'aquest? Quins? Per què?



ENTREVISTA PER A COORDINADORS DE CICLE / MESTRES.

1. L'educació per la salut, és un tema que els preocupi a l'escola? Per què?

2. Porten a terme algun tipus d'activitat, jornada,... a nivell de tot el centre o bé d'algun cicle o curs, on es tracti aquest tema amb l'alumnat?

En cas afirmatiu:

- Des de quan?
- Com va sorgir aquesta iniciativa?
- Quin objectiu persegueix?

3. L'escola té contemplat en algun document (PEC, PCC, RRI) el tractament del tema de l'EpS? Si és així, sap si es revisa i amb quina periodicitat?

4. Tenen establert com es desenvolupa l'EpS a l'etapa d'infantil? Amb campanyes, activitats puntuals, un programa creat i organitzat,... un eix transversal, racons.

5. A la seva classe treballa d'alguna manera el tema de l'EpS?

En cas afirmatiu:

- Com ho fa?
- Quina metodologia fa servir?
- Quan ho fa i amb quina periodicitat?
- Des de quan ha iniciat aquest plantejament?
- Te previst fer alguns canvis en el tractament d'aquest tema?
Per què?

➤ La iniciativa de tractar aquest tema a l'aula va ser: individual, del coordinador de cicle, de la direcció del centre,... de qui?

6. Com definiria vostè el que és l'educació per la salut?

7. Quins hàbits relacionats amb la salut són els que considera més importants pels seus alumnes?

8. Quan es celebra un aniversari a l'aula: com es fa?, els dona alguna indicació als alumnes del que poden o no poden portar?

9. Com a mestre, es preocupa per l'alimentació del seu alumnat?

10. Indica en algun moment als pares i mares allò que seria més adient que l'alumnat esmorzés a l'escola?

11. Al principi de curs s'elaboren normes, hàbits, ja sigui a nivell general "Escola" com a nivell més particular "classe"?

12. Seguiu la campanya del fluor?

13. Deixeu menjar laminadures a l'escola?

14. A l'àrea d'E.F. segueixen algun tipus d'hàbit (canviar-se samarreta, rentar-se cara i mans, ...)?

15. Considera necessari treballar amb més profunditat el tema de l'educació per la salut a l'escola?

16. Opina que és factible fer-ho?

17. Vostè com proposaria que això es portés a la pràctica?

- En quin horari?
- Amb quina metodologia?
- com li agradaria que fos el material?
- Com ho avaluaria?

18. L'Educació per la Salut a l'escola, considera que és un tema prioritari o creu que en el cas concret d'aquest centre hi ha temes que s'haurien de plantejar treballar amb l'alumnat abans d'aquest? Quins? Per què?

19. El professorat rep/ha rebut/rebrà formació específica en l'àmbit de l'Educació per a la Salut?

20. Hi ha algun altre aspecte sobre Educació per a la Salut que ens vulgui comentar?



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat de Ciències
de l'Educació i Psicologia

ENTREVISTA AL RESPONSABLE DEL PROGRAMA D'EDUCACIÓ PER LA SALUT A L'ESCOLA (PESE)

Data de l'entrevista: _____

Adreça: _____

Població: _____

Sobre el professional:

Formació: _____

Anys d'experiència en el càrec: _____

1. Prioritats d'intervenció des del Dep. a les Escoles.
2. Formació que reben en matèria d'EpS ve inicial o continua els professionals del PESE
3. Concepte d' Educació per la Salut, des de la perspectiva d' Ensenyament
4. Marc legislatiu de l' EpS a l' Escola
5. Responsabilitats en matèria d' EpS:
 - En general.
 - Per part del PESE
 - Per part dels centres educatius
6. Agents actors en matèria d' EpS dels Infants i Joves:
7. Intervencions concretes en EpS presents i futures:
 - Àmbits
 - Metodologia
8. Relacions institucionals i/o personals amb altres programes, institucions, organismes ... en matèria d'EpS
9. Valoració de l'EpS que reben els nens i nenes
10. Valoració del Servei que ofereix el PESE
11. Millores que es poden emprendre en EpS
12. Comentaris o aportacions últimes que vulgui introduir.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat de Ciències
de l'Educació i Psicologia

**ENTREVISTA A LA TREBALLADORA SOCIAL DELS EAPS A LA
COMARCA DEL BAIX CAMP.**

Data de l'entrevista: _____

Centre: _____

Població: _____

Sobre el professional:

Codi: _____

Formació: _____

Anys d'experiència en el càrrec: _____

1. Prioritats d'intervenció des de l' EAP i més concretament dels treballadors socials amb les famílies i les Escoles del Baix Camp.
2. Formació rebuda en matèria d' Eps ve inicial o continua
3. Concepte d' Educació per la Salut, des de la perspectiva del treballador social.
4. Responsabilitats en matèria d' EpS:
 - En general.
 - Per part d'Ensenyament, EAP, i treballadora social.
5. Agents actors en matèria d'EpS dels Infants i Joves:
6. Intervencions concretes en EpS presents i futures:
 - Àmbits
 - Metodologia
7. Relacions institucionals i/o personals amb altres programes, institucions, organismes ... en matèria d'EpS
8. Valoració de l'EpS que reben i tenen els nens i nenes del Baix Camp
9. Millores que es poden emprendre en EpS
10. Comentaris o aportacions últimes que vulgui introduir.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat de Ciències
de l'Educació i Psicologia

QÜESTIONARI SOBRE EDUCACIÓ PER A LA SALUT ALS PARES
D'ALUMNES DE CMICS

0. *Dades de l'entrevistat:*

- Edat:*
- Sexe:*
- Professió:*
- Formació:*

Dades del fill de l'entrevistat:

- Edat:*
- Sexe:*
- Tipus de centre:*

1. Porta al seu fill/ a totes les revisions mèdiques?
2. Porten al nen/a periòdicament a les vacunacions?
3. Què esmorza habitualment el vostre fill/a?
4. El nen/a es queda al menjador? Teniu informació dels menús? Què us semblen?
Com afecten els menús de l'escola a l'organització dels sopars i esmorzars?
5. Quan menja lllaminadures el fill/a? Quants cops per setmana?
6. El seu fill fa activitats extraescolars? De quin tipus?
7. Quantes hores dorm el vostre fill/a per la nit?

8. Quantes vegades a la setmana es dutxa el vostre nen? I quantes vegades al dia es raspalla les dents?

9. Quins tipus de programes i quantes hores de televisió veu el vostre/a nen/a?

10. Com celebren la festa d'aniversari del vostre fill/a?

11. Si al seu fill algú li dona 1Euro en què s'ho gasta?

12. El pediatra li ha donat informació o assessorat sobre els temes d'educació per la salut?

13. Per a vostè que seria l'Educació per a la salut o en altres termes educar en salut?

14. Parla amb el seu fill/a sobre els temes d'educació per a la salut? Quin tema o temes li preocupen més ?De quin tema parla més sovint amb el seu fill/a?

15. Si ha de valorar el grau de responsabilitat de les següents persones o entitats en la tasca de facilitar i millorar l'Educació per a la Salut dels seus nens de 1 a 5, com ho faria?

El pare
Els avis
El/la mestra
Els Serveis Socials
L'Ajuntament

La mare
La resta de la família
L'escola
El pediatra

16. Quins temes d'Educació per a la Salut opina que s'han de treballar a casa? Com ho fan?

Temes:

- Neteja e higiene corporal (higiene persona, dutxar-se, tenir cura de les dents..)
- Activitat i descans (la utilització del temps lliure, el dormir, l'ús de la tele, la consola, ..)
- Alimentació i nutrició (alimentació equilibrada, ...)
- Prevenció i control de malalties (higiene postural, medicaments, ...)
- Seguretat i primeres cures (seguretat viària, instruccions per primeres cures,...).
- Salut mental (tenir un caràcter equilibrat, persona responsable,...)
- Salut sexual (prevenció de malalties sexuals, el risc de quedar-se o deixar embarassada, ...)
- Salut i medi (mantenir en bon estat el bosc, ...)
- Drogues, alcohol i tabac. (el consum de tabac, alcohol, drogues,...).

17. Quins temes d'Educació per a la salut opina que ha de treballar més l'escola?

18. Li agradaria participar en l'Educació per a la salut que l'escola ofereix als seus fills? Com pensa que podria fer-se aquesta participació?

19. Quins temes d'Educació per a la salut pensa que són prioritaris a l'Etapa de Primària?

20. Com qualificaria el paper de l'escola en l'Educació per a la salut dels seus fills?

21. Quan pensa que s'ha de començar a treballar la prevenció de les drogodependències (alcohol, tabac, ...) amb nens? A quina edat?

22. Què fa quan el seu fill ha de prendre un medicament en horari escolar? I sap que fa l'escola quan el seu nen es troba malament?

23. Fins el moment en que vostè ha contestat aquesta entrevista, s'havia plantejar anteriorment com es tracta el tema de l' Educació per la Salut a l'Escola del seu fill/a?

24. Observacions, consideracions, ... que vulgui dir.